

**ANTROPOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA Y
ASISTENCIA SANITARIA.
Propuestas para el estudio interdisciplinar de las
desigualdades sociales en salud y la inmigración**

VOLUMEN 1

Autora: Lucía Sanjuán Núñez

Tesis de doctorado

Programa de doctorado en Antropología Social y Cultural

Directora: Dra. Teresa San Román Espinosa

Tutora: Dra. Aurora González Echevarría

Departament d'Antropologia Social i Cultural

Universitat Autònoma de Barcelona

Diciembre, 2015

A Javier, compañero con mayúsculas
A Andrea y Lía, mis niñas
A Teresa San Román
A mi familia
Gracias

AGRADECIMIENTOS

Esta es, probablemente, la parte del texto que más he cuidado y, sin duda, la que será más incompleta. Y es así porque soy una persona afortunada que tiene mucho que agradecer a mucha gente. Espero, de verdad, que todos os sintáis incluidos aquí:

A los que me hacéis hecho sentirme querida y me permitís quererlos aunque no siempre sepa demostrarlo.

A los que os empeñáis en seguir a mi lado aunque no siempre os lo ponga fácil.

A los que os habéis alegrado con mis alegrías.

A los que sois capaces de ver lo bueno que puede haber en mí.

A los que habéis tenido la inteligencia, la generosidad y el cariño de reiros de mí cuando más falta me hacía.

A los que me queréis lo suficiente como para decirme, especialmente, lo que no quiero oír.

A los que no me habéis consentido que me rindiera.

A los que me habéis servido de referencia ética e intelectual, obligándome a esforzarme, a no crearme nada, ni mucho ni poco.

A los que cada día me ayudáis a abrir las ventanas para que entre la luz y el aire fresco.

A aquellos con los, aunque estoy en deuda permanente, nunca me habéis hecho sentir en deuda.

Tanta gente...

Sólo quiero que sepáis que sé que estáis ahí y que no podría estar más agradecida ni considerarme más afortunada.

De corazón, gracias.

Intento estar a la altura, cada día.

ÍNDICE VOLUMEN 1

Introducción	1
---------------------------	---

Primera parte. Aproximación a los estudios sobre salud y desigualdad

Capítulo 1. Intereses metodológicos y técnicos	15
1. Relevancia del estudio de las desigualdades sociales en salud	15
2. El estudio de las desigualdades sociales en salud desde la Epidemiología. Planteamiento y reflexiones críticas	21
2.1. Breve aproximación histórica al estudio de las desigualdades sociales en salud desde la Epidemiología	21
2.2. Aproximación crítica a los estudios sobre desigualdades sociales en salud de enfoque epidemiológico y su aplicabilidad para el trabajo con poblaciones inmigrantes y/o pertenecientes a minorías étnicas	29
2.2.1. Consideraciones en torno a las poblaciones y las muestras	29
2.2.2. Conceptualización, diseño y uso de variables e indicadores	41
2.2.3. Un apunte sobre técnicas y procedimientos	76
2.2.4. Enfoque metodológico: positivismo y biologismo	81
2.2.5. Consideraciones en torno al uso de la metodología y técnicas cualitativas	87
3. Epidemiología y Antropología. Reflexiones en torno a las posibilidades y condiciones de una colaboración interdisciplinar para el estudio de las desigualdades sociales en salud	96
3.1. Divergencias que no lo son tanto, similitudes que podrían no serlo	98
3.2. ¿Qué Epidemiología con qué Antropología? ¿Es la epidemiología sociocultural la propuesta que buscamos?	128
 Capítulo 2. La relación entre migración y salud	 139
1. Relación de la emigración con la salud de la población que permanece en origen	139
2. Relación de la inmigración con la salud de la población receptora	142
3. Relación de la migración con la salud del migrante	149
3.1. Etapas de la migración y su relación con la salud	149
3.2. Desigualdades sociales en salud e inmigración	158
3.2.1. Mortalidad	161
3.2.2. Enfermedades infecciosas	162
3.2.3. Salud sexual y reproductiva	171
3.2.4. Salud en la infancia y la adolescencia	178
3.2.5. Vacunación	182
3.2.6. Alimentación	183
3.2.7. Salud bucodental	185
3.2.8. Patología de base genética	186
3.2.9. Salud mental	186
3.2.10. Desigualdades en cuanto al uso de los servicios sanitarios	211

Segunda Parte. El acceso a los cuidados de salud por parte de la población inmigrante: derechos y condiciones

Capítulo 3. Adopción de claves para un modelo de estudio del acceso a los cuidados de salud por parte de la población inmigrante 228

1. Actores, factores, procesos y relaciones 228
 - 1.1. Regularización jurídica de la estancia 228
 - 1.2. Situación laboral 231
 - 1.3. Pobreza, exclusión y marginación social 233
 - 1.4. Redes sociales y de apoyo 239
 - 1.5. Vivienda 240
 - 1.6. Comunicación profesional sanitario-usuario 243
 - 1.7. La persona: componentes, roles e individualidad 251
 - 1.8. Concepciones en torno al tiempo y el espacio 264
 - 1.9. Conceptos en torno a la salud y la enfermedad. Itinerarios terapéuticos 265
 - 1.10. Fundamentos y estructura del sistema sanitario 283
2. El modelo de competencia cultural: ¿una alternativa para la atención sanitaria en contextos interculturales? 301

Adenda al capítulo 3. La salud como derecho humano. Marco normativo 310

1. Algunos conceptos importantes: salud, derecho a la salud y equidad en salud 310
2. Los derechos humanos como marco normativo 315
 - 2.1. Derechos reconocidos a la población general 318
 - 2.2. Derechos reconocidos a poblaciones consideradas de especial vulnerabilidad 321
 - 2.2.1. Derechos reconocidos a los niños 321
 - 2.2.2. Derechos reconocidos a las mujeres 325
 - 2.2.3. Derechos reconocidos a refugiados y apátridas 328
 - 2.2.4. Derechos reconocidos a población migrante no incluida en los supuestos anteriores 330
 - 2.3. Recapitulando... Derechos humanos: entre la ley y la ética 336
3. Legislación en materia de derechos humanos, salud e inmigración 337
 - 3.1. Legislación de la Unión Europea 337
 - 3.2. Legislación del Estado español 352
 - 3.2. Legislación de Cataluña 381
 - 3.3. Un apunte sobre normativa municipal 390

ÍNDICE VOLUMEN 2

Tercera parte. Hacia una contrastación empírica de las ideas

Capítulo 4. Metodología de la investigación y población objeto de estudio	2
1. Contextualización de la investigación	2
2. Metodología de la investigación con personal sanitario	4
2.1. La observación participante	6
2.1.1. Selección de los centros e inicio de la observación	6
2.1.2. Orientación general de la observación participante	11
2.2. Las entrevistas	13
2.2.1. Selección de los centros y los profesionales	13
2.2.2. Orientación general de las entrevistas	15
3. Los profesionales sanitarios como población objeto de estudio	19
3.1. Perfil demográfico, profesional y laboral	20
3.2. Características básicas atribuidas por los profesionales a los cupos de pacientes	28
3.3. Formación de los profesionales en cuestiones relacionadas con la interculturalidad, la desigualdad social y la salud	36

Capítulo 5. Los profesionales sanitarios ante las desigualdades sociales en salud y la inmigración	49
1. Los profesionales sanitarios ante la relación entre la inmigración y la salud de la población receptora	49
2. Los profesionales ante la existencia de desigualdades sociales en salud relacionadas con la inmigración	51
2.1. Enfermedades infecciosas	53
2.2. Sintomatología osteoarticular	55
2.3. Sintomatología de la esfera dermatológica	56
2.4. Patologías crónicas	57
2.5. Salud sexual y reproductiva	58
2.6. Salud en la infancia y la adolescencia	68
2.7. Vacunación en población adulta	80
2.8. Hábitos tóxicos	81
2.9. Alimentación	82
2.10. Patologías o motivos de consulta específicos en población inmigrante	86
2.11. Otros cuadros y situaciones	88
2.12. Salud mental	90
2.13. Los profesionales ante la existencia de desigualdades sociales en cuanto al uso de los servicios sanitarios en la población inmigrante a la que atienden	99
2.13.1. Un apunte sobre condiciones legales de acceso al sistema sanitario y gestión de la TSI	99
2.13.2. Patrones de uso de los servicios de salud	110

Capítulo 6. Los profesionales sanitarios ante los principales determinantes de salud en población inmigrante	130
1. Los profesionales sanitarios ante las características demográficas y socioeconómicas de sus pacientes inmigrantes	131
1.1. Características sociodemográficas generales	131
1.2. Características sociodemográficas por colectivos	134
2. Los profesionales sanitarios ante las características culturales de sus pacientes .	147
2.1. Valoraciones por parte de los profesionales del papel de la tradición cultural en relación con la salud y el uso de los servicios sanitarios entre sus pacientes inmigrantes	148
2.2. Consideraciones en torno a algunos temas y ejemplos concretos de la relación entre la diversidad cultural y la salud	156
2.2.1. Concepto de persona. Roles e individualidad	156
2.2.2. Religión	162
2.2.3. Conceptos en torno a la salud y la enfermedad. Itinerarios terapéuticos	163
2.2.4. Un apunte sobre comunicación entre profesionales y usuarios y los posibles factores implicados	168
3. Los profesionales sanitarios ante las características (y posibilidades) de la asistencia a sus pacientes inmigrantes	177
3.1. Adaptaciones de la asistencia a población inmigrante: ¿posibles?, ¿necesarias?	177
3.1.1. Investigación en torno a la diversidad cultural y la desigualdad social en relación con la salud y la atención	182
3.1.2. Traducción de información general de los centros y materiales diversos	183
3.1.3. Protocolos asistenciales	186
3.1.4. Centros específicos para población inmigrante	188
3.1.5. Traducción y mediación intercultural	192
3.2. Un apunte sobre la calidad de la asistencia	218
3.2.1. Quejas, necesidades y demandas	218
3.2.2. Valoraciones en cuanto a la calidad de la asistencia a población inmigrante	225
 Consideraciones finales	 228
 Anexo a la Tercera Parte	 232
 Bibliografía citada	 241
 Bibliografía referida	 256

INTRODUCCIÓN

Esta tesis pretende ser algunas cosas y no pretende, también, otras.

Pretende ser, sobre todo, un punto de inflexión. No puedo entenderla más que como una etapa en el camino, una parada obligada y necesaria, en una trayectoria que inicié hace ya tiempo y que espero que continúe en el futuro. Es también, por así decirlo, un trabajo de ida y vuelta, porque, como explicaré en las siguientes páginas, se trata de un texto que tiene un punto de partida, hace unos diez años, sobre el que he ido volviendo, para aprender, para investigar, para reflexionar y, también, para rectificar. Este trabajo es, entonces, el resultado provisional de una evolución personal, intelectual y profesional, desde la Medicina hasta la Antropología, desde la Epidemiología hasta la Antropología de la Salud, sin renunciar a ninguna, tratando de aprender, críticamente, de todas ellas e intentando, también, aportarles algo de manera constructiva.

Pero, y aquí entramos ya en el terreno de lo que no es ni pretende ser: no es un texto de Epidemiología ni Salud Pública, aunque creo que puede servir para el trabajo interdisciplinar; no es un trabajo de Medicina asistencial, aunque ojalá pueda resultarle útil a sus profesionales; no es, *estricto sensu*, de Antropología de la salud, aunque beba de sus fuentes metodológicas; y, sobre todo, no pretende ser un trabajo definitivo, ni redondo, ni, mucho menos aún, establecer conclusiones monolíticas. Tengo, después de escribir el texto, más preguntas que respuestas y éstas últimas tampoco son definitivas, salvo, quizá, algunas excepciones de tipo ético. He escrito, en realidad, sobre aquello que he necesitado ir aprendiendo y también sobre algunas cosas que he necesitado recordarme o tener presentes para intentar entender la realidad sobre la que me interrogaba. Una realidad que, como toda la experiencia humana, se resiste a encajar en tablas o clasificaciones rígidas o cerradas, que tiene la, diría yo, buena costumbre, de escaparse por los márgenes de nuestros folios.

¿Por qué, entonces, escribo y presento ahora este trabajo? Entre las muchas respuestas posibles, la más completa y, al tiempo, la más sincera es que me interesa verdaderamente el tema (que ahora explicaré) y los actores implicados, que me apasiona investigar, que no puedo evitar ser una observadora de la realidad, pensar sobre ella, tratar de entenderla, de encontrar las claves, y (aunque siempre con reservas...) dárselas a otros para que intervengan si fuese necesario. Hay otras razones, claro, de diversa índole. Razones académicas (espero que me sirva para poder seguir haciendo lo que me gusta hacer), razones laborales (para hacerlo en mejores condiciones, aunque esto, en el momento actual sea difícil), razones personales y familiares (las más importantes)... casi todas poco científicas, la verdad. Pero una lo es: probablemente siempre sea así, probablemente siempre tenga más preguntas que respuestas, aunque, con el tiempo, unas y otras vayan cambiando. Y si es así, pues también me apunto a este viaje. Quizá no sean tampoco razones altruistas, lo que sí son es sinceras y creo que legítimas si no empañan ni el procedimiento ni el resultado; y creo, honestamente, que no lo hacen.

Y, ¿sobre qué y desde qué perspectiva he escrito? Esta tesis es un intento de aproximarse, desde la Antropología, pero de la mano de la Epidemiología y la Salud Pública y con el foco puesto en el sistema sanitario público, a las posibles respuestas a una serie de preguntas: ¿qué factores pueden estar implicados en la aparición de desigualdades sociales en cuanto al estado de salud y en la atención sanitaria que

reciben las poblaciones inmigrantes y minorías étnicas en nuestro medio¹? ¿hay diferencias, en este sentido, respecto al resto de la población? y ¿cómo puede nuestro sistema sanitario público dar respuesta a sus necesidades?

En cuanto a la perspectiva desde la que he intentado responder a estas preguntas, parto de un posicionamiento intelectual y metodológico claro: me parece imprescindible que cualquier investigación, más aun si pone su foco de interés en el ser humano, parta de la base de que el conocimiento que podemos generar será siempre falible y provisional y que está sujeto a nuestros propios puntos de vista y convicciones, personales pero también marcados desde los paradigmas de las disciplinas desde las que ejercemos. Y el reto será precisamente intentar aproximarnos a la realidad utilizando lo mejor de todas las disciplinas que estén a nuestro alcance (dentro de nuestras propias limitaciones como individuos e investigadores) para tratar de conocerla con la profundidad y amplitud que requiere, observando los fenómenos que se producen, sus consistencias y sus variaciones. La interdisciplinariedad, en estos y tantos otros temas, pasa de ser intelectualmente aconsejable a ser éticamente imprescindible.

Las preguntas que antes planteaba se formulan sobre una realidad compleja, heterogénea y dinámica, que, de hecho, y aquí quiero detenerme un momento, ha ido cambiando, en algunos aspectos notablemente, desde que escribí mis primeros textos sobre el tema. Por eso resulta imprescindible aquí acotar los ámbitos geográfico y temporal que servirán de marco a este trabajo: me referiré a todas estas cuestiones, de manera específica para el ámbito español y, sobre todo, catalán, entre los años 2005 y 2010. Las razones son sencillas aunque no lo haya sido sentirme intelectual y éticamente cómoda con ellas. Por una parte, obviamente, hago referencia y he revisado en profundidad bibliografía anterior a estos años, pero necesitaba poner el punto de inicio en el momento preciso en que yo empecé, al menos como investigadora de campo, a observar esta realidad. Y, en cuanto al punto de corte temporal final, corresponde al momento en el que terminé el análisis preliminar de los datos del trabajo de campo que describiré en la Tercera Parte del texto. Esta tesis es, por tanto, una aproximación a la realidad estrictamente acotada a este marco geográfico y, sobre todo, a este marco temporal, de tal manera que el lector debe tener presente desde este momento que no habrá referencias (salvo algunas tangenciales) a la situación posterior a estos años ni a la que puede existir en el momento de presentar este texto. Espero, en el futuro, poder investigar sobre todo ello.

Soy consciente de que desde el año 2010, han cambiado muchas cosas, y muy pocas para bien, por desgracia. Y esto me ha suscitado interrogantes de tipo intelectual y ético durante todo el proceso de análisis y redacción. Desde el punto de vista intelectual, ¿era honesto presentar un trabajo cuyo marco legislativo ha cambiado de manera tan radical que, en el momento actual, parte de la población a la que se refiere no tiene ya acceso normalizado a los servicios sanitarios²? Desde el punto de vista ético, teniendo en cuenta el tipo de problemas que esta modificación legislativa introdujo en cuanto al

¹ A lo largo de este trabajo utilizaré ampliamente la expresión “nuestro medio” y, salvo que se indique otra cosa, servirá para referirse al ámbito español.

² Me refiero a la modificación legislativa que, en el año 2012, excluyó del acceso normalizado a la sanidad pública a los inmigrantes sin estancia regularizada. Especificaré con detalle el marco legislativo válido para la franja temporal 2005-2010 en la Adenda al capítulo 3, y en referencias concretas en otras partes del texto cuando proceda. Pero no puedo, por tanto, referirme a la realidad tras ese cambio legislativo puesto que es posterior a la finalización de mi trabajo de campo.

estado de salud de las poblaciones y a la manera de entender la asistencia y los derechos humanos, ¿era honesto considerar la realidad desde una óptica ya diferente? Para mí estas preguntas han sido objeto de una reflexión honda, puede creerlo el lector. Me he planteado muchas veces si merecía la pena presentar este trabajo en estas condiciones, si el pasado etnográfico sería justificable en este momento.... Y he llegado a la conclusión de que sí, por diversas razones, no sólo de índole pragmático o práctico: es imprescindible para conocer la realidad actual, saber, por decirlo coloquialmente, de dónde venimos, cómo eran las cosas antes de que empeorasen, que factores podrían estar implicados y pueden o no seguir estándolo y en qué medida. Aun así, ha habido momentos en los que me ha parecido frívolo, incluso de una ironía cruel, hablar de adaptación del sistema sanitario, de comprensión mutua, de avance en el respeto y competencia cultural, cuando, en el momento actual, todo eso podría parecer casi secundario porque para mucha gente no hay acceso a ese sistema sanitario por poco adaptado que sea, cuando la capacidad de hacer uso de él y seguir algunas pautas terapéuticas parece un lujo inalcanzable para sectores cada vez más amplios de la población... Parecía de una crueldad frívola e innecesaria. Pero finalmente he concluido que no debe serlo, que no podemos permitirnos que lo sea, que la lucha por los mínimos no puede hacernos conformarnos con los mínimos y que si vamos a tener que asumir que hemos dado pasos atrás y que, ojalá, en el futuro tengamos que recuperar lo perdido, más vale que lo hagamos partiendo de un buen conocimiento de qué tenemos y qué teníamos.

Hay, ya lo habrá notado claramente el lector, un posicionamiento ético en todo esto. No puedo ni quiero ocultarlo: opino que nuestro sistema sanitario público debe ser universal y atender en condiciones de equidad a todas las personas, independientemente de variables como el sexo, la edad, la situación socioeconómica, la adscripción religiosa o cultural, etc., y también y lo digo de manera absolutamente explícita, independientemente de la procedencia nacional o étnica e, incluso, de la situación legal en el país. No puedo entender la atención sanitaria como un bien de consumo respecto al que se pueda considerar ni siquiera planteable, y mucho menos asumible, que una parte de la población no tenga acceso o lo tenga en menores niveles. La atención sanitaria es, para mí, un servicio básico ligado a la dignidad del ser humano, y, dado que todos somos seres humanos, me repugna la idea de establecer diferentes niveles de disfrute sea cual sea el motivo que se alegue. No ignoro ni minusvaloro los problemas económicos y de gestión por los que atraviesa –desde siempre, en realidad– el sistema ni cierro los ojos tampoco a las dificultades organizativas ni de índole político que pueden estar implicadas en la atención a personas inmigrantes que no han legalizado su estancia pero no me parece que ninguna de ellas pueda ni deba ser incompatible con la defensa del derecho a la atención a la salud. Mi razonamiento es individual, es ético, es, si se quiere, visceral: no puedo, me ofende y me duele tener la posibilidad material de ofrecer asistencia sanitaria a cualquier ser humano y no hacerlo.

Es este un planteamiento que quizá ante algunos ojos pueda introducir sesgos en mi análisis y, por esto, me gustaría hacer aquí una puntualización: las bases éticas son sólidas y explícitas pero también pretender serlo las metodológicas. Aspiro, –ojalá lo haya conseguido o haya logrado al menos hacer evidente que lo he intentado– a que la fuerza de mis argumentos no se derive de la ética sino de unos datos confiables. Parto de un enorme respeto al Otro, al que entiendo dotado de derechos igual que los míos, pero la aproximación a este Otro y a la realidad en la que se desenvuelve (en la que nos desenvolvemos todos) intento hacerla con una mirada científica que no elude ni sus

limitaciones ni sus responsabilidades. Y es que creo que como investigadores tenemos la obligación de garantizar la calidad –dentro de sus límites– de nuestras propuestas, de ser capaces de elaborarlas sin dogmatizar ni moralizar, pero manteniendo el objetivo de arrojar luz sobre los problemas de la gente y, si es posible, contribuir a solucionarlos. Se trata de una responsabilidad inmensa, que a menudo me asusta y que trato, todos los días de tener presente, pero, me ayuda (aunque no me quita el susto) el convencimiento de que todo conocimiento puede ser aplicado y de utilidad social si se construye de manera fundamentada y responsable y con vocación de serlo. Es, por tanto, mi intención (quizá, no se me escapa, presuntuosa) que mi trabajo pueda siquiera mínimamente contribuir a mejorar la situación vital de los implicados pero soy consciente de sus limitaciones.

He tratado de escribir desde el respeto, desde la ausencia de condescendencia y de soberbia, sobre y para todos los implicados: profesionales diversos, pacientes y ciudadanos en general. He tenido, ciertamente, dificultades para no centrarme sólo en los problemas, pérdidas o conflictos, para eludir la tendencia a describir éstos muy por extenso y obviar o tratar más tangencialmente los aspectos positivos o reducirlos simplemente a una coletilla del tipo “esto no siempre ocurre” o “a veces las consecuencias no son tan negativas”. Corría el riesgo de mostrar un panorama no tanto peor de lo que es, que no creo, como sólo centrado en lo negativo y, peor aún, corría dos riesgos más. El de caer en la crítica por la crítica, la regañina y la moralina y el de contribuir, sin pretenderlo, queriendo, de hecho, todo lo contrario, perjudicar con mis palabras a pacientes y profesionales, etnificar o reducir a variables socioeconómicas a unos y homogeneizar y desmoralizar a los otros. No ha sido ni de lejos mi intención. Espero que se note.

Unos apuntes más antes de describir la estructura del texto. Una de las principales dificultades que se me presentaron desde el principio fue la definición de los términos. Tal y como he hecho en otros trabajos sobre este tema, no voy a detenerme a hacer una revisión en profundidad de conceptos sobre los que otros autores ya han trabajado de manera más específica de lo que yo puedo hacer aquí, pero sí merece la pena aclarar, al menos, las dificultades en torno a la definición de los sujetos a los que iré refiriéndome a lo largo del texto.

No pretendo elaborar una nueva definición de emigrante, inmigrante, migrante..., algo cuya dificultad señala la propia Organización Internacional para las Migraciones (2006):

“En la elaboración de este Glosario, nos percatamos que las definiciones en este ámbito son a menudo vagas, controvertidas o contradictorias. No hay definiciones aceptadas universalmente. Quizás ello se deba en parte a que tradicionalmente la migración sólo se ha encarado desde una perspectiva nacional, por lo cual la utilización de términos en materia de migración varía de un país a otro. Es más, incluso en el seno de un país, hay términos que difieren en su significado y tienen diferentes repercusiones según la región. Las definiciones – y esto es válido para toda la terminología y no sólo para aquella relacionada con la migración – pueden variar según la perspectiva o el enfoque. La migración suscita un vivo interés en diversos entes, incluidos: gobiernos, ya sea de países de envío o de países receptores; autoridades policiales y de fronteras; organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; y los propios migrantes. Cuando no hay una definición aceptada universalmente, existe la posibilidad de que cada grupo escoja, oficial u oficiosamente, su propia definición, según su perspectiva.

A título de ejemplo, hay distintas definiciones para el término ‘trata’ que hace poco se consolidaron en una definición única que forma parte de un tratado internacional; ello no obstante, son muchos los términos que no han sido objeto de un acuerdo internacional.” (Organización Internacional para las Migraciones, 2006: 3)

Para este texto utilizaré 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 Catalunya³, con algunas precisiones, puesto que creo que se ajusta razonablemente bien al marco geográfico, social y político al que me refiero y porque se trata de una definición en la que el objetivo estuvo puesto, principalmente, en intentar encontrar un consenso entre expertos de diferentes disciplinas. 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, Jansà, 2007: 409, las negritas son suyas)

A partir de esta propuesta de definición, a lo largo de este texto utilizaré el término *inmigrante* para referirme a aquella “persona que llega a un país dónde no ha nacido, para fijar su residencia”, pero con una precisión importante y que evitará la necesidad de hacer continuas puntualizaciones: consideraré como *inmigrantes* sólo a las personas 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. Los motivos para hacerlo así se centran en que es necesario considerar que la situación económica (de origen y en destino), junto con las posibles dificultades para la propia llegada y la adaptación, pueden introducir elementos significativos en el estado de salud de estas personas y en la atención sanitaria que reciben. En cuanto a la variable tiempo, aun siendo fundamental para la investigación, no me parece pertinente utilizarla para delimitar la definición porque, aunque es obvio que es necesario

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

establecer algún tipo de límite temporal para no considerar inmigrante a alguien *sine die*, el criterio debería remitir más a la situación de integración social que al número de años de estancia.

La segunda puntualización, también, relativa a las poblaciones de estudio, se refiere a la expresión *profesionales sanitarios*, que utilizaré ampliamente a lo largo del texto, para referirme a aquellas personas que ejercen una tarea asistencial en los servicios sanitarios públicos. Están incluidos, entonces, tanto los diferentes especialistas médicos y de enfermería como psicólogos clínicos, trabajadores sociales que ejercen en estos centros y traductores, mediadores interculturales y personal administrativo de los mismos. En la expresión se incluye, salvo que se explicita puntualmente lo contrario, también a los gestores o coordinadores de centros siempre que hagan, en cierta medida, tarea asistencial.

El tercero de los puntos en los que quiero detenerme es también (pero, claro, no sólo) lingüístico. 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 sexos⁴; por hacer más sencilla y fluida la lectura; y también porque me suelen resultar incómodas, artificiales y lingüísticamente absurdas algunas de las soluciones que de manera habitual se suelen proponer para evitar el sexismo implícito en algunos términos en masculino.

Una vez hechas todas estas aclaraciones es necesario ya contextualizar el nacimiento de este texto porque intento acercarme a las respuestas a las preguntas que planteaba antes desde hace algo más de diez años en el marco de diferentes investigaciones y trabajos.

A lo largo del año 2005, la Fundació Jaume Bofill de Barcelona financió la primera de mis incursiones en este terreno, que consistió fundamentalmente en la revisión bibliográfica y las primeras aproximaciones al tema⁵. En ese mismo año planteé un trabajo de campo en el marco del *Programa de Psiquiatria Transcultural-PsiTrans* del Servei de Psiquiatria del Hospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona⁶, mediante un convenio –del que fui responsable para este campo– entre el citado servicio y el GRAFO (Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada) de la Universitat Autònoma de Barcelona, del que formo parte. A pesar de que invertí parte de ese año, en diferentes etapas y con diferentes niveles de dedicación, por razones ajenas a la buena voluntad de todos los participantes, fue imposible llegar a desarrollar la investigación pero su simple planteamiento y comienzo fue de enorme utilidad para poner sobre la mesa cuestiones relevantes que matizaban mis reflexiones sobre la lectura de bibliografía y, sobre todo, obligaban a profundizar en el análisis.

Estas dos actividades sirvieron para presentar un texto (sin publicación comercial) que considero el germen de esta tesis (que lo recoge en buena parte, aunque ampliado y modificado a la luz de nuevas lecturas y reflexiones en los años posteriores) y que en ese momento constituyó mi trabajo para la obtención, en 2007, del título de Máster en Investigación Básica y Aplicada en Antropología Social y Cultural otorgado por el

⁴ El lector interesado puede consultar: Real Academia Española, RAE, ed. (2005) *Diccionario Panhispánico de Dudas*. Madrid, Santillana.

⁵ Gracias a T. Climent y M. Nadal, por su apoyo y paciencia.

⁶ Gracias a F. Collazos y A. Qureshi, por sus intentos de llevar a buen puerto esa investigación.

Departament d'Antropologia Social i Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona. Se titulaba *Entre la antropologia y la medicina: salud, diversidad cultural y desigualdad social*.

La segunda etapa del camino pude desarrollarla gracias a mi participación como una de las investigadoras del equipo que desarrolló la investigación *Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut 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 GRAFO⁷. Presenté los resultados de mi participación en esta investigación en el informe técnico (sin publicación comercial) *El sistema sanitari i els seus professionals davant la diversitat cultural i la immigració*. En la Tercera Parte de este texto recojo una adaptación de este texto para una presentación de índole más académica y una ligera ampliación del análisis y reflexión sobre algunos datos.

Estamos entonces, ahora, ante la tercera etapa del camino. Esta tesis pretende aunar las aproximaciones teóricas que hacía en el primer texto, el intento de contrastación empírica recogido en el segundo y, también, y muy especialmente, las reflexiones y análisis sobre todo ello a partir de las nuevas lecturas realizadas desde entonces que se refieren sobre todo a las posibilidades de abordaje interdisciplinar, desde la Antropología y cierta Epidemiología, del estudio de las desigualdades sociales en salud de la población inmigrante en nuestro sistema sanitario público.

Para hacer esto, he organizado el texto en tres partes que deben entenderse como articuladas entre sí. La intención ha sido triple. La primera, intentar, en la medida de lo posible, mantener la estructura de los trabajos anteriores, puesto que, como ya dije, este sólo puede entenderse como una evolución desde aquéllos. La segunda es precisamente, esta última, la intención de que esta tesis dé cuenta de la ampliación del foco que he realizado en los últimos años y los cambios en mis planteamientos, pero también de aquellos que no han cambiado o no lo han hecho tanto. La tercera, tiene que ver con el futuro, que irá, también, espero, orientado a profundizar en cada una de las líneas que se sugieren en estas tres partes.

Es momento ya de resumir el contenido del texto.

La Primera Parte, titulada *Aproximación a los estudios sobre salud y desigualdad* es, sin lugar a dudas, la que recoge mejor el camino que en los últimos años han ido siguiendo mis lecturas y mis reflexiones. Esta parte aborda las principales características de ciertas investigaciones realizadas tanto desde el ámbito de la salud como desde la Antropología sobre las desigualdades sociales en salud, diversidad e inmigración, el análisis de los fundamentos sobre los que asientan, sus posibles aportaciones y limitaciones y la exposición de los principales datos epidemiológicos disponibles en cuanto a la situación de salud y asistencia sanitaria de la población inmigrante. Para hacer esto, parecía pertinente dividir esta parte en dos capítulos.

⁷ Quiero agradecer, expresamente, el trabajo de la responsable de la Subdirecció General de Promoció de la Salut, Carmen Cabezas, sin cuyo apoyo y confianza no hubiera sido posible desarrollar el proyecto. Y quiero agradecer de manera especial a Teresa San Román la oportunidad que brindó de participar en él.

El capítulo 1, titulado *Intereses metodológicos y técnicos*, comienza reconociendo explícitamente la importancia del estudio de las desigualdades en salud en su enfoque tanto epidemiológico como antropológico y, a partir de este planteamiento, se estructura en dos grandes bloques. El primero de ellos es heredero directo de mi trabajo de Máster, ya mencionado, y recoge una considerable ampliación del análisis crítico de las características generales de las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud, en general, y, específicamente, en lo que se refiere a población inmigrada, minorías étnicas y/o en situación de exclusión social desde la Epidemiología. El interés fundamental de esta parte del capítulo se concentra en el intento de analizar de una manera al mismo tiempo crítica y constructiva en qué medida los fundamentos e instrumentos técnicos y metodológicos que se emplean habitualmente en este tipo de estudios pueden ser aplicables a la investigación sobre el estado de salud y la asistencia sanitaria a estas poblaciones en nuestro medio y cuáles son, tanto sus posibles limitaciones, como las implicaciones que éstas conllevan en cuanto a la construcción de conocimiento. Una aclaración sobre esto: la intención de analizar este tipo de estudios, en principio, aparentemente ajenos a mi especialización profesional actual, responde a la convicción de que se trataba de algo imprescindible para abordar con una base sólida la investigación sobre este tema, porque es el tipo de estudios más frecuente en la actualidad y porque es la metodología que se utiliza en los sectores más próximos a la Medicina, desde donde se realizan buena parte de las intervenciones en este ámbito. Sin embargo, en ningún momento he pretendido, ni en este capítulo ni en ningún otro de esta tesis, 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 lector puede encontrar mejor desarrolladas en otros textos de autores especializados.

El segundo bloque de este texto, de elaboración específica para esta tesis, pretende hacer algo similar en este caso respecto a la investigación realizada desde la Antropología y, más específicamente, desde la Antropología de la salud. Ahora bien, en este bloque no pretendo mostrar las diferentes corrientes teóricas en este campo y sus producciones (algo de lo que presupongo que el lector es conocedor), sino abordar directamente las posibles divergencias y similitudes entre algunos enfoques antropológicos y los epidemiológicos tratados en el bloque anterior, centrando la crítica en una manera de entender la investigación antropológica que, si bien puede acercarla, en cierta medida, a la Epidemiología o la Medicina en general, creo, también, que corre el riesgo en ese intento de perder parte de lo mejor de su propia tradición. Acabo este bloque con unas reflexiones, someras, respecto a un enfoque de aparición (sólo) relativamente reciente, la Epidemiología sociocultural, tratando de responder al interrogante de si se trata de una propuesta que permite, en realidad, un mejor abordaje de los temas de interés para este texto.

El capítulo 2, titulado, *La relación entre migración y salud*, responde a la necesidad, evidenciada desde mis primeras etapas en el trabajo en estos temas, de conocer cuáles son los principales datos de los que disponemos en lo que se refiere, ya a partir de este punto y en los capítulos restantes, de manera específica a la asistencia sanitaria a población inmigrante⁸. Este capítulo está dividido en tres apartados. Los dos primeros,

⁸ A lo largo del texto utilizaré las expresiones emigración, inmigración y migración, con la mayor precisión de la que sea capaz, de acuerdo con las siguientes definiciones:

“**Emigración:** Acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro. Las normas internacionales de derechos humanos establecen el derecho de toda persona de salir de cualquier

muy breves, pretenden ser un apunte brevísimo sobre el impacto que puede tener la emigración en los países de los que parten los emigrantes y sobre la salud de las personas que allí quedan y también sobre la de la población receptora, tan sólo con la intención de poner sobre la mesa que son aspectos relevantes a los que es necesario prestar atención. Aclaro de manera inequívoca que aunque ya en el trabajo de Máster había señalado la importancia de profundizar en la investigación en este campo, mi trabajo se ha centrado en el contexto de destino y en la salud de la población inmigrante, de manera que lo que aquí recojo prácticamente no realiza nuevas aportaciones a lo que dije en su momento. El tercer apartado, que constituye el grueso del capítulo, recoge una actualización de los datos presentados en aquel texto, manteniendo casi íntegra la estructura original, sobre la situación de morbi-mortalidad y patrón de uso de los servicios sanitarios de la población inmigrante en nuestro medio, mostrando los principales resultados de tales estudios más destacados y rigurosos y diferenciando también entre las diferentes etapas del proceso migratorio. Obviamente, y en la misma línea que he señalado para el capítulo anterior y que será válida también para los siguientes, mi intención ha sido atender a las publicaciones y temáticas más destacadas (muy especialmente, como podrá comprobar al lector, en relación con los ámbitos de las enfermedades infecciosas, la salud sexual y reproductiva, pediátrica y mental) y no un repaso exhaustivo de toda la bibliografía sobre el tema –para lo que proporciono, creo, una amplia bibliografía–.

Respecto a este capítulo, como para el anterior, podría hacerse también la crítica de que se escapa a los intereses y metodología de la Antropología de la Salud, incluso de las Ciencias Sociales de la Salud en sus desarrollos más habituales, y se centra más en aspectos de tipo epidemiológico. Sin embargo, he defendido siempre desde los comienzos de mi actividad investigadora que se trata de un paso absolutamente necesario para cualquier investigador, de la disciplina que sea, que pretenda profundizar en estas cuestiones. No creo que sea posible ni ético realizar un análisis antropológico bien fundamentado en este campo sin conocer este tipo de estudios, los datos que proporcionan y el panorama que dibujan.

Y, precisamente, una de las dificultades para la redacción de esta Primera Parte ha sido también la de adaptar el texto al posible lector sabiendo que partía de un objetivo quizá excesivamente ambicioso: que pudieran encontrarlo útil profesionales de disciplinas variadas (Salud Pública, Medicina, Antropología, Trabajo Social...). Por este motivo,

país, incluido el suyo. Sólo en determinadas circunstancias, el Estado puede imponer restricciones a este derecho. Las prohibiciones de salida del país reposan, por lo general, en mandatos judiciales.” (Organización Internacional para las Migraciones, 2006: 23, las negritas son suyas)

“Inmigración: Proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él.” (Organización Internacional para las Migraciones, 2006: 32, las negritas son suyas)

“Migración: Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos.” (Organización Internacional para las Migraciones, 2006: 38, las negritas son suyas)

Para la definición del término inmigrante, remito al lector a las consideraciones realizadas un poco más arriba.

en ocasiones el lector especializado en un determinado ámbito puede encontrar excesivamente básicos o superfluos algunos apartados que son, sin embargo, necesarios para situar a otros adecuadamente en un tema que no es objeto de su disciplina o lo es tangencialmente. La interdisciplinariedad, el diálogo interdisciplinar, más bien, se ha convertido aquí casi en obsesión.

La Segunda Parte, titulada *El acceso a los cuidados de salud por parte de la población inmigrante: derechos y condiciones* está constituida por el Capítulo 3 y una adenda a este capítulo que responden, en su conjunto, a un intento de profundizar en la indagación sobre cuáles podían ser los factores implicados en el estado de salud y uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en nuestro medio y en qué medida podían relacionarse con la generación de desigualdades sociales en salud.

El capítulo 3, titulado *Adopción de claves para un modelo de estudio del acceso a los cuidados de salud por parte de la población inmigrante*, aun manteniendo muchos de los mismos contenidos que en el trabajo de Master que ya he mencionado recoge un cambios, los fundamentales referidos a la estructura que allí planteaba que responde a una modificación de mis planteamientos en cuanto a los grandes bloques de factores que cabe considerar.

En este capítulo trato la importancia de las cuestiones relativas a variables socioeconómicas (situación laboral, vivienda, pobreza...) y culturales (comunicación profesional-usuario, conceptos de persona, salud y enfermedad...) de la población inmigrante, sin pretender en ningún momento recoger 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 tratar algunos de los principales factores que pueden estar implicados y que opino que es necesario que los diversos profesionales conozcan y tengan en cuenta y que deberían también tenerse presentes para la organización de la asistencia a la población no sólo inmigrante sino usuaria en general. No he pretendido tampoco aportar de manera exhaustiva ni extensa datos etnográficos procedentes de fuentes de la Antropología de la Salud (algo que resultaría excesivo y poco útil para los objetivos mencionados) sino utilizar algunos trabajos sobre el tema para dar una continuidad argumental a los planteamientos que iba realizando. Este capítulo recoge también algunos planteamientos respecto a la organización de la asistencia (diseño genérico, especificidades en cuanto a la atención a inmigrantes...) que, debo reconocerlo, son más breves de lo que deberían ser. Los expertos en el tema pueden encontrar este apartado superficial pero el único interés, de momento, es enumerar y analizar muy brevemente algunos de los principales elementos que pueden estar implicados, teniendo muy presente que existen otros factores y otros posibles análisis, que pueden, además, ser específicos para cada centro o momento en concreto. Podría considerarse también tendencioso, al menos hasta la lectura de la Tercera Parte, donde se recogen las experiencias de los profesionales, que, en parte, apoyan algunos de los aspectos tratados, pero, aun así, me gustaría dejar claro que no ha sido mi intención caer en la crítica por la crítica ni en reivindicaciones más o menos demagógicas sino que he tratado de plantear algunos elementos sobre los que merece la pena poner el foco y seguir trabajando. No obstante, es obvio que la ampliación de las lecturas y experiencia de campo en lo relativo a cuestiones relacionadas con la planificación y la gestión del sistema, su inserción en el marco del Estado del Bienestar y de políticas sociales y económicas más amplias es una de los temas pendientes en mi trabajo y, por tanto, una de las posibles (probables) líneas de continuidad. Finalmente,

añado un breve apartado sobre competencia cultural cuyo análisis dejo deliberadamente abierto a futuros trabajos.

En lo que se refiere a la Adenda al Capítulo 3 responde a la convicción ya reiteradamente mencionada de que, para comprender una realidad tan compleja como la que aquí nos interesa, es necesario tener presentes una enorme diversidad de factores, cuyo abordaje puede resultar ajeno a nuestra propia disciplina y, por ello, complejo y de resultados, a menudo, inciertos y frustrantes. Esto es lo que ocurre con esta Adenda. Trata el marco normativo y legislativo a la asistencia sanitaria a población inmigrante, en sus desarrollos a nivel español y, en el ámbito que afectan a ésta, también internacional, desde la base de la consideración de la salud como un derecho humano. Esta recopilación de normas y textos legislativos aparecía ya en mi texto del 2007 y en este momento he intentado realizar una actualización de los cambios legislativos ocurridos desde ese momento al 2010 (cuando se cierra el marco de referencia temporal para este trabajo), poco llamativos en número pero sí importantes en cuanto a algunos contenidos. No he intentado, ni por asomo, hacer ningún análisis desde el Derecho, algo para lo que evidentemente no estoy capacitada, pero sí aportar una reflexión que, aunque con toda seguridad puede resultar insuficiente o incluso errónea en algunos de sus aspectos –por lo que pido disculpas–, pretende poner de relieve que las cuestiones legislativas tienen un peso indudable en los temas que nos ocupan e intenta aportar a los profesionales e investigadores que trabajan en estos temas, desde las Ciencias de la Salud y la Antropología, una guía de referencia que puede servir para contextualizar sus trabajos, facilitar la búsqueda de informaciones concretas y, sobre todo, moverles a la reflexión.

Cabe, antes de pasar a presentar la Tercera Parte, hacer un último comentario sobre los tres capítulos anteriores. Todos ellos recogen de manera extensa, quizá, lo reconozco, en algunos casos podría decir que excesivamente extensa, citas literales de las fuentes bibliográficas que he consultado. La intención ha sido doble: por una parte, mostrar ejemplos que respaldaran las argumentaciones que iba exponiendo y, por otra, hacer explícito que se trata de cuestiones sobre las que otros autores han reflexionado antes que yo, aunque quizá no en los mismos términos ni con el mismo enfoque.

La Tercera Parte, titulada *Hacia una contrastación empírica de las ideas*, recoge una relectura y reordenación de los resultados de mi participación en la ya citada investigación *Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut a barris d'actuació prioritària de Catalunya*, desarrollada por un equipo de investigadores vinculados al GRAFO (Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada). En ella, la intención fue obtener datos, a través de un trabajo etnográfico en centros y con profesionales sanitarios que permitiera, al mismo tiempo, contrastar los datos recogidos en la bibliografía en los apartados anteriores y, por otra, poner a prueba mis ideas iniciales sobre los factores que podían estar implicados en la asistencia a población inmigrante, atendiendo especialmente a los que podían evidenciarse desde el propio sistema sanitario. Esta Tercera Parte se estructura en torno a tres capítulos y un Anexo.

El capítulo 4, *Metodología de la investigación y población objeto de estudio*, se describe, el trabajo etnográfico que realicé como parte de mis tareas en el marco de la investigación desarrollada por el equipo investigador del GRAFO. En concreto, en los dos primeros apartados del capítulo, se describen por extenso las características de la

observación participante en las dependencias de diversos centros de atención primaria (incluidas las consultas durante el proceso de atención a los pacientes) de distintos puntos de Cataluña y la selección de profesionales, de este mismo ámbito y hospitalario, para la realización de entrevistas en profundidad (en un total de 60), explicando las características generales del guion de entrevista diseñado. En el tercer apartado, describo su perfil demográfico y laboral, las características atribuidas a sus cupos de pacientes y, de manera específica, la formación de la que disponen sobre interculturalidad y desigualdad social y salud.

Los capítulos 5 y 6 pretenden mantener una estructura similar a la utilizada en los capítulos 2 y 3, para describir, en este caso, la percepción de los profesionales en relación con la existencia de desigualdades sociales en salud entre los pacientes que acudían a los centros, en el Capítulo 5, y los determinantes de salud que éstos perciben y se hacían presentes durante la observación participante, en el 6. Me ha parecido interesante esta estructura porque creo que puede permitir al lector contrastar las opiniones expresadas por los profesionales y las recogidas por mí durante el trabajo de campo respecto a ambas cuestiones con los datos recogidos a través de la bibliografía en la Primera y Segunda Parte.

En concreto, el Capítulo 5, *Los profesionales sanitarios ante las desigualdades sociales en salud y la inmigración*, recoge los datos obtenidos, tanto a través de la observación participante como de las entrevistas, respecto a las percepciones de los profesionales en torno a la posible relación entre el proceso migratorio y el estado de salud de sus pacientes, atendiendo de manera concreta a los grupos de patologías más destacados que también se habían señalado en el capítulo 2 y a aquellos respecto a los que mostraban especial preocupación, así como de sus experiencias y percepciones en relación con el patrón de uso de los servicios sanitarios que hacen estos pacientes, aspecto este al que presté especial atención, también, durante la observación participante en las consultas. Cabe aclarar aquí, como ya hice respecto a capítulos anteriores, que no ha sido mi intención recopilar datos exhaustivos ni estadísticamente significativos sino recoger las opiniones de los profesionales con los que he trabajado, sus percepciones y las mías propias, pero no la de los pacientes (con los que trabajaban otros etnógrafos del equipo).

El capítulo 6, titulado *Los profesionales sanitarios ante los principales determinantes de salud en población inmigrante*, pretende, a su vez, recoger información directa, de los profesionales y mediante la observación en los centros, respecto, primero, a las características demográficas y socioeconómicas de sus pacientes; segundo, en cuanto a las variables culturales que pueden tener relación con su estado de salud o comportamientos relacionados, prestando atención de manera específica a los conocimientos y conceptualizaciones que los profesionales manejan en torno al concepto de persona y sus itinerarios terapéuticos y observando, específicamente, las características de la comunicación con sus pacientes y sus opiniones sobre ella; en tercer lugar, siguiendo, como vemos, el mismo hilo conductor que el capítulo 3, recoge aspectos relevantes respecto a las características de la asistencia a población inmigrante en los centros en los que realicé el trabajo de campo, atendiendo sobre todo a las posibles adaptaciones para este tipo de población relativas a la traducción de información del centro y materiales de uso en las consultas. La última parte del capítulo recoge, además, las opiniones y demandas de los profesionales en relación con los protocolos asistenciales, la existencia de centros específicos para población inmigrante y, con mayor detenimiento, la mediación intercultural, para terminar con un breve

apunte respecto a su valoración de la calidad de asistencia que se presta a población general e inmigrante y sus necesidades y demandas en esta materia así como de mis percepciones al respecto.

Los tres capítulos de esta Tercera Parte incorpora, de manera extensa, fragmentos de entrevista y también ciertos comentarios recogidos durante la observación participante con la intención de ilustrar las situaciones y factores que se van tratando, por una parte, y de dar voz, directamente, a los diversos tipos de profesionales con los que he trabajado, por otra.

Tras estos seis capítulos, presento un apartado, muy breve, titulado *Consideraciones finales*, en el que más que resumir lo tratado hasta el momento (algo que opino que resultaría no sólo tedioso sino innecesario) mi intención es aportar una serie de reflexiones sobre dos de los aspectos centrales de los que se habla de manera transversal en todo el texto: la formación de los profesionales en materia de interculturalidad y desigualdad y su relación con la salud, por una parte, y la calidad de la asistencia que se presta a poblaciones inmigradas y minorías étnicas en nuestro sistema sanitario público. No se trata, quiero insistir en ello, de propuestas formales en torno a ambas cuestiones sino de reflexiones fruto de las lecturas y el trabajo de campo y, sobre todo, de posibles líneas de continuidad para el futuro.

Tras las Consideraciones Finales, incluyo un Anexo, en el que recojo la información principal relativa a las características de la investigación desarrollada por el equipo del GRAFO, del que formé parte, *Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut a barris d'actuació prioritària de Catalunya*; en concreto, describo, sucintamente, el marco temporal, los objetivos generales, las poblaciones seleccionadas y la metodología empleada.

Y cierran el texto dos apartados de bibliografía. En el primero se recoge la bibliografía citada a lo largo del texto y en el segundo, la bibliografía referida, es decir, aquella que aparece referenciada en las citas que apporto pero que corresponde a textos que no he leído (o lo he hecho de manera transversal). En su conjunto, opino que recogen un volumen considerable de fuentes bibliográficas que permitirán al lector interesado profundizar en el tema.

Finalmente, sólo me queda añadir un comentario sobre el tono general del texto. Atendiendo a los objetivos generales planteados, la descripción que se hace en cada una de sus tres partes, puede resultar, en ocasiones, excesivamente dura o crítica, tanto para investigadores, profesionales de diverso tipo como gestores del sistema. Es enteramente cierto que no he ahorrado las críticas o, más bien, las reflexiones sobre las limitaciones de los modelos, procedimientos o conductas, pero, creo, también, que hacerlo hubiera sido una falta de respeto, a mí misma, a los profesionales que ejercen en el sistema y, también, a lo mejor de nuestras disciplinas. Asumo, claro está, que alguna pueda resultar poco precisa o incluso errónea, pero pido al lector que cuando pase las siguientes páginas tenga en cuenta que están hechas desde el más absoluto respeto a todos los que, cada día, tratan de contribuir a la construcción de un sistema sanitario público, accesible y de calidad para el conjunto de la población. Intento, con mi trabajo, pertenecer a ese grupo.

PRIMERA PARTE

**APROXIMACIÓN A LOS ESTUDIOS SOBRE SALUD Y
DESIGUALDAD**

CAPÍTULO 1. INTERESES METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS

1. RELEVANCIA DEL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las desigualdades en salud (*inequalities*, en la terminología internacional) de la siguiente manera:

“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”⁹ (OMS, 1998b: p. 28, las cursivas son suyas)

Ahora bien, partimos de una definición, como mínimo, ambigua ya que lo que se considera justo o injusto puede variar considerablemente de unas épocas a otras, entre las distintas sociedades, distintos grupos dentro de ellas e, incluso, puede apreciarlo de forma diferente cada uno de los individuos que los conforman. Respecto a la evitabilidad, también cabe señalar que aunque la corrección de buena parte de las desigualdades sociales en materia de salud sería relativamente sencilla tan solo aplicando las medidas de salud pública al alcance de los países y sectores más desarrollados de cada 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, a menudo 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 sociales 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 dispongan de las condiciones necesarias para desarrollar su máximo potencial de 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, las cursivas son suyas)

Sin embargo, en los estudios sobre el tema tanto desde la Medicina y Salud Pública como desde las Ciencias Sociales, sigue utilizándose de manera mayoritaria el término desigualdad para referirse a las diferencias existentes entre los distintos sectores de la sociedad en cuanto a las oportunidades para alcanzar equivalentes niveles de salud y calidad de vida y respecto a las posibilidades de acceso al sistema sanitario.

Las interpretaciones respecto a la causalidad de estas desigualdades han sido variadas también, en cada época, en cada lugar y en cada disciplina.

“Quan parlem de la salut, la desigualtat fa referència a les diferències d’oportunitats i recursos lligats a la salut que trobem entre les persones de diferent classe social, gènere, ètnia o territori, que fan que els col·lectius més afavorits presentin un estat de salut més bo que la resta. Per tant,

⁹ 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. El lector puede encontrar también esta y otras definiciones básicas en la muchos de los textos sobre el tema publicados por la OMS.

el concepte de les desigualtats en la salut conté una clara dimensió moral i ètica. Fa referència a diferències en la salut que són innecessàries i evitables i que, a més, són injustes i intolerables. Assolir l'equitat en l'accés a la salut comportaria que, idealment, tothom tingués una oportunitat justa d'assolir el màxim desenvolupament possible de la seva salut (Whitehead, 1992).” (Borrell, Benach, 2003: 19)

“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)

Uno de los últimos abordajes en nuestro medio, desde la Epidemiología, trata de adaptar o integrar diversos modelos existentes proponiendo un marco en el que puedan basarse las políticas públicas destinadas a reducir las desigualdades:

“El marco [conceptual para explicitar las causas o los factores determinantes de las desigualdades en salud] distingue entre determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud. Entre los primeros se encuentra el contexto socioeconómico y político, que se refiere a los factores que afectan de manera importante a la estratificación social y la distribución de poder y recursos dentro de ella [Beckfield, Krieger, 2009]. Los distintos ejes de desigualdad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza, y el territorio de procedencia o de residencia, determinan jerarquías de poder en la sociedad que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud a través de la exposición a los llamados determinantes intermedios. Estos factores incluyen, en primer lugar, los recursos materiales, como son las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial), la carga de trabajo no remunerado del hogar y de cuidado de las personas, el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial, la calidad de la vivienda y sus equipamientos, y el barrio o área de residencia y sus características. Estos recursos, junto con la posición de poder, tienen un impacto en la salud, tanto directo como indirecto, e influyen en procesos psicosociales tales como la falta de control, la autorrealización o las situaciones de estrés, así como en las conductas individuales que repercuten en la salud. [Van Oort, Van Lenthe, Mackenbach, 2005; Schultz, et al., 2008] Finalmente, aunque los servicios sanitarios en sí mismos no constituyen el factor principal de generación de las desigualdades en salud, pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de si su acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores (a igual necesidad) para los grupos sociales menos favorecidos.” (Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2012: 183)¹⁰

La Antropología, en sus diversas especializaciones y corrientes teóricas, ha hecho también notables esfuerzos en este sentido:

“Las problemáticas de salud son estructurales para todas las sociedades. Más aún, en la selección de esta área de trabajo partimos de los siguientes supuestos:

a) la distribución no sólo general, sino diferencial de la enfermedad, los estados de salud y la muerte;

¹⁰ La cita procede de un artículo de 2012 que resume el trabajo realizado por la “Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España”, constituida en 2008 a petición de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social con el objetivo de elaborar propuestas de medidas de intervención para disminuir las desigualdades en salud. El texto completo incluye, además de este marco conceptual, un análisis de la situación de las desigualdades de salud y sus determinantes en el Estado español y un desglose por áreas de recomendaciones sobre intervenciones para disminuirlas. Puede consultarse en: Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, ed. (2010). Además de este texto, el lector interesado puede consultar diversos documentos de trabajo sobre el tema elaborados por la OMS, especialmente, OMS, ed. (2010).

- b) la existencia en todas las sociedades de actividades teóricas, técnicas y/o ideológicas para enfrentar y de ser posible solucionar las problemáticas de salud / enfermedad;
- c) la producción por todas las sociedades de ‘curadores’ que asumen la organización, transmisión y/o aplicación de las estrategias respecto de la enfermedad y la salud;
- d) el hecho de que las funciones curativas y/o preventivas han supuesto siempre la integración con otras funciones de control, normatización y/o legitimación que los curadores articulan sobredeterminados por las primeras funciones;
- e) el hecho de que los problemas de salud / enfermedad constituyen *siempre* procesos que afectan y se constituyen a partir de conjuntos sociales, además de conformar un hecho individual.” (Menéndez, 1984: 74, las cursivas son suyas)

“Todos estos supuestos nos conducen a proponer que toda sociedad establece, estructuralmente una relación teórica, técnica e ideológica respecto de los procesos salud / enfermedad incluidas las actividades ‘curativas’ mismas que operan tanto en los conjuntos sociales como en los ‘curadores’. Es decir, en todas las sociedades los conjuntos sociales estratificados, incluidos los ‘curadores’ reconocidos y legitimados diferencialmente –desde los ‘tradicionales’ hasta los ‘científicos’– establecen relaciones tanto teóricas e ideológicas como técnicas acerca de los problemas de salud / enfermedad, en la práctica concreta de sus mutuas relaciones sociales, que incluyen no sólo el rol profesional, sino también las condiciones de sus relaciones de clase.” (Menéndez, 1984: 74)

Independientemente del modelo utilizado para explicarlas, la existencia de estas desigualdades parece evidente. Aunque la calidad y la esperanza de vida de muchas poblaciones –fundamentalmente, pero no sólo, en el contexto occidental– se ha incrementado de manera notable desde el siglo pasado, sobre todo en relación con la mejora de las condiciones de vida de las clases trabajadoras, la planificación familiar, el mejor control de las enfermedades infecciosas y la extensión de los sistemas de asistencia sanitaria pública, las desigualdades en cuanto al ejercicio del derecho a alcanzar el máximo potencial de salud siguen existiendo y, en algunos casos, aumentando, lo que se refleja en cifras más elevadas de mortalidad y morbilidad y 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; Borrell, Benach, 2003).

“L’existència de desigualtats en la salut produïdes per factors socials ha estat àmpliament descrita en la literatura científica al llarg de les dues darreres dècades (Amick i col·l, 1995; Marmot i Wilkinson, 1999; Berkman i Kawachi, 2000). Hi ha una evidència clara: la gent de les classes socials més desfavorides presenta un nivell de salut més dolent que el de la població més benestant. També s’ha descrit abundantment que les zones geogràfiques amb més privació socioeconòmica presenten uns nivells de salut més dolents. Altres aspectes que cal tenir en compte són les desigualtats en la salut segons el gènere; en aquest sentit cal analitzar, per exemple, l’impacte que tenen les diferències en el treball laboral i domèstic que realitzen les dones i els homes, o bé les desigualtats segons les diferents ètnies, ja que el paper de la migració dins i entre els països cada cop juga un paper social més rellevant”. (Borrell, Benach, 2003: 17)

La importancia del estudio de las desigualdades sociales en salud vendría determinada, entonces, por varios motivos. En primer lugar, como he dicho, porque su existencia parece innegable sea cual sea la disciplina, la orientación teórica que las aborde o la metodología de los estudios que las describan.

“Veamos dos rasgos básicos que la investigación sobre las desigualdades en salud ha permitido desvelar. En primer lugar, las desigualdades son *ubicuas*, abarcan todos los campos: los continentes, los países, las regiones, las ciudades, los barrios, las clases sociales, los géneros y las etnias; y se manifiestan en una muy larga lista de indicadores de salud: tasas de mortalidad más elevadas, mayor número de enfermedades, peores hábitos de vida relacionados con la salud, menor utilización de los servicios sanitarios a igual necesidad. Y segundo, las investigaciones

sobre desigualdades en salud muestran resultados muy similares y muy *consistentes*. La gran mayoría de estudios obtiene resultados muy parecidos. La mayor parte de trabajos tienen que ver con la peor de las desigualdades en salud: la muerte. Los ejemplos abundan por todo el planeta.” (Benach, Muntaner, 2005: 58, las cursivas son suyas)

Segundo, porque existen cuando la comparación se establece en el plano internacional, dándose el caso de países en los que las cifras de esperanza de vida son en la actualidad similares o incluso peores a las que los más desarrollados¹¹ tenían a principios del siglo XX, pero también existen dentro de los Estados, de todos ellos. Así, en países desarrollados, diferentes estudios han señalado que las desigualdades en la estructura de la sociedad provocan desigualdades en salud que se expresan en diferencias en los indicadores sanitarios entre los diferentes segmentos de la población. 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)

“Un altre estudi ha mostrat que, cada any, a l'Estat espanyol, es podria evitar la mort de més de 35.000 persones si la mortalitat de les zones més pobres fos equivalent a la de les zones més riques (Benach i Yasui, 1999). Andalusia i Extremadura, amb solament una cinquena part de la població espanyola, sumen una tercera part de les morts potencialment evitables. No obstant això, el 14% del total d'excés de morts (4.930 persones) va correspondre als municipis de Catalunya. És a dir, com a mitjana, a l'Estat espanyol, cada dia moren prop de 96 persones a causa de la desigualtat social i a Catalunya gairebé 14 persones. Una investigació més recent va trobar associacions importants entre dos índexs de privació material i les deu causes principals de mort en els homes i les dones respectivament (Benach i col·l., 2001) (...). Un darrer treball ha xifrat l'excés de morts associat a la privació en un 14,4% en els homes i un 11% en el cas de les dones. Pel total del període estudiat (1987-1995), s'ha calculat un total d'excés de mortalitat que arriba a 222000 morts aproximadament (Benach i col·l., 2003[a]).” (Borrell, Benach, 2003: 61)

Tercero, porque estas desigualdades son elevadas y parecen seguir una tendencia al alza incluso en aquellos países que disponen de sistemas sanitarios y de protección social públicos y de calidad.

“Las desigualdades persisten y, a menudo, aumentan. Las desigualdades en salud, medidas en forma relativa, tienden a crecer a lo largo del tiempo. Aunque durante el siglo XX las tasas de mortalidad de los países (especialmente la de los ricos) se han reducido notablemente, las desigualdades en mortalidad por clase social medidas en forma relativa entre los países y entre las clases sociales han aumentado. [Marmot, Bobak, Davey-Smith, 1995]

¹¹ A pesar de las más que posibles imprecisiones a las que conduce esta decisión, utilizaré los términos “países industrializados”, “desarrollados” o “de renta alta” como sinónimos. No cabe, en este momento, una discusión profunda sobre su mayor o menor adecuación. El lector interesado puede consultar, entre otras, las informaciones del Committee for Development Policy de la ONU respecto a los criterios para clasificar a los países como Least Developed Countries (LDC) en: <http://unohrlls.org/about-ldcs/criteria-for-ldcs/>

Casi sin excepciones, las desigualdades en salud de las personas adultas en edad de trabajar se han agrandado. Gran Bretaña es el país donde mejor se han estudiado las desigualdades a lo largo del siglo XX. La asociación entre el nivel de ingresos y la mortalidad es muy fuerte: a mayor desigualdad en la distribución de ingresos mayor desigualdad en la mortalidad y viceversa. Las desigualdades en salud alcanzaron su punto más bajo a principios de los años 50 [Pamuk, 1985], momento en el que las desigualdades tendieron a aumentar, muy especialmente en los periodos de crecimiento de la pobreza relativa. Un reciente estudio ha mostrado el incremento entre 1990 y 1999 de las desigualdades en mortalidad en distintos grupos de edad y, sobre todo, entre los más jóvenes [Davey-Smith et al., 2002].” (Benach, Muntaner, 2005: 64)

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 estas 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 sociales en salud, incrementándose el número de investigaciones que, desde diferentes disciplinas y perspectivas, intentan establecer un diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones y analizar los condicionantes de la misma, de forma que sus conclusiones puedan servir de base para la orientación de las políticas en esta materia. Políticas, cabe aclarar, que implican áreas de actuación mucho más amplias que las estrictamente sanitarias:

“Tras el trabajo de consenso de los grupos temáticos y las sugerencias de las personas consultadas, la CRDSS-E [Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España] presentó 166 recomendaciones, ordenadas por prioridad y divididas en 14 áreas que abarcan la acción sobre el contexto político y la distribución de recursos, las condiciones de vida y trabajo a lo largo del ciclo vital, los entornos de vida, los servicios sanitarios, y la información, la investigación y la docencia (tabla 1). Es importante señalar que, al igual que en el informe de la CDSS-OMS [Oliva, Pérez, 2009], las recomendaciones se basan en los determinantes de la salud, hecho que contrasta con los planes de salud de la mayoría de las comunidades autónomas, que están basados en problemas de salud. Las recomendaciones incluidas son muy diversas, por ejemplo en lo que se refiere al nivel de concreción (muy generales, como ‘Proveer una educación pública de calidad’, o muy detalladas como ‘Facilitar becas de comedor escolar’) y al ámbito territorial (estatal, autonómico o local) y el sector de competencia (salud u otros).

Las recomendaciones principales, más generales, que en el documento encabezan cada área, suman un total de 27 y se muestran en la tabla 2. Podrían destacarse como mensajes clave de las cinco partes:

- La reducción de las desigualdades sociales en salud no es posible sin un compromiso para impulsar la salud y la equidad en todas las políticas y para avanzar hacia una sociedad más justa.
- Son necesarias políticas públicas para mejorar las condiciones de vida a lo largo de todo el ciclo vital: una educación de calidad desde la primera infancia, empleos y salarios adecuados, prestaciones de protección del desempleo, prestaciones para la dependencia y pensiones mínimas dignas. [Brenes-Camacho, 2011]
- Debe fomentarse el acceso a entornos de vida (barrios, pueblos y viviendas) generadores de salud, empezando por las áreas más desfavorecidas. La promoción de la salud debe basarse en la creación de entornos favorecedores de hábitos saludables y priorizar la participación de la población más desfavorecida.
- Es importante que se mantenga y mejore la cobertura, el acceso y la calidad del Sistema Nacional de Salud, y se diseñen los programas bajo la perspectiva de equidad.
- Es necesario disponer de datos y sistemas de vigilancia, recursos para la investigación y para la evaluación del impacto en la salud, y espacios de formación para los actuales y los futuros profesionales sanitarios, de salud pública y de otros sectores implicados.” (Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2012: 186)

Si nos centramos en la Epidemiología y la Antropología, dos de las disciplinas que más se han ocupado de este tema, lo primero que llama la atención es que tanto su enfoque metodológico como el uso de las técnicas de investigación son muy diferentes. Parece lógico, por lo tanto, que el punto de partida para este texto sea precisamente conocer cómo trabajan, cuáles son las críticas que pueden hacerse y en qué medida ambos enfoques pueden estar en condiciones de ofrecer un conocimiento útil para evaluar la situación y necesidades en salud de las poblaciones en general y, específicamente, las que son objeto de interés de este trabajo.

2. EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA. PLANTEAMIENTO Y REFLEXIONES CRÍTICAS

Veamos, a continuación, un pequeño apunte histórico sobre los estudios de desigualdades sociales en salud de enfoque epidemiológico, para pasar, después, a un – somero – análisis de la metodología más habitual en los trabajos sobre este tema¹² y una reflexión, desde la Antropología, sobre la aplicabilidad de este tipo de investigaciones para evaluar la situación y necesidades en salud de poblaciones inmigrantes y/o pertenecientes a minorías étnicas, especialmente para aquellos sectores en situación o riesgo de exclusión social.

2.1. BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA

No parece este el lugar adecuado para un abordaje en detalle de la historia de la Epidemiología y la Salud Pública, para lo que el lector dispone de multitud de textos especializados¹³, pero sí es necesario partir de una definición, aunque sea breve y sencilla, del ámbito de estudio de la Epidemiología actual:

“En todo caso, la epidemiología pretende dar respuestas a preguntas del tipo de *quién tiene qué, cuándo, dónde y por qué*, y sus utilidades básicas se podrían resumir en (Hernández-Ávila, 2000):

- Identificación de la historia natural de las enfermedades.
- Descripción de la distribución, frecuencia y tendencias de la enfermedad en las poblaciones.
- Identificación de la etiología y los factores de riesgo para la aparición y desarrollo de las enfermedades.
- Identificación y explicación de los mecanismos de transmisión y diseminación de las enfermedades.
- Identificación de la magnitud y tendencias de las necesidades de salud.
- Identificación de la magnitud, vulnerabilidad y formas de control de los problemas de salud.
- Evaluación de la eficacia y efectividad de las intervenciones terapéuticas.
- Evaluación de la eficacia y efectividad de la tecnología médica.
- Evaluación del diseño y ejecución de los programas y servicios de salud.” (Guix, 2013: 67-68, las cursivas son suyas)

En el marco de este ámbito genérico de estudio se han desarrollado diferentes subdisciplinas y corrientes teóricas pero aquí me centraré en los enfoques que han pretendido abordar el estudio de las desigualdades sociales en salud tal y como han sido definidas en el apartado anterior. No obstante, es necesario comenzar diciendo que pueden encontrarse precedentes históricos muy tempranos del interés por el estudio de las diferencias en la mortalidad y la prevalencia e incidencia de enfermedades en los diferentes sectores de las sociedades humanas, desde otras ramas de la Medicina (o por parte de profesionales no epidemiólogos) y desde otras disciplinas. Aun así, el

¹² A lo largo de este apartado seguiré, fundamentalmente, lo descrito en: Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, eds. (1996); Borrell (1996); Borrell, Benach (2003); y Benach, Muntaner (2005), por considerarlos los autores más destacados en el ámbito español y catalán y porque estas publicaciones se ajustan bien al rango temporal de realización de este trabajo. El lector interesado en el tema encontrará información detallada y actualizada en el portal Observatorio de Desigualdades en Salud (<http://www.ods-ciberesp.org/>).

¹³ Existen multitud de referencias pero para los objetivos de este capítulo resulta especialmente relevante el texto de De Almeida-Filho, 2000, que no sólo hace un repaso de la historia de la Epidemiología sino que aborda también, críticamente, su objeto de estudio, sus relaciones con la Medicina clínica y los paradigmas clásico y emergentes de la disciplina.

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 las clases trabajadoras¹⁴. En este siglo, destacan sobre los demás 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 trabajadores 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.

Específicamente desde la Epidemiología, los orígenes del interés por las desigualdades sociales en salud no pueden desligarse, por una parte, del manejo de las enfermedades infecciosas y, por otra, de los parámetros básicos que definen el paradigma epidemiológico (en sus comienzos y, en buena medida, como veremos, también en la actualidad), a saber: el positivismo, el biologismo y la dependencia de instrumentos estadísticos.

“Como sabemos, el descubrimiento de las causales microbianas de las enfermedades infecciosas a fines del siglo XIX, y el desarrollo de soluciones técnicas de tipo biológico, colocaron el eje de los objetivos epidemiológicos en las enfermedades infectocontagiosas y en este tipo de soluciones. En consecuencia, la epidemiología se desarrolla entre 1890 y 1950 básicamente en torno a dichos padecimientos, lo cual se expresa en el hecho de que el primer manual de epidemiología (Stalley, 1931¹⁵, citado en Buck et al., 1988) sólo se refiere a este tipo de enfermedades. Esta localización, con la orientación bacteriológica, marcó el desarrollo de la epidemiología al reducir cada vez más sus objetivos a la búsqueda de los factores determinantes y las soluciones dentro del campo biológico. Más aún, dada esta tendencia, la ulterior aplicación de la epidemiología a las enfermedades crónicas, las ‘violencias’ y las adicciones, no modificará sustancialmente sus concepciones, por lo menos, hasta fechas recientes.

Esto no niega reconocer que durante este lapso se generaron aportes (Goldberger¹⁶ [en Terris, 1980a]; Cassel, 1976; Terris, 1980a y 1980b; McKeown, 1976), que recuperaron la importancia de los procesos sociales y culturales, así como la dimensión histórica en la interpretación del proceso s/e/a [proceso salud / enfermedad / atención], pero las líneas dominantes tanto en la investigación como en la docencia focalizaron unilateralmente una perspectiva biologicista, excluyente de los restantes factores, reduciéndolos a variables secundarias o manejándolos desde una metodología que no incluía la descripción y la significación de dichos factores (Buck et al., 1988).” (Menéndez, 1998: 38)

Muchos autores defienden, sin embargo, una visión que, sin necesariamente alejarse de manera radical de estos parámetros, diferencia la Epidemiología de campo de la llamada Epidemiología social, que podría definirse de la siguiente manera:

“La epidemiología social es la rama de la epidemiología que estudia la distribución social y los determinantes sociales de los estados de salud [Berkman, Kawachi, 2000]. Según algunos autores [de Almeida-Filho, 2000], el término epidemiología social es una escandalosa redundancia, ya que lo social-colectivo ya está contenido tanto en el designativo (demos) como en el objeto del conocimiento de la ciencia epidemiológica. Tiene la vocación de proporcionar

¹⁴ De nuevo, me remito a la información aportada en Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, eds. (1996); Borrell (1996) y Borrell, Benach (2003), entre otros. La lectura de las fuentes originales relativas al contexto histórico internacional ha sido transversal por lo que el lector encontrará las referencias bibliográficas en el apartado Bibliografía referida.

¹⁵ Menéndez (1998) no proporciona la referencia bibliográfica.

¹⁶ Menéndez (1998) no proporciona la referencia bibliográfica.

información útil sobre qué políticas públicas aumentan o disminuyen las desigualdades en la salud [Mackenback, Bakker, 2003]. Es el polo opuesto de la epidemiología dominante, que opera con factores de riesgo individuales, desconsidera las variables sociales (clase social, ingresos, educación, etnia, país de origen, etc.) y aboga por una ‘despolitización’ de la práctica [Rothman, Adami, Trichopoulos, 1998]. La epidemiología social está centrada fundamentalmente en los estudios sobre desigualdades sociales en salud [Whitehead, 2000; Navarro, Benach, 1996], sobre todo a partir de la comparación de la distribución de indicadores, como salud percibida [Borrell et al., 2004b], mortalidad [Navarro, Benach, 1996; Benach et al., 2003b], prevalencia de factores de riesgo individuales de enfermedades crónicas o tumores [Navarro, Benach, 1996; Regidor et al., 2004; Galán, 2002] o prevalencia de enfermedades mentales [Muntaner et al., 2003], con la distribución de indicadores de posición socioeconómica e incluso con los diferentes contextos sociopolíticos [Franco, Álvarez-Dardet, Ruiz, 2004; Navarro et al., 2003].” (Segura del Pozo, 2006: 154)

Las características básicas que orientan su quehacer serían:

“(…) Este enfoque ha sido etiquetado como ‘socioecológico’ y es la herramienta fundamental de la epidemiología social contemporánea (Susser y Susser 1996b, 674; Krieger 2001a, 668; Susser 2004, 519). Descansa en tres puntos centrales:

1. El reconocimiento teórico y empírico de la participación simultánea de determinantes biológicos y sociales en el estatus de salud de las poblaciones y los individuos (Krieger 2001b, 693; Berkman y Kawachi 2000, 1), que asume, por lo tanto, que las enfermedades son producidas por la dinámica y mutua interacción de variables de diversa naturaleza (Honjo 2004, 193). Este proceso tiene lugar en un ambiente social que influye en la salud porque, entre otras cosas, es capaz de modelar normas; reforzar o debilitar formas de control social de conductas preventivas o dañinas para la salud; y porque puede generar —o no— las oportunidades para mejorar el estatus de salud y en general el bienestar colectivo (Berkman y Kawachi 2000, 1).

2. Se admite que las variables participantes en los complejos sistemas causales de las enfermedades poseen peculiaridades distintivas que les confieren la capacidad de ser abordadas de acuerdo con el nivel de organización en que se ubican. Esta distribución de las variables en niveles de organización no es un fenómeno aleatorio, sino que es construido social o biológicamente, lo cual permite su aglomeración. Dado que los niveles no son producto del azar, se da por sentado que existe algo semejante a rangos o jerarquías en los que se ordenan las variables. Así, variables individuales corresponden a un nivel jerárquico primario, sea este biológico (molecular, celular, tisular) o individual pero de raigambre social (escolaridad, ingreso, ocupación, etcétera), mientras que variables grupales (familias, amigos, escuelas, ciudades, estados) corresponden a un nivel ecológico jerárquicamente superior al nivel individual (Blakely y Woodward 2000, 367; Subramanian, Jones y Duncan 2003, 65; Diez Roux 2004, 104).

3. Los múltiples niveles de organización permiten el estudio de observaciones a un nivel primario (por ejemplo, individuos) que se ‘anidan’ dentro de observaciones que se encuentran en un nivel superior (vecindarios, comunidades, regiones). Tales niveles representan fuentes de variación estadística en el evento o en el resultado, que resultan ser secundarias a la acción de otras variables, a su vez definidas en múltiples niveles de organización, además de las interacciones que ocurren entre las variables ubicadas en tales niveles. La situación puede ser modelada mediante técnicas estadísticas como la regresión logística jerárquica (por ejemplo, modelos de efectos mixtos, modelos de efectos aleatorios, modelos lineales multinivel), lo que permite el análisis simultáneo del efecto producido por la acción de las variables en distintos niveles, con el beneficio agregado de evaluar la cantidad de variación que ocurre en cada nivel (Diez Roux 2000, 171; Raudenbush y Bryk 2002, 3).” (Álvarez, 2008: 62-63)

Es decir, en cuanto a las desigualdades en salud, la Epidemiología social trataría de establecer un marco teórico que diera cuenta de sus causas y de los instrumentos necesarios para medirlas, con el objetivo de comunicarlo más allá del ámbito científico y tener incidencia en las políticas sanitarias:

“Sin embargo, la epidemiología social parte de una reflexión sobre el origen de las desigualdades en salud (‘¿por qué enferman unas personas y otras no?’ [Evans, Barer, Marmor, 1996]) y de la necesidad de construir un marco teórico que las explique. El operar sobre desigualdades supone entrar en un plano valorativo y no meramente descriptivo. El valorar si una desigualdad es

‘injusta e inevitable’ [Whitehead, 2000] lleva a la imposibilidad de abstraerse de la ideología y la conciencia de su influencia en la ciencia teóricamente aséptica.” (Segura del Pozo, 2006: 154)

“Sin embargo, la epidemiología social pretende tener capacidad de influencia sobre los políticos, para que varíen sus estrategias públicas en función de los indicadores de salud, y sobre la sociedad, para que presione a los políticos a partir de la toma de conciencia del impacto de estas políticas en su salud y calidad de vida. (...)” (Segura del Pozo, 2006: 155)

Aunque la adscripción de los autores no siempre se declare de forma explícita, no puede negarse que, sobre todo desde la segunda mitad del siglo XX, se han producido, especialmente en contexto europeo y estadounidense, multitud de estudios con una orientación que bien podría encajar en esta denominación, lo que la convierte en el paradigma dominante en el estudio de las desigualdades sociales en salud desde la Epidemiología en la actualidad. Aun así, sobre todo en las primeras etapas, la repercusión real de este tipo de estudios sobre las políticas sanitarias de los Estados y también respecto a la producción científica especializada, fue escasa debido, fundamentalmente, al limitado desarrollo de la Epidemiología y la Salud Pública, y también a que los crecientes avances en el desarrollo tecnológico de la Medicina hicieron depositar en ellos la esperanza de reducir las desigualdades (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996).

Uno de los estudios clásicos sobre desigualdades sociales en salud 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, de tal modo que los índices de mortalidad son mayores a medida que se desciende en el escalafón profesional.

Más tarde, en 1980, se publica el llamado *Black Report* (Townsend, Davidson, Whitehead, 1988) considerado el estudio pionero de las desigualdades sociales 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 Reino Unido. El equipo dirigido por Black analiza 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 encuentra 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* incluye hipótesis causales en las que relacionaba claramente la situación de salud con la realidad socioeconómica de la época. También incluye 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 Reino Unido, lejos de disminuir, se habían mantenido o incluso 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 mujeres¹⁷. 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.

En lo que se refiere al Estado español¹⁸, la tradición de estudios sobre desigualdades en salud de corte epidemiológico es mucho más reciente en el tiempo, y la producción, más escasa¹⁹. Se inicia en los años 80 del siglo pasado pero no alcanza 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, eds. (1996) *Desigualdades sociales en salud en España*, considerado como el *Black Report* español y que es, sin duda, uno de los estudios sobre las desigualdades sociales en salud que más influencia ha tenido en nuestro medio. En este trabajo, realizado por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo²⁰, se investigan las desigualdades en mortalidad entre 1990-92 tomando por primera vez áreas geográficas pequeñas como ámbito de análisis y utilizando un índice de privación material. Se estudian, en total, 2.221 zonas formadas por municipios o agregación de municipios y se 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

¹⁷ La inclusión de las mujeres en el estudio en este momento muestra de manera clara la influencia de la realidad social, cultural, económica y política de los Estados sobre este tipo de investigaciones.

¹⁸ A lo largo del texto utilizaré indistintamente los términos España y Estado español.

¹⁹ El lector interesado en la evolución histórica del estudio epidemiológico de las desigualdades sociales en salud en el Estado español 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. Para información más reciente cabe recomendar, de nuevo, la consulta del portal Observatorio de Desigualdades en Salud (<http://www.ods-ciberesp.org/>).

²⁰ A lo largo del texto citaré diferentes organismos públicos cuyo nombre se ha ido modificando a lo largo de los años. En todos los casos, utilizaré la denominación que corresponde al momento concreto al que se refiere el texto.

mortalidad, se investigan, a partir 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 Reino Unido, apenas tuvo difusión ni se tomó como base para la implementación de políticas sanitarias²¹.

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 investigó –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 destacó 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 forma desigual por todo el Estado, de manera que Madrid, País Vasco y, especialmente, Cataluña –que han tenido más tradición y más disponibilidad de fuentes de información y de recursos– concentran la mayor parte de la producción científica en este terreno²². El número de profesionales que se dedican a este tema es también limitado, de forma que las publicaciones más destacadas se limitan a un pequeño grupo de autores.

Por añadidura, la distribución y el eco que encuentran los estudios sobre desigualdades sociales en salud en los medios científicos y de comunicación general es todavía limitada, aunque creciente, 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. Y, más aún, el incremento en los conocimientos no ha ido, en absoluto, acompañado de una incidencia directa en las políticas relacionadas con el tema:

²¹ 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.

²² En el caso de Cataluña, es destacable la producción científica de profesionales ligados, especialmente, a la Agència de Salut Pública de Barcelona, algunos de los cuales serán ampliamente mencionados a lo largo de este capítulo: J Benach, C. Borrell, MI. Pasarín, I. Rohlfs, etc.

“En Cataluña y en el Estado español ha aumentado el conocimiento sobre las desigualdades socioeconómicas en salud en las últimas décadas. Sin embargo, hasta el momento, las políticas realizadas para reducirlas son escasas [Díez, Peiró, 2004], sin que el tema sea objeto de debate en la agenda política. A pesar del progreso en la investigación realizado por algunos grupos concretos, la existencia de las desigualdades en salud apenas sí ha trascendido a la ciudadanía, los grupos sociales y los responsables políticos.” (Borrell, Benach, Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill, 2006: 403-404)

“A pesar de que en España hay abundante evidencia, durante las últimas dos décadas, de la existencia de desigualdades sociales en salud, las políticas para disminuirlas no han entrado hasta hace poco en la agenda política. En los inicios del siglo XXI, la equidad y las desigualdades se han incluido de forma explícita, en mayor o menor medida, en los planes de salud de la mayoría de las comunidades autónomas como una prioridad y un valor que deberían regir las políticas de salud y de servicios sanitarios. Comunidades como el País Vasco y Andalucía han incluido la reducción de las desigualdades de salud entre los objetivos principales de sus planes de salud. De todos modos, a la inclusión de la equidad como principio no siempre se corresponden propuestas concretas de intervención, aunque en general estas propuestas están aumentando.” (Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2012: 184)

Ahora bien, que la Epidemiología social pueda considerarse el paradigma dominante no implica que no hayan surgido voces reflexivas incluso ya desde la propia diferenciación entre Epidemiología de campo y social.

“Aunque la epidemiología social tiene vocación de construir un nuevo paradigma científico [Kuhn, 2001] que supere el dominante [Susser, Susser, 1996; Krieger, 1994], sus esquemas de pensamiento y su metodología están anclados, al igual que la epidemiología de campo, en la epistemología positivista, y determinados por los límites de la estadística [De Almeida-Filho, 2000]. Ambas ramas de la epidemiología operan con un objeto-modelo específico [Bachelard, 2003], como es el riesgo [De Almeida-Filho, 2000; Castiel, 2006], y sobre un campo complejo como el social.” (Segura del Pozo, 2006: 155)

“Considero que la epidemiología de campo puede ser epidemiología social en el caso de que la actitud y la práctica del epidemiólogo tengan determinadas orientaciones. Por ello, sugiero que, más allá de etiquetas o simpatías teóricas, los epidemiólogos de campo reflexionen – reflexionemos– sobre la práctica actual con la ayuda de 10 cuestiones:

1. ¿Incorporamos las variables sociales (ocupación, educación, ingreso, etnia, país de origen, etc.) en nuestros sistemas de vigilancia o información?
2. ¿Consideramos el contexto social en nuestros análisis habituales y en las investigaciones de brotes?
3. ¿Consideramos que el ‘agente’ suele ser un ‘intermediario’ en los brotes?
4. ¿Discriminamos suficientemente los diferentes niveles (individual, grupal, vecindario, comunitario, regional, etc.) en nuestros análisis?
5. ¿Incorporamos metodología de investigación cualitativa para el estudio de los determinantes sociales?
6. ¿Conseguimos sacar a la vigilancia epidemiológica de área fuera del coto de las enfermedades transmisibles? ¿Incorporamos el estudio de las enfermedades no transmisibles, de la mortalidad y de la discapacidad en nuestros sistemas de vigilancia?
7. ¿Transmitimos con suficiente claridad a la población los elementos del contexto social y político que influyen sobre los indicadores de salud o bien contribuimos a dar una información descontextualizada socialmente?
8. ¿Nos esforzamos por coordinarnos con los profesionales e instituciones de nuestro territorio con intereses comunes en la salud de la comunidad (servicios sociales, educadores, etc.)?
9. ¿Estamos implicados en que esta información esté orientada a su utilización en políticas públicas de interés para la salud (educación, servicios sociales, urbanismo, vivienda, empleo, etc.)?
10. ¿Nuestra información sirve para evaluar el impacto en la salud de determinadas políticas públicas?” (Segura del Pozo, 2006: 156-157)

Voces que se convierten en abiertamente críticas desde Latinoamérica y que llaman a una reflexión más amplia. Aunque las abordaré en el último apartado de este capítulo, dejo aquí un apunte:

“Algunos autores afirman, con razón, que los hábitos y las conductas no son responsabilidad del individuo, sino del entorno social, económico y cultural en el que se desenvuelve el individuo (Dahlgren y Whitehead, 1991). Un nuevo enfoque epidemiológico ha intentado abordar el problema: la epidemiología social. No obstante, al continuar basándose en la estadística, reduce las variables, como hemos mencionado anteriormente, a factores de riesgo, con lo cual nuevamente el foco recae sobre el individuo, obviando la utilización de series históricas largas con la finalidad de garantizar e incrementar la fiabilidad de los datos. La llamada *epidemiología crítica* intenta dar un paso más allá: ‘La epidemiología crítica, uno de los ejes de la salud colectiva, se refiere tanto al análisis riguroso de la argumentación y del método, como al análisis de las relaciones entre las condiciones de regulación social, desigualdad y poder’ (Breilh, 2002).” (Guix, 2013: 70-71, las cursivas son suyas)

“La epidemiología social y su enfoque socioecológico aún no han sido capaces de responder a *innumerables interrogantes* que son cruciales en el campo de la salud poblacional: ¿Cómo pueden medirse los cambios que la sociedad provoca en la vida de los individuos? ¿Cómo evaluar las transformaciones en la sociedad que han sido generadas por cambios en los individuos? (Oakes y Kaufman 2006, 3). ¿Tiene sentido práctico, y no sólo académico, medir el efecto contextual de indicadores construidos con ‘lo mejor de la información disponible’, sin considerar los patrones culturales de individuos y colectividades? Es probable que la evolución teórica y metodológica de la epidemiología social contribuya positivamente al entendimiento de las complejas relaciones causales de los fenómenos de salud, pero parece poco probable que pueda incorporar un pensamiento complejo acerca de la esencialidad histórica, corporal, cognitiva y cultural de los seres humanos y cómo es que se relacionan con el lugar donde habitan, entendiendo este espacio no como una escenografía teatral, siempre pasiva, sino como el ámbito donde concurren activamente los determinantes de la salud, que protegen y agreden el equilibrio de las personas, familias y comunidades (Ibacache Burgos y Leighton Naranjo 2004, 1).” (Álvarez, 2008: 64-65, las cursivas son suyas)

“(…) Entendemos que a epidemiologia social fez uma espécie de mediação entre a visão positivista da epidemiologia descritiva e o determinismo, também positivista, do marxismo althusseriano. Transitou nos dois campos, sem conseguir se desprender das correntes fundamentadas na filosofia da consciência (ou seja, da observação exterior dos fenômenos), abordando a questão social ora como um cenário de produção das doenças, ora como um determinante, sem mediações, das situações, dos comportamentos e dos sujeitos. Como a epidemiologia positivista, a epidemiologia social pouco levou em conta as questões da subjetividade, das relações e os processos microsociológicos do mundo da vida, como complexificadores das expressões de saúde e doença no híbrido biológico-social. Ao não considerar relações e subjetividade, os epidemiologistas sociais perdem duas categorias essenciais do pensamento marxista clássico: especificidade histórica e diferenciação interna dos processos sociais.” (Minayo et al., 2003: 100)

No obstante estas corrientes, la metodología y uso de las técnicas de investigación propias de los estudios sobre desigualdades sociales en salud que tienen un enfoque en torno a la llamada Epidemiología social se mantiene en la mayor parte de los realizados desde el ámbito sanitario en nuestro medio aunque esta orientación, insisto, no siempre se explicita. Y esto puede ser así, bien por las características de la formación en métodos y técnicas de investigación de los profesionales de la salud – eminentemente cuantitativa y positivista – bien por ser el paradigma dominante – de manera que este tipo de trabajos son los que tienen más posibilidades de obtener financiación y de ser publicados en las revistas especializadas. Y es este, precisamente, el motivo que hace necesaria la reflexión que viene a continuación.

2.2. APROXIMACIÓN CRÍTICA A LOS ESTUDIOS SOBRE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD DE ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO Y SU APLICABILIDAD PARA EL TRABAJO CON POBLACIONES INMIGRANTES Y/O PERTENECIENTES A MINORÍAS ÉTNICAS

De acuerdo con lo dicho anteriormente, este apartado incluye una aproximación a las características generales en cuanto a metodología y uso de las técnicas de investigación de los estudios sobre desigualdades sociales en salud de enfoque epidemiológico realizados en nuestro medio. Al mismo tiempo, y teniendo en cuenta estas características, realizaré una breve reflexión, desde la Antropología, sobre su aplicabilidad para el estudio de la situación y necesidades en salud de poblaciones inmigrantes y/o pertenecientes a minorías étnicas, especialmente para aquellos sectores en situación o riesgo de exclusión social.

2.2.1. Consideraciones en torno a las poblaciones y las muestras

2.2.1.1. Cuantificación de las poblaciones

Una de las primeras cuestiones que es necesario tener presente, y que afecta a estudios realizados desde diferentes disciplinas y metodologías, es que no se conoce con exactitud la cifra de personas inmigrantes que residen en el Estado español, ya que, además de las dificultades conceptuales mencionadas en la Introducción, no existe ningún registro oficial donde se recoja a la totalidad de estas poblaciones: en los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales²³ tan sólo se incluye a aquéllos con estancia regularizada²⁴; los padrones municipales, recogen, además, a parte de los que se encuentran en situación irregular, pero tampoco a todos; 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 éstos no son, ni mucho menos, la totalidad de inmigrantes en situación irregular en cuanto a su estancia en el Estado español. 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 pero éstas pueden ser muy diferentes dependiendo de la fuente que se consulte²⁵.

²³ Con el mismo criterio indicado en una cita anterior, utilizo la denominación vigente en el momento de realización del trabajo de campo.

²⁴ Con estancia legal en territorio del Estado español de acuerdo con las leyes migratorias vigentes en cada momento. Aunque la expresión más correcta sería “ausencia de regularización jurídica de la estancia”, para hacer más fluida la lectura, utilizaré como sinónimos los términos “no regularizado” y “en situación irregular de la estancia”. No usaré los términos “irregular”, “ilegal” o “sin papeles” ya que, además de ser, desde el punto de vista legal, inexactos, tienen matices peyorativos y estigmatizadores que deben evitarse.

²⁵ Según datos de la Secretaría General de Inmigración y Emigración, en esas fechas denominada Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, a 31 de diciembre de 2010 (momento en el que finaliza el marco temporal de referencia para este trabajo) había en el Estado español 4.926.608 extranjeros con autorización de residencia en vigor. De ellos, 1.091.433 se encontraban en Cataluña. En estas cifras están incluidos los ciudadanos del Espacio Común Europeo (Secretaría General de Inmigración y Emigración, 2015).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística correspondientes al padrón municipal de habitantes, en 2010 había empadronadas en algún municipio del Estado español 5.747.734 personas que no tenían

En lo que se refiere a poblaciones no inmigrantes pertenecientes a minorías étnicas, como es el caso de la población gitana autóctona²⁶, decir que no disponemos de ningún tipo de registro oficial en el que se recoja la pertenencia étnica, de manera que la cuantificación se mueve, también, en el terreno de las estimaciones, a veces francamente vagas²⁷.

Como consecuencia de esta limitación de datos no es posible determinar con una adecuada exactitud prevalencias ni incidencias de enfermedades para estas poblaciones en su conjunto –sí, obviamente, para grupos concretos– ni se pueden establecer comparaciones del todo fiables con el resto de la sociedad puesto que se desconoce el denominador de la comparación. Así, no resulta posible saber con rigor en qué medida la situación (global) en cuanto a la salud es deficitaria (o no) y si el acceso a los cuidados sanitarios es igual, peor o simplemente diferente, lo que además de dificultar la elaboración y desarrollo de políticas sanitarias responsables (para todos los usuarios) puede tener consecuencias negativas para la salud de cada una de las poblaciones, además de alimentar estereotipos y prejuicios. Continuemos.

2.2.1.2. *Identificación de las poblaciones*

Las dificultades de cuantificación se asocian a las de identificación de estas poblaciones en los registros oficiales, dadas las disparidades en cuanto a la información recogida en cada uno de ellos y las ventajas y limitaciones de cada indicador.

“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)

“(…) De les diferents variables que s’acostumen a emprar per a definir als immigrants estrangers tenim el lloc de naixement, el país de procedència i la nacionalitat. Cap d’aquestes variables assegura que tots els individus hauran viscut un procés migratori. Una cosa és la procedència, una altra la nacionalitat i una tercera la immigració. Venir de l’estranger no implica tenir una altra nacionalitat o no per tenir una nacionalitat estrangera s’ha d’haver viscut un procés migratori. La mateixa controvèrsia es troba amb el país de naixement. Per circumstàncies vàries es pot haver nascut en un altre país però haver crescut i construït el teu espai de vida en un altre lloc de manera que es podria arribar a dir, en alguns casos, que no s’ha viscut un procés migratori. O es pot haver nascut en un altre país i pels lligams familiars pot ser que tot l’espai de vida es trobi en un altre país, de manera que un canvi de residència cap al país no comporti cap canvi de l’espai de vida. La variable lloc o país de procedència és interessant per a un estudi sobre migracions per la visió longitudinal i de trajecte migratori que incorpora, però és poc utilitzada o conté forces imprecisions en les dades i registres existents. La dificultat associada a les variables migratòries és constant en els estudis sobre migracions. La tria de la variable

nacionalidad española. Para Cataluña, la cifra era de 1.198.538 personas (Instituto Nacional de Estadística, 2015).

En lo que se refiere a los inmigrantes en situación irregular, resulta especialmente difícil obtener datos fiables. Por ejemplo, un informe de la ONG Cáritas, utilizando datos del sindicato Comisiones Obreras, propone, para el año 2010, una horquilla entre las 400.000 y las 800.000 personas (Observatorio de la Realidad Social Cáritas española, 2011).

²⁶ Aunque puede encerrar imprecisiones, utilizaré la expresión imprecisa “población gitana autóctona” para referirme a aquella que no es inmigrante.

²⁷ Así, en un trabajo editado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Laparra, 2011) se plantea una horquilla entre 500.000 y 1.000.000 de personas, siendo la estimación más aceptada alrededor de las 750.000, un 1,87% de la población total.

migratòria no és plenament lliure i sovint està subjecta a les dades i registres existents que ja incorporen una decisió prèvia sobre com registrar les migracions.” (Mota, 2007: 34)

El país de nacimiento no sirve como indicador exclusivo para identificar a las poblaciones inmigrantes puesto que ni todos los nacidos fuera del Estado español son extranjeros (es decir, tienen como progenitores a personas sin nacionalidad española) ni todos los nacidos en el territorio del Estado tienen derecho a la nacionalidad (como sería el caso de los hijos de extranjeros que no cumplen los requisitos legales, pero a los que sí habrá que tener en cuenta en cierto tipo de programas de salud). Algunos autores, sin embargo, y aun teniendo presentes estas limitaciones, lo defienden como un indicador válido:

“Se consideró que las encuestas realizadas alrededor del año 2005 tendrían un número suficiente de entrevistados cuyo país de nacimiento no fuera España. Antes de realizar el estudio se comprobó que, en España, diferentes instituciones de ámbito autonómico y municipal han realizado encuestas que incluyen información sobre el uso de servicios sanitarios. Sin embargo, en pocas de ellas es posible saber si los entrevistados eran inmigrantes o no, ya que no se obtuvo información sobre esta característica o alguna otra variable relacionada con ella. Por este motivo, para nuestro estudio se seleccionaron las encuestas en cuyo cuestionario de recogida de datos aparecía información sobre el lugar de nacimiento o la nacionalidad de los entrevistados y sobre la utilización de los servicios sanitarios. Aunque no todas las personas nacidas fuera de España podrían considerarse inmigrantes, el país de nacimiento ha sido la variable operativa utilizada para reflejar si un entrevistado era inmigrante o no [Malmusi, Jansá, 2007]. En caso de que el cuestionario de recogida de datos no incluyera el país de nacimiento, se utilizó la nacionalidad para definir si un entrevistado era inmigrante o no.” (Regidor et al., 2009: 5)²⁸

La nacionalidad no es tampoco un indicador válido por sí mismo: usarlo como método de identificación dejaría fuera a los inmigrantes nacionalizados, que son aquéllos que, por lo general aunque no siempre, tienen un mayor número de años de estancia, los que suelen encontrarse en mejores condiciones socioeconómicas (en la medida en que es necesario disponer de trabajo para ir renovando los permisos de residencia y llegar a obtener la nacionalidad) 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 personas inmigrantes no nacionalizadas podrían tener un sesgo hacia un peor estado de salud y acceso más deficitario a los servicios sanitarios. Aun así, es un indicador ampliamente defendido y utilizado:

“Com s’ha comentat, en l’estudi de la immigració estrangera tenir una nacionalitat estrangera i estar empadronat en un municipi no implica necessàriament haver viscut un procés migratori. De totes maneres, del conjunt de variables disponibles per a estudiar la immigració estrangera, la nacionalitat ofereix certs avantatges. Des de l’estat, la nacionalitat estableix una relació entre immigració i dret. La nacionalitat és el mecanisme que tenen els estats moderns per a establir la diferència entre nosaltres i ‘els altres’. És a dir, la nacionalitat seria una manera indirecta d’aproximar-se a l’espai de vida dels immigrants estrangers. Per a l’estat, l’immigrant estranger de diferent nacionalitat és vist com un portador de valors socials i culturals que poden entrar en

²⁸ El texto presenta parte de los resultados de la comparación del uso de los servicios sanitarios (médico general, especialista, urgencias y hospitalización) entre población autóctona e inmigrante a partir de datos de las encuestas de salud de Cataluña (2006), Madrid (2005), Canarias (2004) y Comunidad Valenciana (2005). A lo largo de las siguientes páginas utilizaré este texto para ejemplificar algunas de las limitaciones del enfoque epidemiológico para el estudio de estas cuestiones. La elección no es casual: los autores son profesionales muy reconocidos en su campo, con una amplia trayectoria investigadora nacional e internacional y, por tanto, en absoluto *sospechosos* de no conocer bien su disciplina ni de descuidar la metodología de sus investigaciones. Mis reflexiones críticas quedan, entonces, enmarcadas en el uso de los métodos y las técnicas propios de este enfoque disciplinario y no de autores o trabajos concretos.

conflicte amb els de la nacionalitat de recepció. La nacionalitat és el mecanisme utilitzat pels estats per a legitimar la inclusió o exclusió dels immigrants estrangers (Zapata-Barrero 2002). La nacionalitat, a més, té el component dinàmic i renovable que tenen les migracions i no és un aspecte fix en el temps com pot ser el lloc de naixement.

A partir de la nacionalitat podem definir el concepte d'estranger d'una manera precisa. El concepte estranger té un significat jurídic i es refereix a totes aquelles persones que no posseeixen la nacionalitat de l'estat on viuen. La nacionalitat es recull en el moment d'empadronament de manera que és una font de dades actualitzada i abundant sobre la variable migratòria. Encara que el sentiment de pertinença i el procés de deixar de sentir-se immigrant és una valoració personal, la nacionalitat pot ser una mesura indirecta de trobar persones en procés d'assentament. El sentiment de pertinença no té per què coincidir amb la nacionalitat. La nacionalitat registrada al padró municipal no té per què coincidir amb l'idiom de la persona ni tampoc ha de ser una variable necessària ni suficient per a descriure a un immigrant estranger (Pascual-de-Sans 2004), així l'ús de la nacionalitat com a variable definitiva de la immigració estrangera a Catalunya es deu a la dificultat intrínseca en l'estudi de les migracions i a les limitacions de les dades existents. (...)” (Mota, 2007: 34-36)

En lo que se refiere a los diferentes organismos que recogen los datos, los de los Ministerios con competencias en inmigración, trabajo o asuntos sociales, aun 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 y la situación en cuanto a la regularización de la estancia en el país, tienen una utilidad limitada, en tanto que dejan fuera a los inmigrantes en situación irregular, con necesidades en materia de salud que pueden ser específicas.

La consulta de los datos del padrón municipal podría soslayar parte del problema, puesto que, como veremos más adelante, no es necesario disponer de permiso de residencia para inscribirse; sin embargo, es conocido también que existe un porcentaje de personas inmigrantes que no constan como empadronadas, por diversos motivos, y que, por su posible situación de vulnerabilidad, podrían necesitar de atención específica (además de las dificultades para trabajar asociadas a la ausencia de permiso de residencia y trabajo, sin empadronamiento es difícil el acceso a las prestaciones sociales, entre ellas las sanitarias).

En lo que se refiere a los registros de tipo sanitario (historias clínicas, cupos de los CAPs, datos de las TSIs²⁹...), los criterios para recoger la información son enormemente variados. Suele registrarse el país de nacimiento, pocas veces la nacionalidad y, menos aún, los años de estancia, lo que hace que la identificación de las personas inmigradas en el medio sanitario sea compleja y esté sujeta a una serie de sesgos que pueden complicar el cálculo de los indicadores de salud y limitar la fiabilidad de las investigaciones.

Para tratar de soslayar estos inconvenientes, se hacen, en ocasiones, auténticas piruetas como tratar de cruzar el país de nacimiento con la nacionalidad o el último lugar de empadronamiento³⁰. En la práctica habitual, la mayoría de los trabajos –no sólo desde el ámbito biomédico– utilizan el país de origen como medio de identificación y, aunque algunos autores señalan la limitación que esto supone, otros lo consideran suficiente.

²⁹ CAP: Centro de Atención Primaria; TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

³⁰ En Cataluña, por ejemplo, los informes del Registre Central d'Assegurats (RCA) estiman la nacionalidad mediante un algoritmo que combina los datos del propio RCA con los del padrón y la Tesorería de la Seguridad Social (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2010).

“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 [Peiró, 1998].” (Cots et al., 2002: 377)

En lo que se refiere a la población gitana no inmigrante, la situación, en cuanto a su identificación en los registros oficiales, es aún más compleja en la medida en que, como ya he dicho en el apartado anterior, en el Estado español ningún tipo de registro oficial recoge la pertenencia étnica³¹.

2.2.1.3. *Criterios de selección y niveles de análisis: heterogeneidad y variabilidad de las poblaciones*

Uno de los tipos más frecuentes de investigaciones de corte epidemiológico sobre desigualdades sociales en salud son los llamados estudios ecológicos que se interesan por las características de un área geográfica (provincias, comarcas, ayuntamientos,...) en un momento determinado. Se estudian en ella variables socioeconómicas y de salud, individuales y grupales, 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 lugar. En el ámbito asistencial son muy frecuentes los estudios que tienen como diana la población de referencia de un CAP o un hospital en concreto y, en menor medida, la englobada en Zonas Básicas de Salud.

En la bibliografía especializada se suele señalar 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 salud³². Son, también, relativamente baratos y sencillos de realizar, en la medida en que los datos censales o padronales 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 en 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 [Schwartz, 1994].” (Borrell, 1996: 13-14)

“Aunque las limitaciones de los estudios ecológicos han sido ampliamente comentadas (Piantadosi, Byar y Green, 1988; Greenland, 1992; Morgenstern, 1982, 1995), sus ventajas, tanto

³¹ El debate sobre la conveniencia o no de recoger este tipo de datos es intenso y ofrece reflexiones éticamente interesantes pero abordarlo aquí escapa a las posibilidades de este trabajo. Sólo un resumen de mi posición al respecto: no; existen demasiados ejemplos históricos (y algunos no tan lejanos ni temporal ni geográficamente) de las consecuencias dramáticas del uso de este tipo de registros como para que su elaboración esté éticamente justificada.

³² 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); los 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 periodos).

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 (Schwartz, 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)

Presentan, sin embargo, limitaciones, de diverso orden. Las más serias, derivadas de la utilización de diferentes niveles de análisis o, más bien, de la falta de adecuación entre las preguntas de investigación, los indicadores y variables que se utilizan para intentar responderlas y las relaciones que se establecen entre ellos:

“El estudio de los determinantes de la salud necesariamente implica la consideración de variables definidas a distintos niveles y la presencia de múltiples niveles de organización (Diez Roux, Schwartz y Susser 2002). Por ejemplo, la salud puede medirse a nivel individual o a nivel de distintos tipos de agregados (barrios, ciudades, países, etcétera). Al mismo tiempo, los determinantes de la salud pueden conceptualizarse (y medirse) también a distintos niveles. Por ejemplo, hay determinantes que se definen por excelencia a nivel individual (como los comportamientos) y otros que se definen por excelencia a nivel grupal (como la desigualdad en la distribución de la riqueza o la presencia de determinadas políticas sanitarias o económicas). La presencia de múltiples niveles de organización tiene dos importantes consecuencias metodológicas. La primera de ellas es que las preguntas acerca de los determinantes de salud pueden formularse a distintos niveles: por ejemplo, la pregunta de investigación puede referirse a las causas de diferencias en materia de salud a nivel individual (diferencias interindividuales) o a nivel poblacional (diferencias entre la salud promedio de agregados como países, provincias o barrios). El nivel al que se formula la pregunta determina las unidades de análisis que han de utilizarse en la investigación empírica. La segunda consecuencia es que para entender las causas de diferencias tanto interindividuales como intergrupales puede requerirse el estudio de determinantes definidos a varios niveles. Por ejemplo, para comprender las causas de diferencias en el campo de la salud entre individuos deben considerarse factores tanto a nivel individual como a nivel poblacional o grupal. Al mismo tiempo, para entender las causas de diferencias en el ámbito de la salud entre poblaciones han de tomarse en cuenta factores tanto a nivel grupal como a nivel individual. La presencia de múltiples niveles de organización es la causa fundamental de una serie de falacias lógicas que surgen cuando las unidades de análisis utilizadas en el estudio empírico no se ajustan al nivel al que se formula la pregunta o cuando se dejan de lado determinantes importantes definidos a otro nivel. Entender las causas de estas falacias ayuda a comprender, a su vez, la problemática generada por la presencia de múltiples niveles en epidemiología.” (Díez, 2008: 79-80)

La principal consecuencia 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 [Morgenstern, 1982]. Segons Greenland i Morgenstern [1989] 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 socio-econòmic); o bé si el risc d'emmalaltir depèn de la prevalença de la malaltia en els altres membres del grup [Morgenstern, 1995].” (Borrell, 1996: 15)

“La más conocida de las falacias que surgen por la presencia de múltiples niveles de organización es la falacia ecológica (Morgenstern 1995). La falacia ecológica es la inferencia falsa que se hace cuando se deduce incorrectamente a nivel individual (es decir, acerca de la variabilidad interindividual) a partir de información a nivel grupal. El ejemplo más común de la falacia ecológica se da en situaciones en las que una variable grupal se usa como sucedáneo de datos que se desconocen a nivel individual. Por ejemplo, para estudiar la relación entre la exposición a una sustancia X y el cáncer, en ausencia de información sobre exposiciones individuales, la prevalencia de exposición a X en diferentes áreas se relaciona con la frecuencia de cáncer en las mismas. En este caso, carecemos de información sobre quién está expuesto a X y quién no, de manera que la frecuencia de exposición a X se usa como una aproximación de la exposición de cada miembro del grupo. Puesto que no disponemos de información sobre la distribución conjunta de la exposición y el resultado a nivel individual (esto es, no sabemos si las personas que enfermaron de cáncer estaban realmente expuestas a X), aunque las áreas con una mayor prevalencia de exposición a X revelen mayor frecuencia de cáncer, no podemos concluir con seguridad que los individuos expuestos a X tienen un riesgo mayor de padecer cáncer.” (Díez, 2008: 80-81, las cursivas son suyas)³³

Confusión entre lo grupal y lo individual, que puede darse también a la inversa, apareciendo, entonces, la llamada *falacia atomista*:

“La falacia ecológica es sólo una de varias posibles falacias que tienen que ver con la existencia de niveles múltiples de organización (Diez Roux 1998). Como la investigación epidemiológica se ha centrado más en las inferencias sobre causas de variabilidad interindividual, la falacia ecológica ha recibido mucha más atención que su contrapartida, la falacia atomista. Se incurre en la falacia atomista cuando se infiere sobre la variabilidad grupal basándose en datos de nivel individual. (...)” (Díez, 2008: 82)³⁴

³³ Un ejemplo de la misma autora contribuirá a aclarar el concepto y sus implicaciones prácticas:

“El ejemplo del ingreso y la obesidad se ilustra esquemáticamente en la figura. A nivel grupal, o sea, nacional en este caso, el IMC promedio es mayor en los países de mayor ingreso medio per cápita. Al mismo tiempo, considerando los individuos en cada país, el IMC es menor en los individuos de mayor ingreso. Esta situación se presenta porque el bajo ingreso a nivel grupal se relaciona con el IMC independientemente del ingreso a nivel individual; en otras palabras, porque hay un efecto de grupo o contextual. Las personas que viven en países de ingreso per cápita elevado suelen tener un IMC más alto que quienes viven en países con ingreso per cápita más bajo, independientemente del ingreso individual. El efecto contextual del ingreso medio puede estar mediado por diversos mecanismos. Por ejemplo, en los países con mayor nivel de ingreso puede estar más generalizada la producción industrial de alimentos, lo cual puede asociarse, a su vez, a un mayor contenido de grasa en las comidas y más grasa en la dieta de los individuos. Además el mayor nivel de ingreso puede relacionarse con ocupaciones más sedentarias, una mayor frecuencia de consumo de alimentos fuera del hogar, más exposición a publicidad de comidas, dietas para propósitos específicos, etcétera.

En este caso la falacia ecológica surge porque la investigadora supone que el ingreso medio nacional es un buen sucedáneo del ingreso a nivel individual, cuando en realidad ambas medidas (el ingreso medio nacional y el ingreso individual) se refieren a distintos conceptos teóricos. Al no tomar en cuenta esta distinción entre niveles y al desconocer la posibilidad de que el IMC a nivel individual tiene determinantes tanto a nivel individual (el ingreso individual) como a nivel grupal (el ingreso medio nacional), la investigadora incide en la falacia ecológica. (...)” (Díez, 2008: 81-82)

³⁴ Retomando el ejemplo de la cita anterior:

“Otro ejemplo es la relación entre ingreso medio y obesidad cuando el primero se usa como estimación del ingreso individual. Supongamos que una investigadora encuentra que en los países con mayor ingreso medio hay mayor prevalencia de obesidad (o mayor índice de masa corporal, IMC). Si la investigadora infiere que, en cada país, los individuos de mayor ingreso son también los de mayor IMC, puede estar incurriendo en la falacia ecológica, ya que en cada país el IMC puede ser mayor en las personas de bajo ingreso que en las personas de ingreso elevado.

“Otra causa de la falacia atomista descrita por Geoffrey Rose (1985) es que los factores que explican la variabilidad interindividual intragrupal no son necesariamente los mismos que explican la variabilidad de unos grupos a otros. Por ejemplo, si el nivel de estrés es relativamente similar intragrupalmente, en cada comunidad o país considerado, el estrés puede no ser importante para explicar la variabilidad de la cardiopatía coronaria intragrupalmente, pero se puede asociar a diferencias intensas de las tasas de coronariopatía cuando se comparan distintos grupos. Ésta es otra razón por la que el uso de datos de nivel individual para deducir efectos de nivel grupal puede llevar a inferencias incorrectas.” (Díez, 2008: 82-83)

Además, las limitaciones no radican sólo en la confusión entre niveles sino en la falta de atención a los efectos del contexto en su conjunto:

“Tanto la falacia ecológica como la falacia atomista surgen cuando se recogen datos a un nivel pero se quieren hacer inferencias acerca de las causas de variabilidad a otro nivel. Sin embargo, las falacias relacionadas con la presencia de múltiples niveles de organización también pueden aparecer cuando se quieren hacer inferencias acerca del mismo nivel de organización en el que se recogieron los datos. En estas falacias (que se han denominado falacia psicologista o individualista y falacia sociologista), aunque el nivel al que se recogen los datos corresponde al modelo teórico que se investiga, se ignoran datos importantes a otros niveles.

La falacia psicologista o individualista se presenta cuando el investigador no tiene en cuenta variables relevantes de nivel grupal en un estudio de asociaciones a nivel individual. Por ejemplo, supongamos que en un estudio basado en individuos se halla que los inmigrantes tienden a enfermar de depresión más que los originarios de un lugar. Pero supongamos que esto sólo es verdad para los inmigrantes que viven en comunidades donde constituyen una pequeña minoría. Un investigador que no tenga en cuenta el efecto contextual de la composición de la comunidad podría atribuir la mayor prevalencia de depresión en inmigrantes al efecto psicológico de la inmigración por sí misma o incluso a factores genéticos. Se ignoraría así un factor determinante a nivel grupal, la composición de la comunidad, y se incidiría en la falacia psicologista o individualista (Riley 1963; Valkonen 1969).

De forma similar, no tener en cuenta variables de nivel individual en un estudio de grupos puede conducir a lo que se ha llamado falacia sociologista (Riley 1963). Supongamos que un investigador muestra que en las comunidades con mayor proporción de población transeúnte o flotante hay mayor prevalencia de esquizofrenia y que a partir de ahí se concluye que una mayor proporción de población flotante conduce a la desorganización social, la ruptura del tejido social y un mayor riesgo de esquizofrenia en los miembros de la comunidad. Pero supongamos que la tasa de esquizofrenia es elevada solamente en los individuos de la población flotante (porque, por ejemplo, éstos tienen menos relaciones sociales y quienes están más aislados corren más riesgo de padecer esquizofrenia), es decir, que la esquizofrenia es más frecuente en los residentes de la población flotante y menos en los residentes fijos, vivan unos u otros en comunidades con una proporción alta o baja de residentes transitorios. De ser así, el investigador estaría cayendo en la falacia sociologista al atribuir la mayor frecuencia de esquizofrenia a la desorganización social que afecta a todos los miembros de la comunidad, en vez de imputarla a las diferencias entre comunidades en cuanto a proporción de residentes transitorios. Ambas falacias, psicologista y sociologista, se originan por la omisión en el modelo de variables relevantes que corresponden a otros niveles, lo que lleva a una explicación inadecuada de la asociación. Aunque es didácticamente útil distinguir ambos tipos de falacias (ecológica y atomista frente a psicologista y sociologista), todas ellas están interrelacionadas y son básicamente manifestaciones del mismo fenómeno: el error teórico de ignorar qué conceptos de otro nivel pueden ser importantes para entender las causas de la variabilidad en un nivel dado y qué conceptos definidos a distintos niveles pueden ser distintos aunque sean homónimos.” (Díez, 2008: 83-84)

Si nuestra investigadora deduce que en cada país el mayor nivel de ingreso se relaciona con mayor IMC, puede estar cayendo en la falacia ecológica porque intranacionalmente el IMC puede ser en general mayor en las personas de bajo ingreso que en las de ingreso elevado.” (Díez, 2008: 81)

Una perspectiva reduccionista de los grupos humanos y los individuos que tienden, en este enfoque, a reducirse a agregados de variables que se descontextualizan, además, durante la aleatorización estadística:

“Si volvemos a analizar cada uno de los aspectos enumerados observamos que si bien ambas disciplinas tratan conjuntos sociales, la epidemiología los describe frecuentemente en términos de agregados estadísticos, mientras que la antropología trabaja con ‘grupos naturales’, o mejor dicho, el enfoque antropológico trata de no desagregar a los grupos, dado que por definición teórica éstos constituyen un tipo de unidad que expresa la articulación entre los individuos. Desagregar a los conjuntos sociales en individuos seleccionados aleatoriamente, supone no asumir que dichos individuos se definen como tales a partir de las relaciones establecidas dentro de sus grupos, y que además la mayoría de dichas relaciones no son aleatorias.” (Menéndez, 1998: 43)

Por otra parte, los datos pueden no ser comparables si se toman de manera diferente en las distintas áreas y, dado que suelen proceder del padrón municipal, están recogidos con criterios administrativos y no socioeconómicos ni orientados a la investigación de este tipo.

Y tampoco puede perderse de vista otra limitación importante: el tiempo introduce cambios en las sociedades humanas, que si no son tenidos en cuenta también dificultarán la comparabilidad y la consideración de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad.

“La epidemiología no sólo tiende a pensar las causas de la enfermedad en términos de una causalidad bioecológica o sólo biológica, sino que se caracteriza por el dominio de una aproximación ahistórica respecto del proceso s/e/a [proceso de salud / enfermedad / atención]. El uso dominante de la corta duración histórica en sus investigaciones no es un hecho casual o basado exclusivamente en razones técnicas, sino que obedece a una perspectiva metodológica que no incluye la importancia de la dimensión diacrónica.” (Menéndez, 1998: 45)

“Un análisis diacrónico en términos de larga duración indica que no sólo cambian las estrategias y formas de atención, sino que se modifica la incidencia de las enfermedades, y lo que es más significativo, las relaciones sociales y culturales establecidas por los grupos y sujetos con sus padecimientos. Investigar por qué se ha dado este proceso de transformación, qué factores han incidido en el mismo, no constituyen cuestiones exclusivamente académicas o cronográficas, sino instrumentos para ser aplicados, por ejemplo, en programas de educación para la salud. Observar cómo se fueron modificando los significados respecto de las enfermedades, qué subgrupos han ido utilizando nuevas prácticas higiénicas o en qué sectores sociales se detectan modificaciones importantes en las prácticas de autoatención, posibilitaría reorientar mejor y más eficazmente los recursos del sector salud.” (Menéndez, 1998: 46-47)

Aunque la Epidemiología realiza estudios longitudinales, las series históricas son habitualmente (aunque no siempre) cortas, no sólo por necesidades prácticas (control de brotes epidémicos, por ejemplo) o limitaciones metodológicas y técnicas (derivadas de las exigencias de aleatorización y la disponibilidad de datos y su comparabilidad) sino, también, por otras de índole más ideológica o paradigmática que traslucen una concepción homogeneizadora, a-relacional y estática de las poblaciones humanas.

“Uno de los principios básicos de la metodología estadística, me refiero a la selección al azar de lo sujetos a ser encuestados utilizada por los epidemiólogos, desconoce en los hechos que los sujetos se caracterizan porque la mayoría de sus relaciones sociales básicas no son aleatorias, sino producto de la vida social dentro de la cual operan. De esta manera, la metodología de la encuesta ignora una de las propiedades básicas de la vida social, es decir, que los sujetos se relacionan y no por azar estadístico.” (Menéndez, 2008: 25)

En lo que se refiere a la investigación sobre el estado de salud y las necesidades en salud de poblaciones inmigrantes y/o pertenecientes a minorías étnicas, la heterogeneidad de estos grupos humanos es algo obvio. En el caso de las personas inmigrantes, pueden tener en común determinadas características transversales que conciernen a muchas de las experiencias de la migración y a las condiciones de adaptación ofrecidas por el país receptor pero –como ocurre con la población autóctona³⁵ mayoritaria, diversa cultural y socioeconómicamente– aun compartiendo ciertos rasgos, pertenecen a países y grupos étnicos distintos y presentan, entre otras posibles características diferenciadoras, 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 rara vez se tiene lo suficientemente presente en los estudios de tipo (más o menos explícitamente) ecológico –y, en realidad, también en muchos otros– siendo frecuentes las afirmaciones generalizadoras del tipo: “los inmigrantes”, “los africanos”, “los latinos”..., que parecen entender a las personas inmigrantes como un grupo homogéneo, bien en su conjunto, bien agrupándolos por continente o algún tipo de área geográfica o supuestamente 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 en sus países de origen y de su situación en destino. Veamos un ejemplo:

“Como ya se ha mencionado, en virtud de la información disponible se consideró inmigrantes a aquellos sujetos que no tenían la nacionalidad española o que habían nacido fuera de España. Los entrevistados fueron asignados a diferentes categorías en función del país de nacimiento, excepto en el caso de la Encuesta de Salud de Canarias, que utilizó la nacionalidad. Según el número de sujetos en las diferentes encuestas, la población inmigrante se agrupó en cuatro categorías dependiendo del lugar de procedencia: a) occidente (Europa Occidental, Estados Unidos de América y Canadá); b) Europa del Este; c) América Central y del Sur; y d) África, Asia y Oceanía. Ya que el número de sujetos procedentes de Asia y Oceanía era muy pequeño en todas las encuestas, y puesto que el comportamiento en cuanto a uso de servicios de este colectivo era muy similar al del conjunto de sujetos procedentes de África, en la mayoría de los análisis realizados se decidió agrupar en una sola categoría a los procedentes de África, Asia y Oceanía. Así mismo, debido a que el número de entrevistados procedentes de Europa del Este en la encuesta de salud de Canarias era escaso, se decidió excluir este colectivo del análisis cuando se utilizó la información de dicha encuesta.” (Regidor et al., 2009: 5-6)

“(…) Como punto de partida, es preciso tener en cuenta que la población inmigrante es un grupo heterogéneo desde el punto de vista demográfico, socioeconómico y sanitario, que a su vez presenta grandes diferencias con la población española. *Dada la heterogeneidad de la población inmigrante, ésta debe estudiarse desagregada lo máximo posible en cuanto al lugar de procedencia.*” (Regidor et al., 2009: 11, las cursivas son mías)

Otro ejemplo de esta tendencia a la generalización se suele encontrar en los estudios de este tipo realizados en áreas marginales y/o con alta concentración de poblaciones inmigrantes (tomando como unidades ayuntamientos, ciudades, barrios o áreas de referencia para un CAP u hospital), que acostumbran a presuponerles una homogeneidad que están lejos de tener: las áreas geográficas en las que vive un porcentaje importante de personas inmigrantes raramente concentran tan sólo a este tipo

³⁵ La expresión “población autóctona” es, sin duda, imprecisa, pero, para este texto, se entenderá por tal aquella que no es inmigrante ni procedente de países de renta elevada.

de población ni, tampoco, 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 ese lugar (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 una diferencia cultural fundamental respecto a la sociedad mayoritaria y, en ocasiones, la marginación social pero que puede diferir en muchos otros aspectos. Y entre todos ellos se establecerán relaciones, diversas, en diversos campos y a lo largo del tiempo.

Por otra parte, los estudios que se centran en este tipo de áreas geográficas a veces parecen olvidar que no todos los inmigrantes –ni todos los gitanos, ni toda la población marginal o con necesidades específicas en materia social, de salud y asistencia sanitaria– viven en estos barrios y que, precisamente los que no lo hacen, pueden tener características diferenciales en cuanto a situación económica y grado de integración, asimilación y aculturación, que influirán claramente en su relación con el sistema sanitario y en su estado de salud.

Y, al basarse habitualmente en registros oficiales (sobre todo el padrón municipal o los registros de los CAPs), este tipo de investigaciones sobre desigualdades sociales en salud pueden dejar de lado 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 oficial.

De esta manera, es necesario tener presente que las conclusiones extraídas de este tipo de estudios en áreas geográficas concretas, a los que se suele recurrir por la supuesta facilidad para identificar a la población, pueden ser útiles en muchos aspectos pero tendrán que tener en cuenta esta heterogeneidad y no necesariamente serán extrapolables a las poblaciones en su conjunto y que el pretender que sea así podría sesgar los datos y las políticas que pudieran derivarse de ellos. Profundizaré más en alguna de estas cuestiones al tratar cada uno de los principales indicadores utilizados en estos estudios.

Además de lo anterior, es necesario señalar que pocas veces se ofrece información suficientemente completa sobre los criterios de selección de las poblaciones y las muestras que formarán parte de las investigaciones, sobre las condiciones de inclusión y exclusión de individuos ni, menos aún de las implicaciones éticas y prácticas de todo ello, aunque, como veremos, no se trata de una circunstancia exclusiva de la investigación epidemiológica. Por una parte, un tipo muy frecuente de estudios son los realizados en el curso del proceso de asistencia, 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 profesional de la salud y el paciente donde al primero le resulta relativamente fácil obtener respuestas a preguntas que difícilmente le serían contestadas

fuera de este ámbito³⁶. A pesar de la ventaja aparente esto plantea dos inconvenientes, el primero, de orden ético; el segundo, práctico. Demasiadas veces se piensa –aunque seguramente no de manera totalmente consciente y no sólo por parte de profesionales sanitarios– 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 o haciéndolo desde una posición de poder relativo (sobre la que es necesario reflexionar detenidamente); a suponer que su mera condición de extranjero, inmigrante o miembro de una minoría étnica, social o cultural implica, de entrada, una situación de desamparo, de marginalidad o de diferencia sobre la cual es necesario indagar y que se es, además, la persona cualificada para hacerlo; a creer que el estatus de profesional de la salud o de investigador y la buena voluntad que sin duda orientan la mayoría de las investigaciones dan derecho, de manera automática, a acceder a esferas privadas (de cualquier tipo y no necesariamente las evidentemente relacionadas con el estado de salud) de la vida de las personas; y a creer, también, que las preguntas pueden realizarse después de un contacto único o limitado 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, y aun por las personas a las que se refiere, no justifica en absoluto que se vulnere el derecho a la intimidad ni que cuando alguien busca ayuda médica sea esto y no otra cosa lo que reciba. E incluso 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 sólo a un sector de ella –aunque pueda ser mayoritario–, precisamente aquel que ha logrado soslayar una de las dificultades que suele ser objeto de estudio: el acceso al sistema sanitario.

Sí parece cierto que por esta vía es posible obtener información relevante sobre prevalencia e incidencia de distintas patologías y sobre algunos aspectos de las conductas relacionadas con la salud aunque difícilmente respecto a los procesos (sociales, culturales, políticos, económicos, psicológicos....) subyacentes a estas conductas ni a la percepción de salud y enfermedad, capacidad de manejo en el sistema sanitario y grado de adaptación del mismo, entre otras muchas cuestiones, de manera que los datos obtenidos, aun siendo muy útiles, tendrían que tomarse con cautela, teniendo presente que no deberían generalizarse y que pueden no servir para conocer con la adecuada amplitud las necesidades y las (posibles) dificultades de las diversas poblaciones en materia de salud y atención sanitaria.

Por otra parte, tanto en los estudios realizados desde los servicios sanitarios de base como a través de encuestas de ámbito más o menos amplio –y centrándonos en este momento en poblaciones inmigrantes– es frecuente que se elija tan sólo a personas con capacidad para comprender y hablar la lengua (o lenguas) autóctonas; es decir, en la práctica, se estaría excluyendo a los de determinadas procedencias, 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 en su conjunto. Y en los escasos estudios sobre desigualdades sociales en salud de corte epidemiológico 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

³⁶ Una puntualización: me refiero aquí a estudios realizados desde dentro del sistema sanitario, por parte de profesionales con formación únicamente biomédica y en el contexto, más o menos extenso, del proceso de asistencia. En adelante, utilizaré las expresiones “ámbito biomédico” y “ámbito sanitario” en este sentido.

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). Algunos autores reconocen las consecuencias que esto puede tener:

“However, in interpreting the results, it is important to take the study’s limitations into account. Even though the study focused on important immigrant groups in Spain, the non-random sampling selection makes generalizing conclusions about the population of immigrants in the country difficult. This is a common problem in investigating an immigrant population. This study obtained a response rate of 55.8% (similar to other research conducted on immigrant populations) due to difficulties in recruitment of participants and the fact that certain immigrants (for example, the undocumented) may be reluctant to take part in the study. The Spanish language requirement within the inclusion criteria for this study means that the sample may focus on a subset of immigrants who are already more acculturated than those who do not speak the language. For this reason it is important to study the associations indicated in this study in other immigrant groups living in Spain, especially those who do not speak Spanish. (...)” (Agudelo et al., 2011: 658)

En definitiva, las dificultades para la identificación y selección de determinadas poblaciones y muestras en los estudios con el diseño característico de las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud de enfoque epidemiológico que se realizan en nuestro medio limitan –a veces de manera considerable– las posibilidades de conocer todo lo adecuadamente que sería deseable su situación de salud y necesidades en materia de atención sanitaria, y, debido a las dificultades de cuantificación, también resultará complejo realizar comparaciones exactas con el resto de la población y entre grupos o segmentos del mismo grupo.

Aclarar, sin embargo, que con esto no pretendo decir que estas investigaciones carezcan de utilidad, que no sean relevantes para orientar acciones o políticas sanitarias, ni que las realizadas desde otras perspectivas puedan solucionar, casi mágicamente, todos estos problemas, 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.

2.2.2. Conceptualización, diseño y uso de variables e indicadores³⁷

2.2.2.1. Variables e indicadores de tipo socioeconómico

Los indicadores de tipo socioeconómico más utilizados en los estudios de desigualdades en salud de enfoque epidemiológico son la ocupación, el nivel de ingresos y la educación. Cada uno de ellos presenta, en el contexto de este tipo de estudios, utilidades y limitaciones diferenciadas tanto para la población general como para poblaciones en situación o riesgo de exclusión social, inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas, que deben tratarse por separado.

³⁷ Aunque ya lo he hecho en la Introducción, conviene recordar que este no es un trabajo de Epidemiología o Bioestadística. El lector especializado en estos temas encontrará, sin duda, que el abordaje de los instrumentos disponibles para valorar las desigualdades sociales en salud es limitado. Aclarar, entonces, de nuevo, que el objetivo en este apartado es tan sólo mostrar un resumen de las características generales de la metodología y las técnicas propias de este tipo de enfoque para el lector no especializado y, más detalladamente, una reflexión sobre sus limitaciones para el conocimiento de las poblaciones que aquí nos interesan. Para ampliar la información sobre instrumentos de medida puede consultarse, entre otras muchas fuentes, Borrell et al. (2000), que incluye un ejemplo práctico de cálculo.

Además, estos indicadores se utilizan para valorar la clase social, variable muy utilizada en este tipo de estudios y cuyas limitaciones para las poblaciones que aquí nos interesan son muy destacables.

“Los tres indicadores del nivel socioeconómico de los individuos más utilizados –educación, ocupación e ingresos– presentan suficientes diferencias como para estudiar su asociación con la salud de forma separada. Así, mientras el nivel educativo se relaciona fundamentalmente con el acceso a la información sobre los aspectos que promocionan o perjudican la salud, y los ingresos reflejan el grado de bienestar material, la clase social basada en la ocupación indica ambos aspectos y añade algunas connotaciones, más ligadas a la ocupación desempeñada, como son el prestigio social, privilegio o poder.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 63)

Veámoslo brevemente.

2.2.2.1.1. Ocupación

Es el indicador más utilizado, ampliamente defendido en la bibliografía especializada y el que, de manera más habitual, sirve de base para las clasificaciones de clase social.

“Podemos considerar que la ocupación de un individuo determina, en gran parte, su clase social (profesión u oficio, poder adquisitivo) y, a su vez, viene determinada por factores socioeconómicos previos (nivel de instrucción, poder adquisitivo de la familia, etc.) [Leete, Fox, 1977]. Además, la ocupación se puede utilizar también para estudiar la patología laboral y como factor de riesgo de determinadas enfermedades [Acton, 1982].” (Domingo, Marcos, 1989: 320)

Los autores que trabajan sobre el tema reconocen, sin embargo, diferentes limitaciones respecto al uso de este indicador en los estudios de desigualdades sociales en salud de enfoque epidemiológico. En primer lugar, destaca la necesidad de diferenciar adecuadamente entre profesión y ocupación.

“El primer problema que aparece al utilizar esta variable es el establecimiento de la correcta distinción entre profesión y ocupación. La profesión refleja la preparación teórica de la persona, esto es, hace referencia a las titulaciones u otros avales de competencia de los individuos; por su parte, la ocupación se refiere al conjunto de tareas que realmente se realizan en el puesto de trabajo. Puede decirse que los individuos desempeñan su profesión en tareas propias de una ocupación, sin que haya una correspondencia directa y necesaria entre una y otra: la titulación permite la ocupación de ciertos puestos, pero no debe confundirse con éstos.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 66)

Sería imprescindible, entonces, que tanto quien realiza la pregunta (en una encuesta o entrevista) como quien la responde tuviesen la seguridad de estar manejando el mismo concepto, atribuyéndole el mismo significado, pero las condiciones en las que se realizan habitualmente las encuestas reducen las posibilidades de que esto ocurra. Volveré sobre esto un poco más adelante, al hablar de las dificultades respecto a los sectores de trabajadores más precarizados y sobre el uso de la encuesta como técnica de investigación.

En segundo lugar, y muy relacionado con lo anterior, ya desde los primeros intentos de sistematización realizados en nuestro medio, se destaca la dificultad de obtención de los datos:

“Comparando con otros indicadores del nivel socioeconómico, como el nivel de estudios o los ingresos, la información necesaria para la construcción del indicador de clase social a partir de la ocupación es la más difícil de obtener (Liberatos et al, 1988). Normalmente son necesarias varias

preguntas, ya que es preciso recoger gran número de detalles con el objeto de poder asignar a cada individuo un código de tres dígitos de la clasificación de ocupaciones. En relación con esto, hay que señalar la necesidad de que los entrevistadores, o los que recogen y codifican la información, estén bien entrenados: diversas experiencias muestran que mientras es relativamente sencillo y rápido llegar a asignar dos o tres dígitos a la ocupación de cada individuo durante la entrevista, esto puede resultar más lento si la codificación se hace a posteriori, cuando no hay posibilidad de interactuar con el entrevistado.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 67)

“Para la asignación de los individuos a las categorías de la CNO-94 [Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 1994] es preciso describir detalladamente la ocupación desempeñada; así, en algunos casos, aparte del contenido de las tareas, es necesario conocer el nivel de formación requerido o titulación asociada a ese puesto de trabajo, el cargo que se ocupa, la situación de empleo o el número de trabajadores de la empresa.

En la práctica, las preguntas mínimas necesarias son dos: a) *¿cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?*; lógicamente, la segunda parte de la pregunta va dirigida a los jubilados, parados y personas con incapacidad permanente que han trabajado antes y b) *¿cuál es o cuál era su situación laboral o de empleo en esa ocupación?* (...)

En ciertos casos pueden ser útiles preguntas relativas a la actividad de la empresa y a la titulación alcanzada.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 78-79, las cursivas son suyas)

La tercera de las limitaciones se refiere a las dificultades para recoger a sectores de la población que no están incluidos en el mercado de laboral, entre los que, habitualmente, se mencionan parados, personas incapacitadas, *amas de casa*, niños y jubilados. En lo que se refiere a los primeros, lo habitual suele ser consignar el último trabajo regularizado o la actividad ejercida durante más tiempo. Se trata de una estrategia que permite *clasificar* al individuo, hacerlo encajar en una categoría prefijada, pero que puede no ser capaz de recoger de manera adecuada su situación vital y, a partir de ella, las posibles repercusiones en su salud: duración de la situación de paro, trabajos intermitentes alternados con períodos de paro y/o economía sumergida, percepción (o no) de salarios sociales y ayudas más o menos informales, etc.

Estrategias similares se siguen para personas incapacitadas aunque, en éstas, la clasificación se complica aún más para aquéllos no hayan trabajado nunca.

En lo que se refiere a las dificultades para recoger la situación de las *amas de casa*, decir que, especialmente los estudios de ámbito amplio, suelen centrarse en unidades formadas por familias nucleares respecto a las que tienden, más o menos explícitamente, a suponer que los trabajadores son sólo hombres, de manera que encuentran dificultades para encuadrar a las mujeres. A lo largo de los años de evolución de este tipo de estudios se han desarrollado diferentes estrategias para afrontar este inconveniente que abordaré con más detenimiento al hablar de la variable clase social; de momento, es necesario comenzar señalando la importancia de una perspectiva de género en el estudio de las desigualdades sociales en salud y, por tanto, lo relevante de disponer de indicadores que den adecuada cuenta de los fenómenos. Fenómenos complejos en los que intervienen diferentes factores que es necesario entender en su conjunto:

“El estudio de los determinantes sociales es esencial para entender las desigualdades sociales en salud según el género. Así, se ha puesto de manifiesto que a pesar de tener una esperanza de vida más larga, las mujeres suelen presentar un estado de salud peor que el de los hombres [Kunkel, Atchley, 1996], hecho que puede cambiar según el tipo de indicador de salud analizado, el grupo de mujeres seleccionadas y el momento del ciclo vital considerado.” (Borrell, García-Calvente, Martí-Boscà, 2004: 3)

“Los estudios sobre las desigualdades socioeconómicas en salud se han ocupado más del sexo masculino, mientras que las mujeres se han investigado según las funciones familiares que desempeñan (esposa, madre, etc.) [Artazcoz, 2002]. Por ello, con frecuencia, los estudios sobre las desigualdades en salud según el género se han realizado de forma paralela a los estudios de éstas según el nivel socioeconómico, sin un punto de vista que integre ambas líneas de trabajo. Sólo recientemente, algunos autores han empezado a tener en cuenta simultáneamente los dos ejes de desigualdad [Macintyre, Hunt, 1997; Emslie, Hunt, Macintyre, 1999]. Así, se ha comenzado a analizar el impacto en la salud de los múltiples roles de las mujeres y cómo varía su repercusión en función de la posición socioeconómica y de la privación material de la mujer [Arber, Khlat, 2002].” (Borrell, García-Calvente, Martí-Boscà, 2004: 4)

“Although many studies about the relationship between family demands and health have analysed women as a whole, considering employment status and socioeconomic position as adjusting variables, our results show the need of considering the interaction between family demands, employment status and socio-economic position. Interventions addressed to promote women’s health should take into account the overall poor health status of housewives compared with female workers and the almost null negative impact of family demands in health among workers of high educational level or fulltime homemakers. Although policies that favour entrance of women into the labour market can have a positive impact on women’s health, they should be accompanied by interventions addressed to reduce domestic work and to better combine job and family demands for female workers taking into account the higher needs of those of low educational level, as well as by cultural changes in order to increase men’s participation in domestic tasks.” (Artazcoz et al., 2004: 273)

En los estudios de desigualdades sociales en salud de corte epidemiológico, con la excepción de los cada vez más frecuentes trabajos específicos sobre el tema, no siempre se contempla de manera adecuada la repercusión que el trabajo doméstico o reproductivo –acompañado o no del asalariado fuera del hogar–, y en interacción con otros factores, puede tener en la salud de las mujeres:

“Overall, female workers had a better health status than housewives, although this pattern was more consistent for women of low educational level. Conversely, the health related behaviours analysed were less favourable for workers, mainly for those of low educational level. Among workers of low educational level, family demands showed a negative effect in most health indicators and health related behaviours, but had little or no negative association at all in workers of high educational level or in full-time homemakers. Moreover, among women of low educational level, both workers and housewives, living with elderly had showed a negative association with poor health status and health related behaviours. These results emphasise the need of considering the interaction between family demands, employment status and educational level in analysing the impact of family demands on women’s health as well as in designing family policies and programmes of women’s health promotion.” (Artazcoz et al., 2004: 263)

Y este mismo trabajo doméstico o reproductivo se contempla aún menos para el caso de los hombres: una herencia sociocultural realmente prejuiciosa e impropia de estudios científicos, pero firmemente consolidada.

En lo que se refiere a las desigualdades en salud en la infancia y la adolescencia, la consideración de estos sectores de población tanto en estudios específicos como en muestras más amplias ofrece ciertas complicaciones que trataré con más detenimiento al hablar de clase social. Aquí, de nuevo, tan sólo un apunte:

“En España, las desigualdades sociales en salud se han descrito ampliamente en población adulta [Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010], mientras que los estudios en población infantil y adolescente son más escasos. Por otro lado, tampoco hay una recomendación sobre cómo medir las desigualdades sociales en salud infantil y juvenil en España, y las propuestas internacionales existentes se basan en contextos y situaciones diferentes a los de España.” (Font-Ribera et al., 2014: 317)

“La variabilidad en los indicadores de posición socioeconómica en población infantil es aún mayor que en la población adulta, debido a que es posible usar datos del padre, de la madre, el mayor de los dos o una combinación de ambos. Según esta revisión, el indicador más utilizado es la ocupación más favorecida del padre o la madre. En un estudio con datos de salud dental, Zurriaga et al. describieron que la ocupación más favorecida del padre o la madre clasificaba a muchos niños en la clase más favorecida, disminuyendo la capacidad de discriminación del indicador. La utilización de la clase social basada en la ocupación sólo de la madre clasificaba a más de la mitad de los niños en la categoría de «miscelánea». La combinación de la clase social del padre y la madre mediante un análisis de correspondencia permitía detectar más desigualdades en salud, en especial entre la clase media y la más favorecida. Por ejemplo, en comparación con los de clase social alta, la OR de padecer caries fue de 1,86 (IC95%: 1,16-2,98) en los de clase social media y de 2,12 (IC95%:1,37-3,29) en los de clase social baja cuando se utilizaba el índice combinado de padre y madre según el análisis de correspondencia.” (Font-Ribera et al., 2014: 319)

En el caso de los jubilados, habitualmente, sólo se registra la última ocupación (que puede, sin embargo, no ser la única que se utilice para calcular la pensión) y tampoco suele tenerse en cuenta el itinerario laboral previo (que puede condicionar en gran medida la cuantía de la pensión, los riesgos laborales a los que se ha estado sometido, etc.) ni el tiempo de jubilación (que se relaciona no sólo con la edad y el estado de salud sino también con la situación económica, en la medida en que las reservas económicas pueden ir disminuyendo a lo largo del tiempo). Para las mujeres ancianas que nunca han trabajado como asalariadas contratadas la clasificación se dificulta todavía más.

Las opciones empleadas para salvar todas estas limitaciones pueden conducir a sesgos en los resultados de los estudios:

“Otra limitación tiene que ver con la clasificación de la población que no trabaja: parados, incapacitados, jubilados, niños, amas de casa, estudiantes, etc. La solución en aquellos que tenían un empleo previo –parados, jubilados, incapacitados– es asignarles la última ocupación ejercida o la ocupación que desempeñaron durante más tiempo. En el caso de los niños, los estudiantes y las amas de casa se puede emplear la ocupación del cabeza de familia.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 66)

Continuando con la enumeración de las limitaciones de este indicador, señalar que, además de las anteriores, pueden señalarse otras pocas veces tratadas en la bibliografía de tipo biomédico. Por una parte, como hemos visto, habitualmente sólo recoge el trabajo actual, sin prestar atención al itinerario laboral previo, en el que pueden encontrarse cuestiones que se relacionen directamente con el nivel de vida y el estado de salud. Por otra, retomando lo dicho en párrafos anteriores sobre las dificultades para diferenciar entre profesión y ocupación, indicar que la metodología y el uso de indicadores de este tipo de estudios no suele permitir conocer situaciones habituales entre sectores precarizados de trabajadores (en los que se incluyen inmigrantes, minorías –como algunos gitanos autóctonos– y, cada vez más, trabajadores no pertenecientes a ninguna minoría étnica) 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 o la que cotiza a la Seguridad Social, porque se le atribuye mayor prestigio incluso aunque proporcione menores ingresos, ...), pero se realicen, por temporadas o paralelamente, otros trabajos, con distintos objetivos: cotizar a la Seguridad Social, incrementar los 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 el sector ocupacional genérico ni la asignación de clase social, 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 este indicador –y, por tanto, de las clasificaciones que se basan en él–, tal y como suele usarse en los estudios de desigualdades sociales en salud de enfoque epidemiológico, es la situación de informalidad desde la que se ejerce en ocasiones (y cada vez más frecuentemente) la ocupación: trabajos sin contrato (a veces durante buena parte de la vida laboral), con contratos falsificados (en cuanto a las horas, tipo de actividad, condiciones...), en actividades no regularizadas (como la venta ambulante sin licencia o la recogida de chatarra), de difícil encuadre (diversos tipos de becas para prácticas laborales o de investigación, trabajo en negocios de familiares o miembros de la red social...) o francamente ilegales.

En el caso de las personas inmigrantes, se acentúan algunas de estas limitaciones y se añaden, además, otras. Así, 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 perciban sean bajos –a veces, menores que los que reciben, por el mismo empleo, algunos trabajadores autóctonos– y que, a medida que la situación se estabiliza, suelen ir realizándose actividades más acordes con la formación aunque tampoco siempre se llega a alcanzar este objetivo. De esta forma, la situación laboral suele ser, al menos en las primeras etapas tras la emigración, lo bastante cambiante como para cuestionar la relación lineal entre formación, trabajo, ingresos y clase social. Es decir, el hecho de que en el momento de la encuesta o entrevista un inmigrante tenga un trabajo relativamente acorde con su formación e incluso bien remunerado no implica necesariamente que esto haya sido siempre así, e 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 ocupación y la clase social que se le asigna. Además, no suele contemplarse la situación en el país de origen, de forma que, en ocasiones, la misma precariedad laboral y económica que obliga a emigrar, o incluso todo lo contrario, la situación económica relativamente desahogada que permite hacerlo, tendrá consecuencias sobre la salud –negativas o positivas, según sea el caso– que los estudios no pueden recoger, lo que puede conducir a errores serios.

2.2.2.1.2. Nivel de ingresos

Diversos autores han insistido en la relevancia de 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 los presupuestos habituales en los estudios de desigualdades sociales en salud de enfoque epidemiológico, 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 o terapéuticos y para modificar las conductas relacionadas con la salud. En este último aspecto profundizaré un poco más adelante.

El principal inconveniente que cabe mencionar aquí es la dificultad para obtener estos datos, de manera confiable, en los estudios convencionales de este tipo. Y esto por varios motivos. El primero, debido a los problemas de ocultación o falseamiento que ya hemos visto y que también se reconocen en parte de la bibliografía especializada.

“Conceptualmente esta variable tiene menos dificultades para la recogida de datos que la ocupación o la educación; sin embargo, presenta importantes problemas tanto en la recogida de información como en su posterior utilización, siendo la característica más destacable el alto porcentaje de falta de respuesta que suele aparecer en muchos casos y la posibilidad de que exista infradeclaración en aquellos que responden.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 69)

El segundo, debido a la alternancia o simultaneidad de trabajos y la discontinuidad temporal en el empleo, comunes entre los trabajadores más precarizados (aunque no sólo), 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 –aunque se codifiquen como anuales).

Pero, además, para obtener una fotografía fiel a la realidad sería necesario recoger el nivel de ingresos de la unidad doméstica y no sólo el individual, lo que también presenta dificultades:

“Otra limitación tiene que ver con la necesidad –y la dificultad– de definir adecuadamente esta variable: ¿se trata de todos los ingresos o sólo se debe incluir el salario?, ¿es ingreso bruto o hay que descontar los impuestos?, ¿se refiere a los ingresos del individuo o a los ingresos de todos los miembros del hogar? En general, se prefiere recoger la totalidad de los ingresos (salarios y rentas) brutos o netos de toda la familia, ya que dan una idea más aproximada de la riqueza material. Respecto a la ponderación por el número de miembros del hogar no hay un acuerdo claro, ya que los resultados no son consistentes en este aspecto.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 70)

La unidad doméstica puede coincidir con la unidad familiar, pero no siempre, especialmente en los sectores de población por los que nos interesamos aquí. Así, al intentar correlacionar el nivel de ingresos con las condiciones de vida en personas 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 de la misma manera en la mayoría de la población autóctona y que, es necesario insistir una vez más, difícilmente se obtendrán en un contacto más o menos superficial, puntual o breve entre encuestador y encuestado. Habrá que tener en cuenta a todos los miembros de la unidad familiar, tanto en lo que se refiere al cálculo de ingresos como para 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. No es extraño que personas inmigrantes tengan 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 que, además de esto, tengan obligaciones de reciprocidad con personas de su mismo grupo

étnico, lugar de origen o allegados, o sientan, 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.

Y todavía una cuestión más, común a todos los sectores de la población pero con características y determinantes con toda probabilidad diferentes en cada uno de ellos: aun cuando pueda contabilizarse adecuadamente el nivel de ingresos y el número de personas entre quienes *se reparten*, esto no necesariamente significa que cada una de estas personas se beneficien de ellos por igual ni en las mismas circunstancias. Los criterios, por poner un ejemplo, con los que en una determinada unidad familiar se decide dedicar una partida más o menos amplia del total del presupuesto a la compra de comida pueden ser muy diferentes en función de los diferentes sectores sociales, culturales y económicos, como lo serán también los que se utilicen para decidir el tipo, la cantidad y la calidad de alimento que corresponda a cada miembro.

Situaciones 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 los individuos y, por tanto, sus condiciones de vida.

2.2.2.1.3. Educación

La educación es uno de los indicadores más utilizados en las investigaciones sobre desigualdades sociales 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 finalizarlos, 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 y que tendrían efectos sobre la salud (la pérdida del empleo, por ejemplo).

“Para la mayor parte de los adultos el nivel de estudios alcanzado no cambia a lo largo de su vida, al contrario de lo que ocurre con la ocupación que sí puede cambiar. Aunque esta relativa estabilidad es una ventaja a la hora de asignar a los individuos a una determinada categoría socioeconómica, en algunos casos puede convertirse en una limitación. Se trata de aquellos estudios que exploran la movilidad social como consecuencia de alguna enfermedad, ya que ésta ha podido aparecer una vez que el período de formación ha finalizado.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 68)

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, inmigrantes o minorías étnicas, por ejemplo). Además, su homogeneidad en los grupos de más edad y en las poblaciones de niveles socioeconómicos más bajos hace que sea poco discriminativo.

Quienes lo defienden como indicador fundamental afirman que la educación permite el acceso a ocupaciones mejores y más remuneradas y se relaciona, como ya he señalado más arriba, con la facultad de entender e incorporar las medidas preventivas de salud y los tratamientos.

“El nivel de estudios distingue bastante bien los individuos con diferente estado de salud. Se ha señalado que la capacidad explicativa de esta variable se debe a que los individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud (Liberatos et al, 1998). Para algunos autores, el nivel de estudios discrimina mejor a las personas con distinto estado de salud que los indicadores basados en la ocupación.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 67-68)

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 (sobre todo en las personas en edades medias y avanzadas de la vida), en la que el hecho de no disponer de estudios formales de tipo medio o avanzado no impide realizar trabajos semicualificados o cualificados o que, en ciertos sectores laborales, hasta hace relativamente poco, ha sido posible ascender en el escalafón profesional y salarial partiendo de niveles formativos más bajos de los que la posición final requeriría. Y al revés: actualmente parece cada vez más claro que las personas con una formación alta (titulados universitarios, por ejemplo) tardan más en acceder a un trabajo acorde con su formación y perciben durante más tiempo ingresos menores que otras con capacitaciones profesionales de menor nivel pero con mayor demanda. Y es cada vez más frecuente, también, que cierto porcentaje de ellos no llegue a alcanzar nunca ese nivel. En definitiva, si se trata de utilizar la educación como indicador de estatus, no sólo nunca puede ser el único que hay que 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.

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 o terapéuticos, decir que es innegable que la escuela es enculturadora y socializadora, 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 algunas personas 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 formación a los que nuestra estructura sanitaria les resulte más o menos ajena o que, por sus concepciones respecto a la causalidad de la enfermedad y los modos de tratarla, integrativos en su lugar de origen y su grupo sociocultural, los mensajes procedentes de la biomedicina no le digan gran cosa.

Además, la capacidad para comunicar las propias quejas, demandas o necesidades no dependerá sólo del nivel de formación sino también de las distintas pautas de relación social y de comunicación, así como de una posición social en ocasiones subordinada que no siempre permite la exigencia de determinados derechos o que interfiere en la equidad de la relación entre el personal sanitario y el usuario, algo que es válido para inmigrantes, minorías étnicas y también para diversos sectores de la población autóctona mayoritaria.

En el caso de los inmigrantes habrá, además, que tener en cuenta al menos 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 niveles de formación altos o medios reconocidos en su país de origen a desempeñar en destino trabajos no relacionados con ella o por debajo de su cualificación o, incluso, aun 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 que correspondería.

“Otra limitación, tanto a nivel nacional como internacional, es la variabilidad en los sistemas educativos y en la titulación académica. La tradición de preguntar por la titulación académica obtenida, se ve muy dificultada cuando coexisten sistemas educativos que comportan diferente número de años para titulaciones superiores. Una alternativa al uso del nivel académico obtenido que superaría esta limitación es la utilización del número de años de estudios formalmente realizados. Por el contrario, la obtención de ese tipo de información es más compleja que la relativa a la titulación académica alcanzada.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 68-69)

Un ejemplo de esto es la situación en la que se encuentran profesionales sanitarios procedentes de algunos de los llamados países en desarrollo, a los que el Estado español no suele reconocer la especialidad pero sí la licenciatura o grado en Medicina, de forma que ejercen, habitualmente, en dos situaciones diferentes: bien como médicos de familia en organismos públicos (a pesar de no contar con la formación especializada en esta área que sí se exige a los profesionales locales) bien como especialistas en el sector privado, de manera más o menos encubierta, 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 para los usuarios. Las derivaciones de pacientes a los servicios públicos, que se estiman como no justificadas y consecuencia de carencias formativas y del desconocimiento de nuestro sistema por parte de estos profesionales, junto con la competencia por espacios de trabajo escasos y no siempre adecuadamente prestigiados ni remunerados, podría estar incrementando los prejuicios y la xenofobia hacia ellos por parte de muchos profesionales autóctonos, que puede extenderse con facilidad al resto de los trabajadores y pacientes extranjeros, por lo que se requerirían análisis cuidadosos.

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, entre otras posibles, 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 de la estancia) y económicas que pueden ser en cierta medida diferentes de las de aquellos a los que solemos denominar inmigrantes económicos.

2.2.2.1.4. Otros indicadores socioeconómicos

Además de los anteriores, existen otros indicadores socioeconómicos, como la posesión de coche o vivienda, las características de ésta, el hacinamiento o la situación de paro, entre otros, que a veces se utilizan solos o formando parte de índices compuestos.

“Hay una serie de variables asociadas a las características de la vivienda, como régimen de propiedad de la misma, número de habitaciones, densidad de ocupación (personas por habitación), disponibilidad de servicios –baño, agua corriente, servicios higiénicos–, etc., que en alguna ocasión se utilizan como indicadores de riqueza o del nivel de vida de los individuos. Se trata de variables que pueden estar incluidas en censos y encuestas sociosanitarias en diferentes países.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 70)

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 poseen automóvil. (...)” (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 22)

De estos indicadores compuestos, los más utilizados (en el momento de realización del trabajo de campo que describiré en la Tercera Parte de este texto) eran:

“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 Edinburg. 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 socio-sanitària.

Townsend [Townsend, Phillimore, Beattie, 1988] 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 [sic], que apart d'incloure l'atur i la classe social baixa, inclou variables socio-demogràfiques i de la llar.

L'any 1991 Carstairs i Morris [Morris, Carstairs, 1991] 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'altres hospitalàries estandarditzades i mitjanes d'estada hospitalària estandarditzades)." (Borrell, 1996: 31, las cursivas son suyas)

Los autores especializados en el tema suelen señalar como ventajas de estos indicadores la supuesta mayor facilidad para obtener los datos y el hecho de que reflejen con mayor fidelidad el nivel de vida real de las personas:

"No obstante, los indicadores de este tipo que tienen una mayor popularidad son el régimen de propiedad de la vivienda y la posesión de un coche. Ambos han sido muy utilizados en investigaciones sobre diferencias socioeconómicas en el Reino Unido y han mostrado gran capacidad para discriminar a la población con diferentes tasas de mortalidad (Hart, 1991). Estos indicadores presentan dos ventajas frente a los ingresos como medida del nivel de vida. En primer lugar, son más estables en el tiempo; los ingresos pueden variar, incluso en corto espacio de tiempo, debido a cambios en la composición del hogar, en la situación de empleo o en las remuneraciones que perciben los miembros del hogar. Y, en segundo, lugar, el régimen de propiedad de la vivienda o la posesión de un coche no presentan los problemas de falta de respuesta que tienen los ingresos." (Álvarez-Dardet et al., 1995: 70-71)

Respecto a todo esto, 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, una pensión o subsidio 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 un 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 pocas veces en los estudios sobre desigualdades en salud de enfoque epidemiológico 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 y también en el caso de enfermedades crónicas, la red social constituye un factor de buen pronóstico, en tanto que proporciona no sólo cuidados y soporte emocional sino, muchas veces, también, respaldo económico. (Achotegui, 2002).

En cuanto a los estudios con población inmigrante y también con población excluida autóctona, señalar, la relevancia de tener en cuenta las características de la vivienda y no tan sólo en relación al número de metros cuadrados, índice de hacinamiento, régimen de tenencia o servicios básicos (agua, luz eléctrica, baño, cocina), que suele ser los aspectos que se contemplan, sino también otros como ciertas condiciones de habitabilidad (seguridad física de la estructura, salubridad de la vivienda –insolación,

ventilación, humedades...– y del barrio –limpieza y recogida de residuos, contaminación...–, servicios públicos, etc.), el número y tipo de relación con las personas con las que se comparte (a veces varias familias en un piso o incluso personas sin vínculos familiares) o la disponibilidad de acceso individual a los servicios y de espacio propio (pensemos, por ejemplo, en habitaciones alquiladas con o sin derecho a cocina o por horas). Así, será posible encontrar situaciones tan extremas como las de personas en muy mala situación económica que no disponen siquiera de vivienda, comparten piso en el sistema conocido como *cama caliente*³⁸ o viven en condiciones que se podrían calificar de inhumanas, hasta otras en las que aun cuando el volumen de ingresos permitiría disponer de una vivienda mejor, optan por permanecer en una por debajo de su poder adquisitivo estimado porque tengan, como ya he 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, aun teniendo la posibilidad de adquirirlos, las prioridades pueden ser otras, o incluso todo lo contrario, la necesidad de lograr o mantener un tipo de ocupación o un cierto estatus puede llevar a una compra por encima de las posibilidades reales.

Finalmente, decir que, además de los problemas que plantea el uso aislado de indicadores, es necesario tener en cuenta que todos ellos, juntos o por separado, tienen características comunes: pueden ser inadecuados para un contexto, situación o población diferente de aquella 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 o grupo humano. Así, por ejemplo, la categorización del nivel educativo que puede ser útil y correcta para las ciudades españolas actuales resultará con toda probabilidad inadecuada en 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 en la misma medida debido a la generalización de su compra en sectores muy diferentes de la sociedad y con condiciones de adquisición muy variadas. Las variables significativas lo son, por tanto, en determinadas circunstancias y tiempos y a los indicadores con los que se mide una misma variable, les ocurre lo mismo.

2.2.2.1.5. Clase social

La mayor parte de los autores que escriben sobre desigualdades sociales en salud desde la Epidemiología 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 y, de hecho, una de las clasificaciones a las que se ha recurrido con mayor frecuencia a nivel internacional en los estudios de desigualdades sociales en salud es la del *British*

³⁸ La expresión se refiere al alquiler de una cama o habitación que se utiliza por horas, compartiéndola, por turnos, con otras personas.

Registrar General, creada en 1911 y que fue modificándose con los años para recoger las actualizaciones de las clasificaciones de ocupación. Se trata de una escala, utilizada en Reino Unido hasta aproximadamente el año 2000, que clasificaba las ocupaciones en siete grupos, según el grado de formación que requerían:

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 inadecuadamente descritas

Fuente: Borrell, 1996

Además de esta, cabe mencionar la clasificación de Goldthorpe y la de Wright (de enfoque neo-weberiano, la primera, y marxista, la segunda) más orientadas a medir las relaciones de clase y, hasta muy recientemente, poco utilizadas en los estudios de desigualdades sociales en salud, aunque su influencia teórica y respecto a la aparición de nuevas clasificaciones de clase social hace que merezca la pena observar sus características generales:

“Actualmente destacan dos aproximaciones teóricas de clase social: la neoweberiana (propuesta original de Erikson, Goldthorpe y Portocarero, y desarrollada con más detalle por John Harry Goldthorpe) y la neomarxista (propuesta por Erik Olin Wright). Los autores que las propusieron reconceptualizaron la teoría de clases a la luz de los cambios históricos acontecidos en el capitalismo contemporáneo [Wright, 2005].

La aproximación neoweberiana se basa en el análisis de las relaciones sociales que se producen en los mercados de trabajo y las unidades productivas, diferenciando entre la situación de mercado, que hace referencia a las características del empleo en relación al salario, la seguridad económica y la posibilidad de promoción, y la situación de empleo, en referencia a la posición en la jerarquía de autoridad y autonomía en el trabajo. Asimismo toma en consideración el tamaño de la empresa y el carácter manual o no manual del empleo para construir su clasificación original de 11 clases [Erikson, Goldthorpe, 1992]. Diversas aplicaciones empíricas internacionales han utilizado este enfoque, entre las que destaca la Clasificación Socioeconómica Europea (ESeC) [Rose, Harrison, 2009] y la National Statistics Socio-Economic Classification de Reino Unido.

Por su parte, la aproximación neomarxista se basa en las relaciones sociales de producción (bienes de capital) y también en los bienes de organización (autoridad) y de cualificación. En el esquema de Wright se subraya la importancia de la interacción de la propiedad del capital, el control sobre los recursos productivos y la posesión del conocimiento, para dibujar un mapa de

12 clases sociales [Wright, 2000]. Se ha utilizado en estudios que han analizado los mecanismos que generan las desigualdades en salud sobre todo en el medio laboral [Muntaner et al., 2010].” (Domingo-Salvany et al., 2013: 264)

En el Estado español, dentro del marco temporal aplicable a este trabajo, destacan dos clasificaciones, la de Domingo y Marcos y la de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). La primera (Domingo, Marcos, 1989) 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 y 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: Domingo, Marcos, 1989

La clasificación de la SEE de 1995 (Álvarez-Dardet et al., 1995) ha sido durante años la más utilizada. Estaba basada en la anterior, en la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 1994 y en la clasificación de Goldthorpe. Incluía 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 3º 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 actualidad, existe una actualización de esta clasificación, la CSO-SEE12, elaborada a partir de la CNO-2011, y, también, una nueva propuesta de enfoque neomarxista³⁹. No me detendré en su análisis puesto que salen del marco temporal en el

³⁹ “En España, la nueva Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-2011), que ha variado sustancialmente respecto a la del año 1994, requiere la adaptación de la clase social ocupacional para ser utilizada en estudios de desigualdades en salud. En este artículo se presentan dos propuestas para medir la clase social: la nueva clasificación de clase social ocupacional (CSO-SEE12), basada en la CNO-2011, desde un enfoque neoweberiano, y una propuesta de clase social desde un enfoque neomarxista. La CSO-SEE12 se construye a partir de una revisión detallada de los códigos de la CNO-2011. Por su parte, la clase social neomarxista se establece a partir de variables sobre los bienes de capital, de organización y de cualificación. La CSOSEE12 que se propone consta de siete clases sociales que pueden ser agrupadas en un número menor de categorías, según las necesidades del estudio. La clasificación neomarxista consta de 12 categorías, en las cuales las y los propietarios se dividen en tres categorías en función de los bienes de capital y las personas asalariadas en nueve categorías formadas a partir de los bienes de organización y cualificación. Estas propuestas se complementan con la proposición de una clasificación del nivel educativo que integra los diferentes planes de estudio en España, y ofrece las correspondencias con la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación.” (Domingo-Salvany et al., 2013: 263)

que nos movemos en este trabajo pero puede decirse que, en líneas generales, mantienen las limitaciones más importantes que señalaré a continuación para las anteriores.

Respecto a éstas, los autores que trabajan sobre el tema reconocen varias. En primer lugar, los cambios que han sufrido algunas de las clasificaciones a lo largo de los años dificultan realizar comparaciones a nivel temporal, por lo que el incremento en el tiempo que se defiende que han tenido las desigualdades sociales en salud podría no estar adecuadamente medido, pudiendo atribuirse una parte a un sesgo derivado de un instrumento de medida más eficaz.

En segundo lugar, la comparabilidad puede verse afectada también porque las dificultades para obtener los datos necesarios, para manejar los diferentes indicadores y variables y los datos estadísticos que se derivan de ellos disuaden, a menudo, a los

“Para hacer la propuesta de categorización de la clase social neomarxista, expertos en desigualdades en salud familiarizados con las clases de Wright (CB y AE) realizaron, por un lado, una revisión de la metodología propuesta por Wright [Wright, 2010] y, por otro, una revisión de los estudios llevados a cabo en nuestro medio que la han utilizado. Considerando el marco teórico y el contenido de los cuestionarios empleados en distintas encuestas sociales y de salud, se hace una propuesta de batería de preguntas destinadas a recoger la información necesaria, a partir de la cual construir una propuesta de clase social según el marco teórico expuesto por Wright [Wright, 2010]. La clase social de Wright se basa en el concepto de intereses materiales, y concretamente en los bienes de capital (propiedad de los medios de producción), los bienes de organización (nivel de autoridad en una empresa) y los bienes de cualificación (ocupación y nivel educativo). A partir de la combinación de estas tres clases de bienes se construye la categorización.” (Domingo-Salvany et al., 2013: 265)

“Tabla 1

Propuesta de clase social para ambas clasificaciones

Clase social ocupacional–CSO–SEE12

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias: asalariados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios.
- IV. Trabajadores/as por cuenta propia.
- V. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- VI. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- VII. Trabajadores/as no cualificados/as

Clase social neomarxista

Personas propietarias

1. Capitalista (Categoría A)
2. Pequeños empresarios (Categoría B)
3. Pequeña burguesía (Categoría C)

Personas asalariadas

4. Directivo/a experto/a (Categorías D y G)
5. Directivo/a semiexperto/a (Categorías D y H)
6. Directivo/a no experto/a (Categorías D y I)
7. Supervisor/a experto/a (Categorías E y G)
8. Supervisor/a semiexperto/a (Categorías E y H)
9. Supervisor/a no experto/a (Categorías E y I)
10. Trabajador/a experto/a (Categorías F y G)
11. Trabajador/a semiexperto/a (Categorías F y H)
12. Trabajador/a no experto/a (Categorías F y I). ” (Domingo-Salvany et al., 2013: 265, las negritas y cursivas son suyas)

investigadores menos especializados y, sobre todo, a los profesionales asistenciales de base, que muy habitualmente acaban utilizando clasificaciones diseñadas por ellos mismos, en un intento de simplificar su uso y, también, de adaptarse a las características concretas de las poblaciones que manejan o, mejor dicho, a sus conocimientos sobre ellas.

“Adicionalmente, la mayoría de las investigaciones clínicas realizadas en España tienen graves problemas de comparabilidad de los resultados. Normalmente, cuando el investigador siente la necesidad de utilizar esta variable, no es infrecuente que improvise una clasificación ‘ad hoc’ o que utilice, más o menos arbitrariamente, alguna de las clasificaciones existentes en la literatura.” (Álvarez-Dardet et al., 1995: 36)

Tercero, como ya hemos visto, tanto el tamaño relativo como las condiciones de vida asociadas a las clases establecidas 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. Cabría añadir, además, que estas diferencias pueden presentarse también a nivel regional o local, lo que también dificultaría la realización de estudios comparativos internos, en cada país.

En cuarto lugar, estas clasificaciones tratan cada clase social como homogénea cuando pueden existir importantes diferencias en función de las distintas ocupaciones que corresponden a cada una de ellas y que pueden tener mucha relevancia para los estudios de salud.

Quinto, estas clasificaciones suelen estar pensadas para población general y muestras amplias, de manera que su aplicación en estudios específicos puede ser problemática:

“Los resultados de la aplicación de la clasificación propuesta a estudios concretos muestra la factibilidad de su utilización y su capacidad de discriminación frente a temas sanitarios. Sin embargo, creemos necesario realizar las siguientes recomendaciones. Es una clasificación basada en la población general. Es importante tenerlo en cuenta al usarla en estudios específicos. Puede no discriminar suficientemente a la población que estamos estudiando. Por ejemplo, en un barrio periférico o en una zona rural, nos encontraríamos con una concentración de la población en 2 o 3 categorías. ‘Ninguna clasificación es ideal para cualquier tipo de investigación’ [Leete, Fox, 1977].” (Domingo, Marcos, 1989: 323)

Y esto será especialmente así, añadiría yo, en el caso de poblaciones excluidas, marginales o minoritarias, que resultan de inclusión compleja y que ponen de manifiesto ambigüedades o imprecisiones de este tipo de clasificaciones. Podrían ponerse diversos ejemplos, mencionados ya algunos de ellos, al hablar del indicador ocupación: si el uso de este indicador, tal y como hemos visto, presenta dificultades para encajar actividades no reglamentadas, marginales, múltiples, irregulares o ilegales, el propio indicador, y, con él, la variable clase social así construida, 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 que podría ser importante de personas 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 aquéllos con quienes se va a trabajar. Sin duda este nivel de confiabilidad dificulta la comparación posterior y la agregación, pero si se tienen estas cuestiones en cuenta, suele ser posible, aunque no siempre, llegar a proponer categorías que puedan subsumirse posteriormente sin dañar

la confiabilidad y permitiendo la comparación. Lo veremos más adelante al hablar de la investigación etnográfica realizada.

Ocurre algo similar cuando el indicador utilizado para construir la variable clase social es la educación: por ejemplo, ¿cuál es la frontera entre la cualificación, la semi-cualificación y la no-cualificación y con qué criterios se establece?, ¿en función de la formación exclusivamente reglada, de la experiencia laboral?, ¿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 a 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? Se trata, en definitiva, de categorías pensadas para personas 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 se pueden producir desajustes y errores en la codificación de los datos, primero, y en su interpretación, después.

Volviendo a la enumeración de limitaciones en la aplicabilidad de la variable clase social, en sexto lugar, como ya he mencionado en párrafos anteriores, y en la línea del comentario anterior, señalar que este tipo de clasificaciones suelen asumir una correspondencia más o menos lineal entre formación, profesión, ocupación y situación socioeconómica, que no siempre es real.

“La construcción de este indicador de clase social a partir de la ocupación supone la asunción de la asociación de una serie de factores socioeconómicos a la ocupación actual o última que pueden no ser ciertos en todos los casos. Para valorar la bondad de la discriminación de un indicador de este tipo son necesarios análisis detallados con la obtención simultánea de diversas variables socioeconómicas individuales, entre ellas la ocupación [Abramson et al., 1982].” (Domingo, Marcos, 1989: 323)

En séptimo lugar, cabe indicar que se trata de clasificaciones que tienen muchas dificultades para recoger de manera adecuada las variaciones de tipo individual, ya sean los cambios con la edad o con eventos vitales como la pérdida del trabajo, la aparición de una situación de incapacidad (especialmente si es prolongada o permanente), los cambios en la estructura familiar (incremento o aparición de dependientes, disolución de parejas...), etc.

“Con la edad se pueden producir cambios en el tipo de trabajo realizado por un mismo individuo, que en unos casos puede llevar hacia una categoría más alta de la clasificación, pero también hacia una inferior [Leete, Fox, 1977]. Ello hace que la estructura de edades no sea comparable entre las distintas categorías.” (Domingo, Marcos, 1989: 323)

Octavo, una de las limitaciones más destacadas se relaciona con las dificultades para asignar clase social a la unidad familiar en su conjunto. Para hacerlo, los investigadores deben decidir la ocupación (o la formación o el nivel de ingresos) de quién toman como referencia para adjudicar la clase a toda la unidad familiar y esto sabiendo que los resultados para cada indicador podrían ser diferentes si se tomasen cada uno de los miembros por separado, especialmente, atendiendo a criterios de género y edad. Y sabiendo también, las dificultades, ya mencionadas, para encuadrar a población que está fuera (de manera temporal o permanente) del mercado laboral (parados, personas incapacitadas, amas de casa, niños, adolescentes y jubilados).

“Otro tema que merece atención es la adjudicación de la clase social a una unidad familiar. Cada vez son más las familias en las que trabajan dos o más miembros. Si sólo se considera la ocupación del cabeza de familia (a elección familiar) se pierde información acerca del conjunto. Y para estudios concretos, por ejemplo en la población infantil, puede ser de gran utilidad la adjudicación de una categoría a la unidad familiar.” (Domingo, Marcos, 1989: 323)

Las estrategias, para soslayar estas dificultades han sido diferentes:

“Ambas clasificaciones⁴⁰ tienen la limitación de no permitir asignar clase social a aquellas personas que nunca han trabajado. Por este motivo, los diferentes estudios deberán plantearse cómo van a obtener la clase social de estas personas, ya que todo el mundo pertenece a alguna con independencia de su vinculación directa con el mercado laboral. Las alternativas que se han venido utilizando han consistido fundamentalmente en a) asignar la clase social del cabeza de familia (normalmente masculino) al conjunto de los miembros del hogar, b) elegir la clase social más elevada del hogar para caracterizar a todos los miembros o c) utilizar la información de todos los miembros del hogar y sus interacciones. Sin embargo, cómo tratar esta información va a depender básicamente del objetivo del estudio, teniendo claro que algunas de nuestras decisiones podrían generar sesgos de género o edad [Borrell et al., 2004a].” (Domingo-Salvany et al., 2013: 266-267)

Detengámonos un momento en el análisis de las repercusiones de este tipo de estrategias, considerando, para empezar, la perspectiva de género⁴¹.

“Las teorías clásicas de estratificación social se han basado en la familia como unidad de estratificación. El hombre, la mujer y las criaturas que viven en una misma unidad familiar ocupan la misma clase social ya que se asume que comparten los mismos intereses económicos. Estas teorías han enfatizado que los intereses de clase de la unidad familiar pueden tenerse en cuenta utilizando la clase social del hombre (basada en su ocupación) como medida de clase de toda la unidad familiar. Por tanto, las mujeres no se tienen en cuenta en la investigación sobre estratificación social, habiéndose considerado el análisis de la estratificación social «ciego» al género (*gender-blind*) [Crompton, 1989].” (Borrell et al., 2004a: 76, las cursivas son suyas)

La adopción o crítica de estos presupuestos ha sido diferenciada en el ámbito de los estudios de desigualdades sociales en salud, entre los diferentes autores y a lo largo del tiempo. Así:

“En 1983, Goldthorpe defendió esta postura basándose precisamente en las desigualdades de género, especialmente en la participación en el mercado de trabajo y, por tanto, la dependencia de las mujeres respecto a sus parejas. El hombre es el que tiene un compromiso pleno con la participación en el mercado laboral. Además, según este autor, las mujeres tienen una participación menos importante en el sistema de clases, ya que trabajan menos años que sus parejas y además interrumpen más frecuentemente su trabajo a causa de sus cargas reproductivas. Según Goldthorpe, el tiempo, la duración y el carácter del trabajo de las mujeres está muy condicionado por sus responsabilidades domésticas y familiares y por la clase social ‘derivada’ (de sus parejas) a la que pertenecen estas mujeres [Goldthorpe, 1983].

Wright [1989] hizo 4 críticas principales a la tesis de Goldthorpe.

1. Aunque todos los miembros de la familia se pueden beneficiar de los ingresos del hogar, ello no implica que compartan los mismos intereses respecto a estos ingresos. Las mujeres casadas pueden tener intereses individuales en sus propios ingresos ya que les proporcionan poder dentro del hogar, y además pueden serles útiles en el futuro (en caso de divorcio).

⁴⁰ Se refiere a las nuevas clasificaciones, CSO-SEE12 y neomarxista. Aunque ya he indicado que no me detendré específicamente en su análisis porque no corresponden al marco temporal que nos ocupa, he creído relevante incorporar esta cita para reforzar la afirmación de que mantienen buena parte de las limitaciones que tenían sus predecesoras.

⁴¹ Se trata de uno de los temas sobre los que más se ha escrito en los últimos años. Además de los textos citados en las páginas anteriores y siguientes, el lector puede encontrar útiles, entre otros: Artazcoz, Borrell, Benach (2001); Artazcoz (2002); Rohlf, Borrell, Fonseca (2000); Rohlf (2003).

2. Los intereses de clase no sólo se basan en el nivel de ingresos. Existen intereses ligados a la posición que se ocupa en el trabajo (autonomía y dominación) que pueden ser distintos para el hombre y la mujer de una misma unidad familiar.

3. Son los individuos y no las familias los que se involucran en la lucha de clases, lo cual dependerá del puesto de trabajo que ocupa cada una de las personas.

4. El peso relativo de la clase social de cada uno de los miembros de la pareja, en la formación del carácter de clase de la familia como un todo, es variable y dependerá de cómo se involucre cada uno de los miembros en su clase social (derivada de su trabajo).

Así, Wright distingue entre las relaciones directas de los individuos con los recursos productivos y las relaciones mediadas a través de otros miembros de la familia. En este sentido, para ciertas personas, la localización en las posiciones de clase son totalmente mediadas, como es el caso de las criaturas; pero para las mujeres trabajadoras, influyen tanto las relaciones directas como las mediadas, y ambas son importantes [Wright, 1989].

La teoría convencional también fue criticada, sobre todo desde el feminismo, reclamando la ‘visualización’ de las mujeres, al igual que de los hombres, en el análisis de la estratificación social. Se puso en evidencia que es desde la visión patriarcal donde se enfatiza que la persona cabeza de familia es el hombre y se señaló la importancia de estudiar a las mujeres en ellas mismas, utilizando la clase social de la propia mujer [Sorensen, 1994; Acker, 1973; Haug, 1973]. La aportación que hacen las mujeres a la unidad familiar es suficientemente importante como para cambiar las oportunidades de las familias [Stanworth, 1983]. Desde esta visión se hacen críticas principales a la teoría convencional: *a)* cada vez es más difícil definir a la familia y al ‘cabeza’ de familia, sobre todo debido a que en las sociedades capitalistas avanzadas la familia nuclear no es el tipo de familia que suele predominar; *b)* las mujeres que viven en una familia nuclear una parte de su vida no tienen el mismo acceso a los recursos que los hombres y, por tanto, no tienen las mismas oportunidades, y *c)* la división del trabajo del hogar asigna a la mujer la mayoría de las tareas, incluso cuando está empleada, lo que tiene un impacto importante en el acceso a un trabajo fuera del hogar [Baxter, 1994]. Por otro lado, entre las mujeres ocupadas, la clase social ocupacional no es sólo una aproximación a los recursos económicos y materiales de la vida privada, sino también a las condiciones de trabajo [Rohlf, et al., 1997].” (Borrell et al., 2004a: 76-77)

En la práctica, la utilización de unos u otros criterios e instrumentos de medida tiene repercusiones en los resultados de los diferentes estudios, lo que debe, como investigadores responsables, empujarnos a buscar soluciones al problema por mucho que estas puedan estar alejadas de los paradigmas de nuestra propia disciplina:

“Hay pocos estudios que hayan analizado las desigualdades en salud teniendo en cuenta distintas medidas de clase social para las mujeres. La mayoría de ellos han sido realizados en Gran Bretaña, aunque también existen trabajos realizados en otros países. Estos estudios suelen comparar distintos indicadores de clase social: la ‘clase social convencional’, que atribuye a las mujeres la clase social del marido o de la persona cabeza de familia (medida de hogar), la ‘clase social individual’, que atribuye a las mujeres la clase social basada en su propia ocupación, y la clase ‘dominante’, que se basa en la atribución de la clase social más privilegiada del hogar. El impacto de las distintas medidas en las desigualdades en salud varía según el tipo de estudio, pero suele ser más importantes al utilizar tanto la medida convencional como la dominante. *Los datos de la encuesta de salud de Barcelona del año 2000 muestran que existen desigualdades de clase con las 3 medidas, y la repercusión varía según el tipo de indicador de salud analizado y el grupo de mujeres seleccionadas.*” (Borrell et al., 2004a: 75, las cursivas son mías)

Y es que estas dificultades de inclusión de las mujeres constituyen, sin duda, una limitación importante de muchos de estos estudios que hace que la asignación de clase para ellas y para las familias pueda ser errónea:

“En general, se puede decir que la clase de la persona cabeza de familia era más favorecida que la clase de la mujer, lo que es un reflejo de la posición más desfavorable de las mujeres en la sociedad.” (Borrell et al., 2004a: 79)

Y no permite estudiar con garantías las repercusiones de la vida laboral y su compaginación con la doméstica en la salud las mujeres y en la de la unidad familiar en su conjunto.

“Al estudiarse las relaciones entre clase social y género, se ha destacado que los múltiples roles tienen un importante impacto en la salud de las mujeres y, por ello, el análisis de la relación entre los roles reproductivos y la participación en el mercado de trabajo ha generado un elevado número de investigaciones. Así, mientras en los hombres la situación laboral sería su rol central –y por tanto las medidas de clase basadas en la ocupación pueden ‘capturar’ bien su posición social–, en las mujeres no sólo la situación laboral es más heterogénea (la proporción de mujeres fuera del mercado laboral continúa siendo muy alta), sino que los roles familiares, como el estado civil o la situación de convivencia y de maternidad, ocuparían una posición mucho más importante en sus trayectorias vitales que en los hombres [Sacker et al., 2000; Sorensen, Verbrugge, 1987].” (Borrell et al., 2004a: 79)

“Our study has described inequalities in the distribution of social class mediators, showing how unskilled workers are exposed to more hazardous working conditions than other social classes. Household material standards were also associated with social class: semiskilled and unskilled workers, and also the petit bourgeoisie, had less household appliances and were less likely to hire help with household labour than other social classes. Household labour was done by women and hardly performed by men in any social class.

We have also shown inequalities in self-reported health among social classes, mainly in men, and provided suggestive cross-sectional evidence on the role of work organisation in explaining these inequalities among men, while for women physical health hazards at work and household related factors were most important in explaining the relationship between social class and health.” (Borrell et al., 2004b: 1881)

Pero es que, además, si se pretende adoptar la estrategia mencionada de adjudicar a la unidad familiar la clase que correspondería al cabeza de familia, el primer paso debería ser –parece obvio– establecer a quién se considera como tal, no sólo en contextos culturales y sociales diferentes al mayoritario sino también en éste, igualmente heterogéneo y cambiante: ¿el varón?, pero, ¿cuál?, ¿la persona que más gana, independientemente del sexo?, ¿la persona que se identifica espontáneamente en cada familia, con independencia del sexo o la edad? Entrarán aquí en juego cuestiones de índole social y cultural relativas a la composición de las familias y las unidades domésticas, al reparto de roles y, especialmente, de poder relativo, en cada una de ellas que, para interpretarse adecuadamente, requieren un nivel de conocimiento sobre cada uno de los grupos sociales y culturales concretos previo al diseño y aplicación de cualquier técnica de investigación que no suelen –lógicamente– poseer los profesionales de la salud que diseñan las encuestas o entrevistas, que las realizan o que analizan los datos, de manera que se corre el riesgo de acabar *mezclando* realidades muy diferentes en un mismo epígrafe, es decir, homogeneizando una realidad compleja y rica y, lo que es más peligroso, estableciendo, después, programas o políticas que encontrarán dificultades para responder a las necesidades derivadas de la diversidad que se ha obviado.

En lo que se refiere a las desigualdades sociales en salud en la infancia y la adolescencia, las dificultades vuelven a ser similares, en la medida en que a los hijos se les suele asignar también la ocupación del padre en el momento de la encuesta sin que muchas veces se tengan en cuenta trabajos anteriores ni la situación laboral o educativa de la madre que podrían ser, en algunos casos, superiores a las del padre.

No parece, por tanto, que la variable clase social, recogida de esta manera, siendo ya delicado su tratamiento en la población autóctona, sea la más adecuada para las

poblaciones que aquí nos interesan (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 entre distintas poblaciones, que pueden vivir, con el mismo tipo de trabajo o en la misma categoría social, en condiciones completamente diferentes.

2.2.2.2. *Indicadores de salud y de uso de servicios sanitarios*

2.2.2.2.1. Indicadores de mortalidad

Los indicadores de mortalidad son los más ampliamente utilizados en los estudios de desigualdades sociales en salud de enfoque epidemiológico. Permiten relacionar el exceso de mortalidad de determinadas poblaciones con diversos indicadores socioeconómicos:

“El exceso de mortalidad en los hombres debido a la privación material se estima en alrededor de 8.029 muertes (2.676 anuales) en el período 1993-1995 y de 5.487 muertes (1.829 anuales) durante 1996-1998. En el caso de las mujeres, el exceso de muertos en 1993-1995 es de aproximadamente 1.874 muertes (625 anuales) en 1993-1994 y de 3.866 (1.289 anuales) en 1996-1998. Por lo tanto, entre los años 1993-1994 y 1996-1998 se ha producido una reducción del exceso de fallecimientos relacionados con la privación material en el caso de los hombres (del 9,6 al 6,4%), a la vez que éste ha aumentado aproximadamente en el doble en las mujeres (del 2,5 al 5,0%).” (Borrell, Benach, Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill, 2006: 398)

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, en los estudios especializados se señala que son datos exhaustivos⁴², de obtención sencilla y de bajo coste y que 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 puesto que en el Certificado de Defunción se registra la ocupación del fallecido. Sin embargo, este tipo de investigaciones presentan cierta complejidad en el Estado español debido a las diferencias de criterio 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

⁴² El Certificado de Defunción es imprescindible para enterrar a un difunto y para muchos otros trámites.

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 siempre 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 pels 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, las cursives son suyas)

Y no sólo se han señalado dificultades y errores en el registro de las variables socioeconómicas 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; por otra, aun cuando el registro sea exacto, suele recogerse la enfermedad que llevó al desenlace pero no otras asociadas que pueden haberlo precipitado o que podrían haber tenido relación con la calidad de vida previa. Y este es el principal inconveniente de los indicadores de mortalidad: tan solo –aunque no es poco– 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 podrían no resultar muy útiles en el momento actual, 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). Fenómenos como la reagrupación familiar pueden, a medio y largo plazo, introducir o acentuar cambios en esta situación que habría que investigar. Algo necesario también en lo referente a aquellas personas, cuyo número real se desconoce, que vienen precisamente para recibir tratamientos no disponibles en su país o que allí no están a su alcance.

Finalmente, otra razón más que limitaría la utilidad de los indicadores de mortalidad en este tipo de población es que no es extraño que aquéllos de más edad o gravemente enfermos vuelvan a sus países de origen antes de fallecer, lo que haría que estuviéramos obteniendo cifras de mortalidad por debajo de las reales.

2.2.2.2.2. Indicadores de morbilidad

Además de la mortalidad, los estudios de desigualdades sociales en salud investigan la morbilidad y la utilización de los servicios sanitarios, recogiendo la información a través de encuestas de salud y, menos frecuentemente, a partir de entrevistas y registros clínicos.

Entre los indicadores de morbilidad y utilización de los servicios sanitarios destacan:

Estado de salud y limitación de la actividad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 permiten obtener información sobre prevalencia e incidencia de diferentes enfermedades, estado de salud subjetivo⁴³, limitación de la actividad o conductas relacionadas con la salud, que pueden compararse en función de indicadores socioeconómicos.

“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

⁴³ El lector interesado específicamente en este indicador puede consultar, entre otros, el trabajo de D. Malmusi (2012) sobre desigualdades sociales en salud en Cataluña y Estado español, en el que defiende su utilidad incluso reconociendo que existe poca información sobre la comparabilidad entre grupos étnicos o entre población autóctona e inmigrante.

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 cursivas son suyas)

“Un dels primers estudis fets a Catalunya es va realitzar amb les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 1986 (Alonso i Antó, 1988) i va mostrar diferències socials en l'estat de salut percebut. Mentre el 81,6% de les persones de les classes més afavorides (I i II) va declarar la seva salut com a bona o molt bona, entre les persones de classe més desafavorida (IV-V) només ho van fer el 67,6%. Tanmateix, en les classes I-II el 51,5% va declarar que patia algun trastorn crònic i el 56,8% en les classes IV-V; també es van trobar diferències respecte al fet d'haver fet un dia de llit per malaltia durant les dues setmanes prèvies a l'entrevista. La primera enquesta de salut d'àmbit estatal, realitzada l'any 1987, també va servir com a font d'informació per a l'estudi de les desigualtats socials en la salut. D'acord amb el treball de Fernández de la Hoz i León (1996), el 82,9% de les persones amb estudis universitaris van declarar el seu estat de salut percebut com a bo o molt bo, mentre que només el 49,6% de les persones sense estudis van declarar que fos així. Semblantment, la proporció de persones amb una salut declarada com a dolenta o molt dolenta va ser gairebé set vegades més gran entre les persones sense estudis (15,0%) que entre les que tenien estudis universitaris (2,9%). De la mateixa manera, Regidor i col·l. (1994) i l'Informe de la Comissió d'Estudis sobre Desigualtats a Espanya, amb el patrocini del Ministerio de Sanidad y Consumo (Navarro i Benach i col·l., 1996), han constatat la persistència de desigualtats en la salut i també en les comunitats autònomes dins l'àmbit estatal (Regidor i col·l., 1999).” (Borrell, Benach, 2003: 95)

El principal inconveniente es que se trata de datos más difíciles de obtener que los de mortalidad. Por una parte, a nivel del Estado español, apenas existen registros reglados de morbilidad, salvo para las Enfermedades de Declaración Obligatoria⁴⁴ sobre las que, sin embargo, se reconocen limitaciones en cuanto a la calidad de los datos de los que se dispone:

“La calidad de la información individualizada de las variables básicas (edad, sexo, distribución geográfica y semana de notificación) de los casos declarados es alta. Aun así, para otras variables la exhaustividad es baja o la falta de actualización de la información una vez hecha la notificación impide tener información sobre la evolución del caso, estado vacunación, o identificación microbiológica completa del agente causal. El grado de exhaustividad de la información de cada caso depende, entre otros, de la disponibilidad de medios diagnósticos y de los protocolos diagnósticos aplicados en los servicios sanitarios de cada CCAA [Comunidad Autónoma], del nivel de alerta o conciencia para la detección y notificación de cada enfermedad y de los recursos y prioridades existentes en cada CCAA para la vigilancia de las enfermedades.” (Centro Nacional de Epidemiología, 2014: 11)

Por otra parte, cuando se obtienen a través de encuestas o entrevistas superficiales, se trata de datos sujetos a tres características que limitan su confiabilidad: un alto grado de

⁴⁴ Las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) son un conjunto de enfermedades infecciosas sobre las que los médicos deben informar a cada centro de referencia en salud pública que, a su vez, remite los datos para su análisis a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). En el último informe anual publicado, para el año 2012, se recoge información de casos sospechosos, probables y confirmados de un total de 35 EDO, entre ellas hepatitis A y B, VIH y SIDA, botulismo, difteria, sarampión, varicela, salmonelosis, tétanos, tuberculosis o lepra. El lector interesado puede consultar la relación de informes anuales en la página web del Instituto de Salud Carlos III, Sección de Epidemiología, EDO-Informes anuales: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientificos-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-informes-anuales.shtml>.

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 desde el punto de vista estrictamente biológico. 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, la trayectoria personal 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 u otras cuestiones relacionadas con los patrones de búsqueda del bienestar en algunos sectores de población, condicionan que las molestias o las incapacidades sean peor toleradas de lo que lo hubieran sido no hace tantos años o en otros grupos humanos.

“Així, amb aquestes mateixes dades (Fernández i col·l., 1999), es va constatar que la proporció de dones (29,8%) que declaren la seva salut com a regular o dolenta era superior a la proporció d’homes (21,4%). Les diferències en la percepció de l’estat de salut com a regular o dolenta entre els homes i les dones (figura 3.2) segons la classe social ja es comencen a constatar des de les edats joves, sobretot entre les dones; aquestes desigualtats són molt evidents en les edats més avançades, sobretot entre les classes I-II i IV-V. A la figura 3.2 es pot comprovar que la proporció d’homes i dones que declaren la seva salut com a dolenta és més elevada entre les persones de més edat. Cal assenyalar que les diferències absolutes entre les classes es van fent més grans al mateix temps. (...)” (Borrell, Benach, 2003: 99)

“(…) El percentatge d’homes de les classes IV-V que van declarar el seu estat de salut com a regular o dolent va ser aproximadament el doble (25,0%) respecte al dels homes de les classes benestants (14,5%). Aquesta associació és independent un cop controlades l’edat, l’àrea de residència (regió sanitària) i el nombre de trastorns crònics. Aquestes diferències de classe també són presents en les dones: la proporció de dones que van declarar la seva salut com a regular o dolenta va ser encara més gran (34,3%), amb un patró similar a l’observat en el cas dels homes.” (Borrell, Benach, 2003: 99)

Cuestiones todas ellas relevantes en sí mismas desde el punto de vista de la Salud Pública pero sujetas a causas enormemente diversas en las distintas poblaciones y momentos que difícilmente pueden dilucidarse con el tipo de enfoque que aquí analizamos. Así, por ejemplo, la situación económica en que se encuentre una persona puede condicionar claramente tanto la percepción sobre su salud como hasta qué punto se consienta que la enfermedad limite la actividad: los trabajadores en situación irregular, 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, aun cuando sea temporal, mientras que aquellos que se encuentran en una situación más estable pueden presentar comportamientos totalmente diferentes ante la misma situación. Otros factores como la salud comparada de otros miembros de la unidad familiar del mismo sexo o similar edad o la propia trayectoria vital, entre otros muchos posibles, influirán también en la valoración de la propia salud y serán difícilmente *registrables* con estos instrumentos de medida.

“A l’Enquesta de Salut de Barcelona de 1986 (Alonso i Antó, 1988) es van descriure desigualtats en l’estat de salut autopercebut. A l’Enquesta de Salut de Barcelona de 1992 (Borrell i col·l., 1995), es va observar que la proporció d’homes i dones amb una salut dolenta de les classes IV i V era pràcticament el doble que la de les classes I i II; aquesta associació es va mantenir (amb una OR de la mateixa magnitud a les derivades de l’ESCA-94) després de ser ajustada per

variables indicadores de l'estil de vida (consum de tabac i alcohol, activitat física) i per la presència de sobrepès (Borrell i col·l., 1995; Borrell i col·l., 1999b).” (Borrell, Benach, 2003: 103)

Imprecisión, porque muchos pacientes (autóctonos o inmigrantes) pueden no saber 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 inmigrantes, quienes no dominen el idioma o no estén familiarizados con nuestras estructuras diagnósticas). Presentar, como se hace a veces, 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 o menos grave –lo que a veces se justifica en relación a su contexto y su situación. Además, las agrupaciones de cuadros clínicos que muchas veces se presentan en las encuestas de salud o en la mayoría de los cuestionarios elaborados más o menos *ad hoc* 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, como a veces parecería que se pretende, de la situación real de la salud de las poblaciones, aunque sí de ciertas tendencias. Por ejemplo:

“To evaluate health status, certain physical and mental health indicators were used separately: 1) self-rated health (How would you rate your current health status?) was categorized as good (good/very good) or poor (fair/poor/very poor); 2) mental health (as assessed by the 12-item General Health Questionnaire; responses scoring ≥ 3 were classified as poor mental health) [Goldberg, Williams, 1996; Sánchez-López, Dresch, 2008]; and responses to the question: Have you ever had some of these problems: 3) musculoskeletal symptoms: muscle and/or joint pain, tingling, loss of strength and decreased sensitivity (yes/no); 4) headache (yes/no); 5) stress (yes/no); 6) insomnia (yes/no); and 7) anxiety (yes/no). All health questions referred to the year prior to the survey. Information on self-perceived health status in the immigrant’s origin country was collected in the same way as self-rated health. A new variable was created (change in self-rated health) according to responses concerning self-rated health in Spain and self-rated health in the origin country (no change-improved/worse). We assigned different scores to each variable (0 good; 1 poor). If the measure of the difference was 0, it was assumed that there was no change, and if the difference was -1, it was assumed that the situation was worse in the host country, and finally if the result was +1, it was assumed that the health situation was better in Spain.” (Agudelo et al., 2011: 653-654)

En todo caso, y hablando en concreto de los colectivos que nos ocupan, algo que sucede con cierta frecuencia es parte de los individuos que los componen desconocen estas enfermedades o las conocen por otros nombres o por otras descripciones y que, sin embargo, están 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 en el Capítulo 3, 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 puede o 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 grupos étnicos o culturales diferentes al mayoritario deberán tener en cuenta estas cuestiones. Y cabría poner en

duda que esto esté al alcance de la mayoría de los estudios sobre desigualdades sociales en salud de corte epidemiológico que se realizan a población general y, también, de buena parte de los realizados con poblaciones específicas (por ejemplo, en centros sanitarios concretos) por parte de profesionales de la biomedicina sin suficientes conocimientos sobre diversidad cultural. Y, aunque es lógico que sea así, en la medida en que cada disciplina dota a sus profesionales de determinados conocimientos y recursos técnicos y metodológicos y no de otros, conviene no perderlo de vista y pedir al investigador (a todos) la humildad necesaria para saber cuándo la interdisciplinariedad se convierte en algo científica y éticamente necesario.

En lo que se refiere a las encuestas de población en las que la población inmigrante forma parte de las muestras junto con la autóctona, además de que su presencia en el conjunto de éstas suele ser 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 en sus países de origen o, incluso, durante su camino hacia la ciudad de destino, datos siempre necesarios por su elevada influencia en el estado de salud actual.

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

2.2.2.2.3. 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 sociales en salud varía en función de la fuente que se consulte aunque, en general, suele afirmarse que, aun 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; Borrell, Benach, 2003) 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.

“És prou reconegut que els serveis sanitaris només són una part, i no la més important, dels determinants de la salut. De tota manera, diversos autors han evidenciat que, com a mínim, els serveis sanitaris poden alleugerar el patiment de les persones i facilitar la cura de malalties. Per tant, l'accés a uns serveis sanitaris de qualitat ha de ser un dret de tots els ciutadans i ciutadanes, independentment de quines siguin les seves condicions socials.” (Borrell, Benach, 2003: 153)

La disponibilidad de cobertura sanitaria se relaciona con mejores indicadores de salud y se ha señalado, además, 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).

“L'absència de cobertura sanitària s'associa, congruentment, al fet d'estar en una situació de salut més dolenta (Baker i col·l., 2001; Rowland i col·l., 1998). A més, quan s'ha analitzat la relació existent entre el tipus de sistema sanitari i la mortalitat, s'ha pogut observar que, partint de la igualtat en la despesa sanitària, els sistemes nacionals de salut amb cobertura universal i finançament progressiu a través del impostos directes assoleixen uns nivells de salut de la població més bons (Eloia i col·l., 1995).” (Borrell, Benach, 2003: 153)

Aun así, incluso en países que, como España, disponen de una red pública con una amplia gama de prestaciones y que llega a prácticamente toda la población (al menos cuando se hizo el trabajo de campo para esta tesis) se ha constatado que existen desigualdades en cuanto al disfrute por parte de ciertos sectores sociales, especialmente en lo que se refiere a los programas de prevención y educación para la salud, pero también en relación con la calidad y accesibilidad de los servicios públicos.

“Malgrat l'èxit aparent assolit a l'hora de facilitar l'ús dels serveis entre els individus en una situació de desavantatge socioeconòmic, les desigualtats persisteixen almenys en tres temes rellevants: en la utilització dels serveis sanitaris que no són totalment coberts per la sanitat pública, en la qualitat dels serveis i, finalment, en la utilització de programes preventius.” (Borrell, Benach, 2003: 156)

“S'observen desigualtats en les pràctiques preventives en funció de la classe social. Els individus de les classes socials més afavorides declaren més pràctiques preventives que els seus homòlegs de les classes menys afavorides (...).” (Borrell, Benach, 2003: 174)

Las diferencias en función de criterios económicos en cuanto a los cuidados no ofertados desde la cobertura pública, como la mayoría de los buco-dentales, son todavía más evidentes:

“En relació al primer tema (utilització dels serveis sanitaris que no són totalment coberts per la sanitat), per exemple, la utilització dels serveis d'odontologia –un servei sanitari sense cobertura pública completa- mostra diferències en la freqüència d'utilització segons unes variables sociodemogràfiques, fet que reflecteix una clara barrera d'accés de naturalesa socioeconòmica que és conseqüència de les diferències en la capacitat de finançament privat individual (Borrell i col·l, 2001; Rajmil i col·l, 2000; Borrell i col·l, 1999; Navarro i Benach i col·l, 1996; Regidor i col·l, 1996).” (Borrell, Benach, 2003: 156)

Los estudios sobre desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios abordan aspectos relacionados con la diferencia en el acceso a los cuidados en función del sexo, la educación, la clase social y el grado de necesidad⁴⁵, utilizando habitualmente como indicadores el número de visitas al médico, los días de hospitalización o las consultas en Urgencias.

“En este estudio se han investigado la consulta a un médico general, la consulta al médico especialista y la hospitalización como indicadores de utilización, y el tiempo de espera en la consulta y el tiempo en la lista de espera para un ingreso hospitalario ordinario como indicadores de accesibilidad. La ENS [Encuesta Nacional de Salud; en este estudio, del año 2001] recogió información de esas variables mediante las siguientes preguntas: ¿ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad suya en las últimas 2 semanas?; en la última consulta realizada, ¿cuál era la especialidad del médico?, y ¿cuánto tiempo, en minutos, 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 12 meses?; si en el último ingreso ordinario estuvo en lista de espera, ¿cuánto tiempo, en meses, estuvo en la lista de espera? Igualmente se preguntó si el médico a quien se consultó era de la seguridad social, la beneficencia, una sociedad médica o un médico privado. Por su parte, en la hospitalización se preguntó si los gastos de la hospitalización corrieron cargo de la seguridad social, de una mutualidad pública obligatoria, de la beneficencia, de una sociedad médica o a

⁴⁵ Estas cuestiones han sido también estudiadas desde otras áreas, como la Economía de la Salud. No parece razonable profundizar aquí en el análisis desde este ámbito pero el lector interesado encontrará una revisión de modelos de análisis de la demanda y utilización de servicios sanitarios en Clavero, González (2005), que incluye, además, un apartado sobre el uso correcto (desde esta óptica) de los términos necesidad, demanda y utilización de servicios.

cargo del paciente. Las frecuencias de falta de respuesta a las preguntas sobre consulta médica y la hospitalización fueron < 0,1%.” (Regidor et al., 2006: 353)

“El (sic) año 2003 en España, existen desigualdades según género y clase social en la proporción de personas que han visitado un médico/a general. Las mujeres declaran haberse visitado más y, tanto en hombres como en mujeres, las personas de clases más favorecidas presentan proporciones inferiores de visitas al médico general (aproximadamente un 11% en hombres y mujeres de clases no manuales) y aumentan progresivamente en las de clases menos favorecidas, sobre todo en mujeres (un 21,4% de hombres y un 33,3% de mujeres de clases manuales), y estas desigualdades de clase social han aumentado en ambos sexos en la última década.

La proporción de personas que visitan un especialista cambia según clase social, siendo mayor en las clases privilegiadas. Así, los hombres de clases menos favorecidas han visitado un especialista en un 4,7%, y aumenta en los de clases más favorecidas a un 6,9%. En mujeres, el patrón de desigualdad es el mismo y sigue un gradiente claro de clase social (un 6,9% en las de clases manuales frente al 9,5% de las de clases no manuales).” (García-Altés et al., 2008: 122)

“Les visites a urgències es van recollir a l’Enquesta de Salut de Barcelona de l’any 2000. Una quarta part de la població declara que s’ha visitat a urgències durant l’últim any. Entre les classes benestants, ho han declarat un 23% dels homes i un 21,2% de les dones, entre les classes IV-V ho han fet un 26,7% dels homes i un 27,8% de les dones.” (Borrell, Benach, 2003: 171)

También se valoran cuestiones como el seguimiento de los programas preventivos, la distribución por clase y género de la cobertura doble (pública y privada) o el acceso a los cuidados buco-dentales.

“Table 1 shows that there was no evidence of social class inequality, either related to a visit to a health professional in the two weeks before the interview or in having been hospitalized during the past year. Likewise, no social class differences were evident when the analysis was stratified by type of health care coverage (table 2) or health status as a measure of need (data not shown). The main differences are centred in the visit to a dentist, where children in social classes IV and V were less likely to have visited a dentist in the last year, especially those who declared having only NHS [National Health System] coverage (table 2).

Table 3 shows the waiting time for the last visit by social class and the financial coverage for this visit. Children who visited a private physician (either paid out of pocket or through a private health insurance) waited an average of 14.8 minutes less than those whose visit was financed by the NHS.

Children in advantaged social classes (classes I and II) visited private centres more often, and were attended by private physicians more frequently than classes IV and V, where the opposite pattern was observed (table 4).” (Rajmil et al., 2000: 213)⁴⁶

⁴⁶ Se trata de un estudio sobre desigualdades en el acceso y uso de los servicios sanitarios entre niños menores de 15 años en Cataluña. Toma los datos de la Enquesta de Salut de Catalunya de 1994. Para la clase social, utiliza la adaptación española de 1980 de la clasificación del British Registrar General (Domingo, Marcos, 1989). Los resultados para adultos (mayores de 14 años), utilizando los mismos indicadores y variables, se recogen en Borrell et al. (2001):

“Although one-quarter of the population of Catalonia had a supplemental private health insurance, percentages were very different according to social class, ranging from almost 50% for classes I and II to 16% for classes IV and V in both sexes. No inequalities by social class were observed for the utilization of non-preventive health care services (consultation with a health professional in the last 2 weeks and hospitalization in the last year) among persons with poor self-perceived health status, i.e. those in most need. However, social inequalities still remain in the use of health services provided only partially by the NHS, and when characteristics of last consultation are taken into account. Subjects who paid for a private service waited an average of 18.8 minutes less than those attending the NHS. Within the NHS, social class IV and V waited longer (35,5 minutes) than social classes I and II (28,4 minutes).” (Borrell et al., 2001: 117)

Otros aspectos, como el desempeño y 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.

“Respecte a la qualitat dels serveis, cal esmentar que existeixen pocs estudis que hi facin referència. Quan s’ha estudiat el temps d’espera de les visites mèdiques com a indicador de la qualitat dels serveis rebuts, s’han trobat diferències notables en el temps d’espera en funció del nivell d’estudis o la classe social de l’entrevistat (Borrell i col·l., 2001; Rajmil i col·l., 2000; Regidor i col·l., 1996) i aquestes desigualtats són persistents en el temps (Lostao i col·l., 2001).” (Borrell, Benach, 2003: 156-157)

“Si bien hay evidencia sobre las desigualdades en el acceso y la utilización de servicios sanitarios en España, analizadas mayoritariamente a partir de encuestas de salud, no se conocen las desigualdades existentes en el desempeño de los servicios sanitarios. De hecho, los servicios sanitarios son sólo uno de los determinantes de la salud, si bien es el determinante al que el presupuesto sanitario dedica más recursos económicos en los países desarrollados. La medida del desempeño de los servicios sanitarios está recibiendo una atención creciente debido, por una parte, a las presiones fiscales ante un gasto sanitario creciente y, por otra, al aumento de las expectativas y exigencias de la población. Así pues, conocer hasta qué punto existen desigualdades en la consecución de los objetivos que se proponen los servicios sanitarios es un hecho legítimo, además de ser una manera de rendir cuentas ante la sociedad y una fuente de información con la que diseñar políticas sanitarias.” (García-Altés et al., 2008: 117)

Entre las limitaciones de este tipo de indicadores, cabe señalar, de nuevo, la imprecisión, la subjetividad y la variabilidad cultural. Sin insistir más en lo que he tratado en párrafos anteriores, añadir que parámetros como la valoración del tiempo de espera están sujetos a imprecisiones (resulta difícil recordarlo exactamente 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 en general, 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, sin 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 ejemplo:

“Es sabido que, en general, en los países desarrollados las mujeres consumen más servicios sanitarios que los hombres, aunque no para todo tipo de servicios ni para todos los grupos de edad. Las mujeres utilizan intensivamente los servicios de atención primaria y suelen consumir también más medicamentos, pero la evidencia respecto de las visitas a especialistas y las hospitalizaciones es más controvertida. Por ejemplo, en España, a partir de los 50 años de edad, los hombres absorben un 51% más gasto hospitalario público que las mujeres [Urbanos, 2003]. Al mismo tiempo, también es sabido que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y mejor estado de salud de acuerdo con algunos parámetros clínicos, por lo que podría ser que la mejor salud de las mujeres fuera precisamente consecuencia (al menos en parte) de su mayor consumo sanitario. Sin embargo, otros indicadores de salud, como la salud percibida, la presencia de enfermedades crónicas, la prevalencia de enfermedades mentales y los días de discapacidad, tienden a proyectar la imagen contraria: que las mujeres tienen peor salud que los hombres. En este caso, se podría argumentar que su mayor utilización es consecuencia de su estado de salud más precario. La naturaleza exacta de los efectos bidireccionales entre estado de salud y utilización de servicios sanitarios no está, ni muchísimo menos, establecida.” (Rodríguez, Stoyanova, 2004: 102-103)

Por otra parte, los indicadores de necesidad que suelen emplearse para valorar el uso de los sistemas sanitarios se refieren habitualmente a la presencia de patologías, generalmente crónicas, que se cruzan con el sexo, la clase social y la educación, pero no siempre tienen adecuadamente en cuenta y, sobre todo, difícilmente pueden medir, la influencia de 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. Se ha descrito también que las mujeres pueden hacer un cierto volumen de consultas no relacionado necesariamente con su propia salud sino con su rol de cuidadoras de otros miembros del hogar y que suelen presentar, también, peor estado de salud percibido y mejor adhesión que los hombres a los programas de seguimiento y preventivos (por lo que aparecerán, habitualmente, como más frecuentadoras de los servicios). La población con mejor nivel educativo puede, al mismo tiempo, tener más capacidad de comprender los mensajes preventivos y terapéuticos (lo que podría hacer descender el número de consultas por un mismo motivo) y mayor nivel de exigencia y capacidad para reivindicar sus derechos como ciudadano y usuario (lo que, sin embargo, podría hacer que el número de consultas se incrementase).

“El objetivo de los sistemas de financiación pública de la asistencia sanitaria es lograr la igualdad en el acceso y la utilización de los servicios ante una necesidad equivalente. En la evaluación del acceso y la utilización de servicios sanitarios concretos como, por ejemplo, los procedimientos de exploración y tratamiento cardiológico, en los que se mide la necesidad clínica, es posible valorar la consecución de ese objetivo [Keskimäki et al., 1997; Britton et al., 2004]. Sin embargo, no hay acuerdo acerca de la definición de necesidad cuando se estudia el acceso y utilización de servicios sanitarios generales, con lo que la evaluación de la consecución de ese objetivo en estos casos presenta mayor dificultad [Oliver, Mossialos, 2004]. En algunas ocasiones se ha utilizado la percepción subjetiva de la salud como indicador de necesidad porque predice la mortalidad y el uso de servicios sanitarios [Sáez, 2003]. No obstante, se trata de un indicador poco específico de salud y de la necesidad de asistencia sanitaria, ya que refleja otras necesidades sociales, y su variación entre los distintos grupos económicos puede ser distinta de la variación en la necesidad de asistencia sanitaria.” (Regidor et al., 2006: 358)

En el caso de personas 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). Profundizaremos en todo ello más adelante.

2.2.2.3. ¿Indicadores relacionados con la cultura?

Escribir este epígrafe entre interrogantes da ya una pista de cuál es la consideración que reciben los factores relacionados con la tradición cultural en los estudios de desigualdades sociales en salud realizados desde la Epidemiología social.

DiGiacomo (1999) trata estas cuestiones en los siguientes términos, en un artículo dedicado a reflexionar sobre las posibilidades de investigación interdisciplinar en cáncer:

“From this point of view, then, the epidemiologist's problem is discovering the social and cultural ‘risk factors’ that predispose a patient to ‘diagnostic delay’, which is conceived as a kind of disease (in a manner analogous to the clinical applications of the concept of risk [Gifford 1986]) that can only be prevented effectively through presymptomatic detection of cancer (Porta et al. 1991:229). This understanding of the problem is based on five underlying assumptions, all of them seriously at odds with ethnographic practice:

1. It is possible to isolate cultural concepts from their context without important loss of meaning. The study of ‘beliefs’ and ‘attitudes’, or more pejoratively, ‘misconceptions’ and even ‘myths’ about cancer is undertaken with an eye to correcting or replacing them with ‘information’ and ‘knowledge’ through education appropriately geared to comprehension level (see, for example, Loehrere t al. 1991). It is simply a matter of interchangeable parts: replacing a defective part with one that works properly. This is based implicitly, as I have noted above, on a naturalist epistemology that takes language to be a purely referential code.
2. It is possible to reify culture as ‘values’, ‘attitudes’, or ‘beliefs’ that attach to a particular social group, identified in ethnic, class, or behavioral terms, which is also reified and essentialized, represented as internally homogeneous, and marked as problematic (cf. Good 1994:39; Yoder 1997:138-139). (...)
3. Culture may be understood either as a ‘protective factor’ or as a ‘risk factor’, but mainly it is a risk factor. (...)
4. Only Others (defined, again, in ethnic, class, or behavioral terms) have culture. Science is located beyond the boundaries of culture and consists of universal knowledge free of local ‘bias’. (...)
5. When ‘attitudes’, ‘values’, or ‘beliefs’ are identified as ‘cultural’, and attributed to ethnic groups or the lower social orders, they become backward and unreasonable, evidence of misinformation at best, and of willful ignorance at worst.” (DiGiacomo, 1999: 444-446)

Las llamadas “variables socioculturales” apenas se tienen en cuenta y, cuando se hace, se asocian a “creencias” “no científicas” –cuando no directamente a la ignorancia–, y suelen identificarse como “factores de riesgo” que inducen comportamientos que potencialmente retrasan los diagnósticos y dificultan los tratamientos o la prevención. En la línea del pensamiento positivista, ven necesario cambiar estas “creencias” por “conocimiento”, entendiéndolo, claro está, este conocimiento como el biomédico, que se asume, además, como libre de connotaciones culturales.

“The ‘sociocultural values’ in question are described as ‘psychosocial factors ... the patient's personality, education, income, and access to care’ (Porta et al. 1991:229). The personality factors most related to patient delay in consulting a physician appear in the medical literature as ignorance, fear, denial, and fatalism (Estapé et al. 1992:453; Perez-Stable t al. 1992). This use of ‘culture’ to identify personal characteristics is further complicated by the broad semantic range of this term in Catalan and in Castilian (Spanish), which extends from something anthropologists could recognize as the central concept of their discipline to good manners, class position, and learning of the sort acquired from books and universities. The social inferiority of individuals and groups lacking these refinements –and the powers of rational thought they are presumed to confer– would be phrased in everyday speech as a *falta de cultura* (lack of culture) so that, paradoxically, those who lack culture also possess it in a form that marks them as problematic Others.” (DiGiacomo, 1999: 444, las cursivas son suyas)

Los intentos de conversión de la cultura a indicadores o variables en este tipo de estudios pasan, de manera habitual, por resignificarlos y subsumirlos en indicadores socioeconómicos, identificando los contenidos culturales de las poblaciones con la pertenencia a clase social baja, a etnias minoritarias o a la falta de formación. La “cultura”, así entendida, es patrimonio exclusivo del Otro o, más bien, de un Otro muy concreto, perteneciente a los sectores más bajos de la sociedad.

“(…) I argue, on the basis of participant-observation over a period of nearly two years in the epidemiology department of a medical research institute in Catalonia (Spain), that bioscientific uses of the concept of culture have led, disappointingly, to its reification as ‘beliefs’ and its incorporation into the naturalist epistemology of Western institutional medicine. The unfortunate consequence is the medicalization of culture understood as ‘difference’, ‘which often stands in for social class.’ (DiGiacomo, 1999: 436)

“Desde estos aportes antropológicos se constata, no obstante las limitantes señaladas, que son numerosos los aspectos de relevancia sanitaria relativos a la cultura y a la sociedad que escapan a la mirada de los epidemiólogos y salubristas. Y que aun cuando algunos de estos elementos son considerados en la investigación epidemiológica, ya sea mediante la inclusión de variables en las encuestas o mediante el complemento de técnicas cualitativas, es factible testimoniar el uso instrumental y reduccionista de conceptos antropológicos y técnicas cualitativas, que son refuncionalizados en epidemiología para reforzar la perspectiva biomédica. Así, cuando se reduce la ‘cultura’ de los pacientes a sus creencias o su religión, o cuando su etnicidad se equipara al color de su piel o su idioma, los estudios epidemiológicos, aunque se presenten como más amplios y adecuados a la realidad que pretenden proyectar, lo que hacen es barnizar de ‘cultura’ una perspectiva naturalista que permanece incólume.” (Hersch, Haro, 2007: 5)

Y, en la misma línea que ya vimos para otros indicadores y variables, la conversión pasa, también, por la homogeneización de los contenidos, la estatificación y el aislamiento del contexto. Y, aun en los casos en los que se reconozcan especificidades, estas suelen limitarse a categorías diagnósticas propias de algunas comunidades, como los llamados *culture-bound síndromes o síndromes de filiación cultural* que, de todas formas, se hacen pasar, de una manera u otra, por el tamiz de la biomedicina.

Se obvia así el hecho de que todas las poblaciones, independientemente de su nivel educativo y socioeconómico, disponen de concepciones sobre la salud y la enfermedad que se traducen en comportamientos preventivos o terapéuticos que pueden o no coincidir (o complementarse) con los de la biomedicina y que están presentes en el día a día de los sujetos independientemente de que ésta los reconozca o no como tales o como beneficiosos o perjudiciales. En palabras de Menéndez (2008) sobre los saberes populares relacionados con la prevención:

“La mayoría de los criterios y acciones preventivos generados por los grupos sociales son socioculturales, y el punto central para nosotros no radica tanto en considerarlos comportamientos erróneos o correctos, sino en asumir que los grupos producen y utilizan representaciones y prácticas sociales de prevención más allá de que éstas sean equivocadas o no. El desarrollo de criterios de prevención respecto de los hechos, factores y/o actores que amenazan real o imaginariamente a un grupo constituye un proceso estructural en el devenir de la vida de los grupos y sujetos sociales.” (Menéndez, 2008: 34-35)

“Por supuesto que estos señalamientos no niegan que una parte de los criterios y acciones preventivos utilizados por los grupos pueden tener consecuencias negativas. Pero ello no reduce la importancia de lo que estamos señalando, que es en primer lugar reconocer que todo grupo –y subrayo todo grupo– genera y usa saberes preventivos respecto de los procesos que vive real o imaginariamente como amenazantes, y que por lo tanto ello significa que ya existe una disposición positiva hacia la prevención. Y segundo, tratar de identificar cuáles son los

mecanismos que operan en estos saberes preventivos para utilizarlos en la formulación y aplicación de las propuestas salubristas.” (Menéndez, 2008: 38)

Y se obvia, también, o se descuida el estudio de fenómenos complejos, imbricados en la estructura social y cultural de las sociedades, como la violencia, el racismo o, más aún, algo tan palpable y cotidiano como el sufrimiento humano.

“No contamos con estudios sobre toda una serie de procesos de s/e/a [procesos salud / enfermedad / atención], pero además no se realizan investigaciones sobre problemas de los que reiteradamente se habla. Desde por lo menos la década de los setenta, se ha señalado que los estudios epidemiológicos no documentan ni analizan información sobre enfermedad en términos de sufrimiento humano, ni incorporan el sentido y significado que los sujetos y grupos –incluido el personal de salud– dan a los sufrimientos.” (Menéndez, 2008: 12)

Profundizaré en el análisis de los factores culturales y su relación con la salud en el Capítulo 3.

2.2.3. Un apunte sobre técnicas y procedimientos

Una de las técnicas más utilizadas en las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud en Epidemiología es la encuesta, en nuestro medio, bien a partir de las Encuestas Nacionales de Salud o de las de distintas Comunidades Autónomas y ciudades, bien de ámbito más limitado, para estudios en áreas concretas.

Entre las ventajas de la encuesta como técnica suelen señalarse la posibilidad de llegar a volúmenes grandes de población, la selección aleatoria, la comparabilidad y, en algunos casos, la sencillez del diseño, la facilidad para la puesta en práctica y para el análisis de los datos.

Sin embargo, la encuesta pocas veces parece la técnica de investigación más adecuada para los grupos de población que nos ocupan, especialmente cuando se utiliza como técnica única, y esto por varios motivos. En primer lugar, porque las encuestas de salud de ámbito amplio presentan limitaciones para recoger de la manera más adecuada a estas poblaciones diana. En realidad, habitualmente ni siquiera abarcan a la totalidad de la población ya que suelen eliminar, de manera deliberada, a las personas institucionalizadas (ancianos que viven en algunos tipos de residencias, enfermos hospitalizados, presos, residentes en albergues u otras 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 registrada, no están empadronados, raramente colaboran...). En el caso de las personas inmigrantes, a estos hechos se añade el que se trata de un sector de la población pequeño en relación con la mayoritaria, de tal manera que, dada su enorme heterogeneidad interna, la representación en una muestra que pretenda estudiar a la sociedad en su conjunto, aun cuando fuera ponderada desde el punto de vista estadístico, podría ser insuficiente para extraer conclusiones adecuadamente contextualizadas y responsables. Y si a esto se le añade la situación de marginalidad y/o de ocultación en la que vive una parte de estas personas las limitaciones aumentan aún más.

El segundo de los motivos apunta al modo en que se realiza el abordaje inicial y la solicitud de colaboración (el consentimiento) por parte del encuestado. Es muy habitual que no exista una relación previa y el contacto se lleve a cabo a pie de calle, por

teléfono, en visita domiciliaria (incluso sin concertarla previamente) o, también, en el momento de la asistencia sanitaria.

“Eligible subjects were approached in the streets, or at the door of their homes or at the entrance of common meeting places.” (Torres, Sanz, 2000: 478)

“Los participantes fueron reclutados en organizaciones que trabajan con inmigrantes, mediante anuncios, en comercios y locutorios, y directamente en la vía pública en barrios con elevada presencia de personas inmigrantes. Se utilizó también la técnica de bola de nieve (preguntar a los participantes por otros contactos posibles) para ampliar la muestra (Patton, 1990).” (Porthé et al., 2009: 108-109)⁴⁷

En el mejor de los casos, se realiza una presentación de los objetivos de la investigación que casi siempre es breve y a menudo obvia datos fundamentales como la financiación del estudio, el uso (concreto) que se hará de los datos, las medidas (reales) de confidencialidad que se tomarán, etc. Y se solicita el consentimiento del sujeto: a menudo, sobre todo en estudios de ámbito restringido, verbal; cada vez más, por escrito, aunque no siempre se deje suficiente tiempo para leer el formulario de consentimiento informado, que suele, además, recoger información limitada. En cualquier caso, el tipo de contacto es habitualmente breve, superficial, no permite al encuestado realizar preguntas (más allá de algunas básicas), discutir contenidos, aportar opiniones... ni, sobre todo, la elaboración de una relación de confianza. Todo esto se sustituye, en la práctica, por un consentimiento verbal o por escrito que no cubre más que aspectos legales (aunque no es poco) y algunas, superficiales, dudas éticas. Como ya mencioné en párrafos anteriores, el interés por la investigación, por la salud y la calidad de la asistencia a las poblaciones, la condición de profesional sanitario o investigador, la buena voluntad... no son condiciones suficientes, no dan derecho a obviar o soslayar los derechos y la autonomía de las personas. Cuando se actúa así, se desvirtúa y se pone en cuestión la investigación que se realiza⁴⁸.

El tercero de los motivos, se refiere al desarrollo de la encuesta. Sabemos ya que las preguntas que se realizan en las encuestas de ámbito amplio (estatales, de Comunidades Autónomas o ciudades) no siempre son capaces de identificar a determinadas poblaciones (por ejemplo, para el caso de poblaciones inmigrantes, normalmente, se pregunta el lugar de nacimiento y/o la nacionalidad). Tampoco suele existir –salvo excepciones, obviamente– un diseño orientado a conocer las opiniones, necesidades o dificultades de acceso específicas de estas personas (no siempre, como es lógico, es esta la función de las encuestas). Pero además, lo más habitual es que el contacto entre el encuestador y el encuestado sea único, puntual, en el momento de realizarla, lo que limita claramente la confiabilidad de parte de los datos obtenidos, en especial los que requieren confianza para ser revelados. Y todo ello es aún más serio si no existe, como también sucede a menudo, un conocimiento profundo por parte del encuestador, de quien diseña la encuesta y de quien, después, analiza los datos respecto a la realidad concreta sobre la que se pregunta (contenidos socioeconómicos y culturales básicos, características del proceso migratorio –si procede–, pautas respecto a la salud, etc.) y mucho menos aún sobre los patrones sociales y culturales que marcan la corrección de

⁴⁷ Resulta especialmente llamativo que tanto este texto como el de la cita anterior se refieren a trabajos en los que la población objeto de interés son inmigrantes en situación irregular en cuanto a la estancia en el país.

⁴⁸ La situación no es, con frecuencia, mucho mejor en el caso de otras disciplinas ni con otras técnicas, como veremos con más detenimiento en el apartado dedicado a la investigación en Antropología.

las relaciones interpersonales 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 a menudo se indaga sobre datos delicados (regularización, ingresos, enfermedades...) que es probable que la persona decida ocultar o falsear, en mayor o menor medida y 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 ser el único representante de la sociedad mayoritaria al que se puede desafiar, por intentar agradar al investigador diciéndole aquello que se piensa que quiere escuchar, 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, entre otras muchas explicaciones posibles. Sea por el motivo que sea, tanto las circunstancias en las que se suelen encontrar entrevistador y entrevistado como el modo en el que a veces se hace el abordaje o las preguntas concretas dificultan que se obtengan datos fiables y ricos.

“There are a number of possible study limitations. First, the use of unvalidated self-declared data means that we cannot forget that some responses could be socially conditioned. Second, another possible limitation of the NHS is that the validity of the questions used to classify subjects according to the health-status variables has not been evaluated. Third, the immigrant population included in the National Health Survey may have been living in Spain for longer. Lastly, the initial response rate to the 2003 NHS was 67%; therefore, the existence of possible non-response bias must be considered. According to the National Statistics Institute (INE), the initial non-response rate was slightly higher among males, non-Spanish subjects, and those in the 40–65 age group (INE, 2003).” (Carrasco-Garrido et al., 2007: 506)⁴⁹

En la práctica, si no hay un conocimiento etnográfico profundo previo de las poblaciones con las que se trabaja se corre el riesgo de no saber qué se pregunta. Retomaré estas cuestiones en el Capítulo 3, pero merece la pena apuntar ya aquí que la formulación de las preguntas, en cualquier técnica, tiene que ser adecuada, desde el punto de vista no sólo idiomático sino cultural, para la población concreta con la que se está trabajando. Y esto hace que difícilmente las preguntas puedan ser estándar, las mismas y formuladas de la misma manera para las distintas poblaciones y sectores de ellas. En la inmensa mayoría de las encuestas de ámbito amplio no hay una adaptación cultural –a menudo, ni siquiera idiomática– que facilite la comprensión, de manera que, al no haber la mayoría de las veces tampoco 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. No siempre, por poner un ejemplo simple, será adecuado preguntar, simplemente, ¿cuántos hijos tienes? o ¿les das verdura?⁵⁰ porque lo que se entiende por verdura o por hijo está sujeto a variaciones en función del contexto social y cultural y el encuestador y el encuestado pueden, o no, manejar los mismos códigos, los mismos significados. Y esto hace que sea necesario saber qué se entiende por hijo o por verdura para formular, en cada caso, la pregunta concreta, aquella que permite al investigador obtener la información que realmente le interesa.

⁴⁹ El estudio utiliza datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, mediante entrevistas domiciliarias, y que es la primera a nivel estatal que incluye población inmigrante.

⁵⁰ Se trata de situaciones reales, referidas por personal sanitario y observadas en el trabajo de campo.

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 es habitualmente subjetiva, por lo que, aunque alguien 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. Aun cuando se haga la traducción, pocas veces se realizan controles de calidad de la misma, bien encargándolo a varios profesionales bien mediante la técnica de traducción directa-inversa. Además, esta traducción suele entenderse de un modo limitado, como el cambio de la información de un idioma a otro 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.

“Sin embargo, si desconozco un fenómeno, no puedo medirlo. Para poder medir debo conocer aquello que deseo medir. Para conocer un fenómeno ignorado debo plantear preguntas del tipo *¿qué?* o *¿por qué?*. Para responder a estas preguntas la metodología adecuada es la cualitativa (Conde y Pérez Andrés, 1995). Por otra parte, al basarnos en la estadística, significa que deberemos reducir la información a cuestionarios, bases de datos, tablas y gráficos, con lo cual el exceso de información existente en los agentes del fenómeno, en las personas, se perderá. Se excluye todo lo no mensurable. En un cuestionario solo se responde a lo que se pregunta, y se responde teniendo en cuenta las respuestas planteadas por el investigador. Como decíamos, si el investigador desconoce, no puede preguntar.” (Guix, 2013: 70, las cursivas son suyas)

Muchas veces, suele argumentarse para rebatir lo anterior que los profesionales sanitarios de asistencia directa sí conocen bien a las personas a las que atienden y que es precisamente de ese conocimiento del que parte el interés por investigar. Sobre esto, y además de lo dicho ya en párrafos anteriores sobre las dudas éticas que plantea la investigación en estas situaciones, cabe hacer una consideración: el esfuerzo de muchos profesionales de la salud –especialmente en el área de Medicina Familiar y Comunitaria– por conocer las necesidades y demandas de sus pacientes es sin duda alguna muy notable, más aún si tenemos presentes las condiciones de precariedad en las que a menudo se realiza la asistencia; ahora bien, el contacto más o menos continuado –muy diferente en función de cada perfil de paciente– en el contexto de una consulta o de una relación terapéutica, la empatía, el interés genuino por su forma de vida y su situación vital no se traduce, necesariamente, en *conocimiento* o al menos en el tipo de conocimiento que se requiere para aplicar con garantías técnicas como la encuesta o la entrevista. Dicho de otra manera, tener muchos años de experiencia en la atención directa a pacientes, por ejemplo, de etnia gitana en el contexto de una consulta de primaria, no significa, ni mucho menos, que se hayan podido llegar a conocer adecuadamente sus representaciones en torno a la salud y la enfermedad, buena parte de sus características socioeconómicas y, de la mano de todo ello, la lógica subyacente a sus comportamientos relacionados con la salud; cuestiones, todas, imprescindibles para que el abordaje en la investigación sea ético y metodológicamente correcto y para que las intervenciones o políticas resultantes cumplan realmente la finalidad de mejorar la asistencia y las condiciones de vida de los pacientes.

Y si el investigador no sabe lo que pregunta, difícilmente entenderá lo que se le responde, de manera que también encontrará dificultades para analizar correctamente los datos obtenidos. Ya lo he mencionado y profundizaré en ello en el siguiente apartado, pero merece la pena señalarlo también aquí: el análisis de los datos de una encuesta puede mostrar relaciones entre variables que pueden requerir una

interpretación que remita a otras variables, relaciones, niveles y contextos que, a su vez, pueden o no haber sido tenidos en cuenta en el diseño de la encuesta. Aun cuando se apliquen análisis estadísticos altamente sofisticados, si el conocimiento de las culturas y los procesos sociales no es el que debiera ser 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, algunos de éstos pueden ser mayores y más absurdos cuanto menor sea el conocimiento previo 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, recursos ambos, desgraciadamente, no siempre disponibles en las investigaciones.

En consecuencia, la confiabilidad de los datos y la adecuación de las hipótesis que se construyen a partir de ellos se ve seriamente limitada en los estudios que tienen la encuesta como técnica principal, especialmente cuando se aplica como he venido diciendo.

Ahora bien, lo dicho hasta el momento, no pretende en absoluto negar valor a los datos obtenidos a partir de encuestas o registros médicos, enormemente necesarios. El problema surge cuando se desconocen o no se tienen en cuenta los límites de cada técnica para cada grupo de población y para cada situación en concreto. No se trata, insisto, de negarles utilidad científica sino de saber en qué aspectos está esta utilidad, en conocer las limitaciones y tratar de reducir al máximo los problemas metodológicos.

Respecto a otro tipo de procedimiento, el análisis documental de registros médicos, decir tan sólo dos cosas. Éstos no siempre son rigurosos o todo lo completos que la complejidad del tema requeriría – no es esta la función para la que se elaboran– y, sobre todo, destaca su limitada accesibilidad para los investigadores especializados en estos temas pero no procedentes del área biomédica, 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. Un profesional de las Ciencias Sociales, en tanto que tal, debe estar sujeto a las mismas normas éticas en el curso de una investigación en la que se manejan datos que deben ser confidenciales que cualquier profesional de la biomedicina. Y sería deseable que todos ellos fueran conscientes del alcance del tipo de datos que están manejando y de sus implicaciones para la vida de las personas, para lo que deberían tener los conocimientos (sobre ventajas y limitaciones de los métodos y las técnicas y sobre el uso de los datos) y buscar los apoyos necesarios.

“No existen técnicas ‘buenas’ ni ‘malas’ ni más o menos ‘etnográficas’ por sí mismas. Cada técnica es un instrumento y como tal sólo es útil para tratar ciertos problemas y es aplicable sólo en ciertas condiciones. Las técnicas no son autónomas ni autosuficientes y su elección concreta y la articulación de unas y otras en esta segunda etapa depende de decisiones de diseño y éstas sólo pueden tomarse a partir del conocimiento del contexto y del marco teórico-etnográfico y metodológico construido. Especialmente, la aplicación de ciertas técnicas para la recogida de datos –como puede ser el caso de las entrevistas pautadas y las encuestas– supone el conocimiento previo del medio cultural y social que se va a investigar: para saber *qué* preguntar, *cómo* preguntar, *dónde* preguntar, a *quién* preguntar, *qué* puede esperarse que tenga sentido

preguntar y responder en cada situación. De la misma forma, la aplicación de ciertas técnicas de análisis de los datos –como por ejemplo las estadísticas– sólo puede cumplir su cometido si se conoce profundamente a los estudiados, los contextos y situaciones y si se comprende profundamente los significados de las propuestas hipotéticas y de los conceptos, las categorías y relaciones que están implicados en ellas.” (San Román, 2009: 246, las cursivas son suyas)

2.2.4. Enfoque metodológico: positivismo y biologismo

Como hemos ido viendo ya, la Epidemiología ha estado y continua estando, de manera mayoritaria, dominada por el paradigma positivista, el cual define la madurez y rigurosidad de la investigación científica en función del grado de objetividad que alcanza, entendiendo esta objetividad en términos de cuantificación y de la posibilidad de establecer una distancia entre el objeto de investigación, la realidad en la que se incluye y el propio investigador. La búsqueda de esta objetividad se convierte así en bandera, en medida de científicidad y en criterio de comparación con otras ciencias⁵¹.

“Desde finales del siglo XIX, pero especialmente a partir de la segunda mitad del XX y hasta la fecha, el núcleo duro de la metodología científica dominante se encuentra en la cuantificación. Se considera que una expresión científica es más madura cuanto mayor sea el grado de cuantificación que logre. La racionalidad subyacente es que al cuantificar se logra la objetividad: anhelo epistemológico que se convierte no solo en una meta a alcanzar, sino en centinela de toda la estrategia metodológica, en cuya entraña se encuentran aspectos ontológicos y epistemológicos, es decir, cómo los y las investigadoras ven el mundo y se relacionan con el *objeto de estudio*. El supuesto ontológico profundo de esta científicidad es que existe una realidad independiente de los individuos, cognoscible mediante procedimientos objetivos, simbolizados en la cuantificación.” (Salas, Torre, Pérez, 2010: 349, las cursivas son suyas)

Se soslaya, a menudo, que la ciencia es un producto humano y, como tal, está sujeto a los condicionantes de cada momento histórico y cada contexto social y cultural.

“La ciencia, sin embargo, es un producto humano que piensa la realidad y las posibilidades de conocerla, y solo puede comprenderse plenamente su racionalidad en el seno del contexto sociocultural en el cual se presenta (Arribalaga, 2000, p. 75). Se instituye en soporte de legitimación del saber dominante, el cual constituye –entonces– un saber cultural, como lo han sido todos los saberes a lo largo de la historia de la humanidad, montándose sobre patrones culturales. En tanto producto histórico, el saber científico dominante no conforma el punto de llegada de una única y larga línea evolutiva, mientras que todos los demás saberes parecieran estar detenidos en estadios previos (Sepelli, 2000, p. 39).” (Salas, Torre, Pérez, 2010: 350)

Se confunde, también, la rigurosidad metodológica, igualmente posible con otros enfoques, con un tipo de análisis basado en la (supuesta) asepsia estadística pero que acaba ofreciendo una visión reduccionista, estática y no contextual de los fenómenos humanos. Profundicemos un poco más en estas cuestiones.

Comenzaré diciendo, de manera absolutamente explícita, que la estadística constituye un instrumento enormemente valioso para la investigación en salud y que se ha sido utilizada por la Epidemiología de manera brillante, siendo capaz a lo largo de los años de emplear modelos cada vez más sofisticados. El problema surge no con el instrumento sino en su aplicación y, sobre todo, con la reducción del método epidemiológico

⁵¹ El lector puede encontrar un resumen de las bases del paradigma positivista en Hammersley, Atkinson, 2008: 17-18.

exclusivamente (o casi) a los procedimientos estadísticos dejando de lado la reflexión epistemológica. En otras palabras:

“A pesar de esto, se reconoce que la epidemiología ha tenido importantes desarrollos a lo largo del siglo XX, que representan importantes aportes para la salud pública. La aplicación de la estadística es una valiosa herramienta para estudiar la frecuencia y distribución de los fenómenos sanitarios y esto ha tenido repercusiones relevantes en campos como la vigilancia epidemiológica, la identificación de factores de riesgo y la evaluación de intervenciones y políticas de salud. Sin embargo, tanto el predominio del biologicismo como también el marco positivista y cuantitativo de la epidemiología convencional, han tenido como consecuencia la reducción de la disciplina a la medición de variables y a la construcción de indicadores, en un marco teórico y metodológico que deja fuera del análisis procesos que son muy importantes para la cabal comprensión de los problemas de salud.” (Haro, 2010: 14)

Sin negar, entonces, la utilidad de las herramientas estadísticas sí es necesario llamar la atención sobre que el incremento de la complejidad de los modelos que se basan en ellas parece haber ido en paralelo a la disminución de los esfuerzos porque el marco teórico subyacente sea igualmente sólido, reduciendo así el conocimiento epidemiológico a la medición (matemática, estadística) de los fenómenos:

“La revisión de las investigaciones epidemiológicas, especialmente las relacionadas con ciertos padecimientos, ha conducido a generar desde la década de 1960 críticas recurrentes respecto de que lo básico –y a menudo lo único– que aportan la mayoría de los estudios epidemiológicos son mediciones, pero mediciones que no permiten comprender muchos de los procesos que miden, dado que tienden a desconocer la complejidad del campo social donde operan dichos procesos de s/e/a [procesos salud / enfermedad / atención] (Bibeau y Corin 1994). Esto, por supuesto, no niega los aportes epidemiológicos, sino que señala sus limitaciones.” (Menéndez, 2008: 28-29)

“Lo que se cuestiona del llamado enfoque de riesgo es su excesiva proclividad al empleo de procedimientos estadísticos, en ocasiones artificiosos, que no se ajustan al constructo teórico que realmente subyace al fenómeno investigado, y que el objetivo primordial de la mayoría de su producción científica sea la demostración de asociaciones con significancia estadística (Silva Aycager 2005, 309). Esto ha sido en buena medida provocado por requerimientos de organismos reguladores y revistas que publican resultados de investigación. Así, el uso de la estadística se ha reducido a la división de resultados en significativos y no significativos, con la consecuente búsqueda de valores de $p < .05$ para poder rechazar hipótesis nulas que frecuentemente tienen poca plausibilidad biológica. Se señala, por ejemplo, que se han encontrado cerca de 300 factores asociados a la cardiopatía isquémica, pero sólo unos pocos de ellos incrementan en realidad el riesgo de la enfermedad (Sterne y Smith 2001, 226). Además, una proporción considerable de las principales asociaciones epidemiológicas (tabaquismo y cáncer pulmonar, asbestos y cáncer pulmonar, dieta y enfermedad cardiovascular) ocurrió entre las décadas de 1950 y 1980, pero el enfoque epidemiológico convencional no ha sido capaz de examinar los efectos de la globalización económica, los ajustes políticos estructurales, el cambio climático o la revolución informática (Pearce 2007, 713).” (Álvarez, 2008: 58)

La enorme y creciente complejidad de los modelos estadísticos proporciona a muchos epidemiólogos la sensación de que estas herramientas son por sí mismas capaces de aprehender la complejidad de la realidad. Algo que ocurre incluso entre algunos autores que aun reconociendo, aunque sea tenuemente, sus limitaciones continúan con dificultades para desprenderse de los tics positivistas:

“La búsqueda de la *brillantez metodológica* deja insatisfecho a quien está permanentemente en contacto con el campo, que es del dominio de la complejidad. Los problemas del campo de la salud pública, como problemas sociales que son, tienen difícil solución desde el abordaje profesional individual y desde el método positivista-estadístico. La realidad nunca se ajusta a los modelos, siempre faltan datos o dudamos de su calidad, *muchas veces se saben perfectamente las cosas, pero parece que los datos no son suficientes o solventes*. Siempre hay algo que se

escapa (alguna variable forzada, alguna conclusión cogida por los pelos, *algo que no acaba de ser verdad del todo*). Además, se está abocado a la frustración de no tener la satisfacción de la resolución inmediata de los problemas, ni el reconocimiento social que ello genera, como ocurre en la práctica clínica, con la que están en contacto tan directo los epidemiólogos de campo. Por otra parte, los epidemiólogos sociales estarán permanentemente abocados a la frustración inherente a la dificultad de influir en las políticas públicas [Consejería de Sanidad y Consumo, 2006].” (Segura del Pozo, 2006: 156, las cursivas son mías)

A pesar de la elaboración de complejos modelos causales, el positivismo y el determinismo biológico que continua impregnando la Epidemiología, incluso la Epidemiología social, le lleva a menudo a entender la causalidad en términos de cadenas de eventos pero, al reducir la realidad a variables cuantificables, desgajadas de los procesos sociales en los que adquieren significado, no alcanza a comprender la complejidad de los fenómenos, las relaciones entre ellos y los múltiples niveles a los que estas se producen. En otras palabras:

“A su vez el trabajo epidemiológico también ha recibido fuertes y reiteradas críticas, de las cuales solo recordaré algunas. En primer lugar los antropólogos sostienen que las técnicas estadísticas, como la encuesta, tienden a aislar a los sujetos que entrevistan en lugar de describirlos en términos de sus relaciones sociales, y que además no incluyen los contextos a partir de los cuales estos sujetos desarrollan sus vidas y sus significados. Más aún, las técnicas estadísticas eliminan los significados personales que los entrevistados tienen respecto de los datos que los encuestadores les solicitan.” (Menéndez, 2010: 53)

“¿En qué se basan las propuestas de construir paradigmas alternativos a la epidemiología convencional? Para algunas visiones, la crisis actual de la epidemiología moderna parte de la obsolescencia de sus constructos teóricos básicos (la noción de entorno, agente, causalidad, historia natural de las enfermedades) y de su marco epistémico; consideran que la disciplina no ha sido capaz de actualizar y sintetizar los hallazgos sobre la salud poblacional desarrollados desde otras áreas de conocimiento y acción en el tema, y que su concepto del ser humano resulta todavía subsidiario de enfoques procedentes de la biomedicina. Estos se caracterizan por un biologicismo de carácter ahistórico, no relacional ni sociocultural, y por poner el énfasis en la eficacia pragmática a costa de la simbólica, de pretensiones universales a pesar de su individualismo clínico, de énfasis curativo y de intencionalidad instrumental frente a la naturaleza (Menéndez, 2003). Estas características, aplicables al modelo de atención predominante en las sociedades modernas, las encontramos así mismo en la teoría y práctica epidemiológicas convencionales: porque se privilegian enfoques reduccionistas y no contextuales de la salud-enfermedad, tal y como sucede con la noción aún vigente de causalidad, referida a la etiología de las enfermedades. Donde aún están patentes la unicidad y unidireccionalidad en la relación entre causas y efectos, y aunque la multicausalidad y multidireccionalidad han sido postuladas como elementos teóricos subyacentes en diversos enfoques epidemiológicos, todavía no termina de desentrañarse su aplicación práctica (Ayres, 2005).” (Haro, 2013: 26)

Podría argumentarse, para rebatir lo anterior, que profundizar en las causas y en los procesos no suele ser el objetivo de estos estudios, especialmente los de corte más macro, pero cabría, entonces añadir tres reflexiones. La primera, que esto es algo que pocas veces se explicita.

“La falta de explicaciones para los hallazgos es otra característica de la mayoría de las investigaciones realizadas hasta ahora sobre el tema. Es posible que la variación en los hallazgos limite el planteamiento de comentarios que los hagan más comprensibles. La sugerencia de una explicación para el patrón observado en el uso de un determinado tipo de servicio sanitario puede ponerse en tela de juicio cuando, según la explicación propuesta, el patrón en la utilización de otro servicio sanitario debería ser similar, pero los hechos señalan que es diferente. No es extraño, por tanto, que los autores de esas investigaciones eviten cualquier tipo de comentario para justificar sus hallazgos.” (Regidor, et al. 2009: 10)

“El consenso en torno a muchos de los factores mencionados como posibles determinantes del patrón de utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante no está apoyado por los hechos⁵². Por ello, los investigadores deberían diseñar estudios que contrasten si esos determinantes realmente tienen alguna influencia.

Así mismo, los investigadores que lleven a cabo estudios sobre este asunto deberían proponer y arriesgarse con otras hipótesis diferentes a las del consenso. (...)” (Regidor, et al., 2009: 11)

La segunda, que al eludir la comprensión de los procesos sociales que se encuentran detrás de las conductas relacionadas con la salud de las personas se corre el riesgo de interpretar éstas como meras elecciones individuales, colocando la responsabilidad exclusivamente en el individuo, aisladamente del entorno social, político, cultural y económico en el que vive y en el que toma sus decisiones. Menéndez (1998) lo plantea en estos términos:

“(…) ¿Por qué fumar y comer grasas animales son riesgos de estilo de vida, y no lo es beber agua no potable o no comer a grados de desnutrición crónica? ¿Por qué caminar o correr por los parques constituye parte de un estilo de vida y no el trabajo campesino o el de los albañiles? Todos estos comportamientos son partes de estilos de vida; lo diferente es que en algunos casos las posibilidades personales y del grupo social de pertenencia pueden favorecer la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos/ grupos les es mucho más difícil debido a condiciones estructurales de orden económico y también cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección.” (Menéndez, 1998: 50)

“Colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de su enfermedad constituye una variante de la "culpabilización de la víctima" (Ryan, 1976), que no sólo coloca la responsabilidad de la desnutrición exclusivamente en el desnutrido, sino que correlativamente reduce la responsabilidad de las empresas productoras de enfermedades (MacKinlay, 1982). Si bien no debe circunscribirse el comportamiento del fumador a la existencia de las empresas productoras y comercializadoras de tabaco, tampoco puede excluirse a las mismas del análisis de los factores decisivos en el mantenimiento de dichos hábitos.

El riesgo colocado exclusivamente en el sujeto supone explícita o implícitamente que dicho sujeto es un ser ‘libre’, con capacidad y posibilidad de elegir si ‘fuma’ o ‘no fuma’. La cuestión aquí, supone definir qué es ser libre y observar quiénes pueden realmente elegir. En este momento en América Latina, ¿quién puede realmente ‘elegir’ trabajo?, cuando cada vez se producen menos empleos; cuando éstos se crean a partir de lo que se denomina ‘trabajo informal’; cuando, como en el caso de México, entran anualmente al mercado alrededor de 1.300.000 nuevas personas. Durante las décadas de los ochenta y noventa con el incremento permanente de la situación de pobreza y de extrema pobreza, ¿quién tiene posibilidad de ‘seleccionar’ determinados alimentos, si directamente se ha reducido la capacidad de compra de la mayoría de la población, y lo sustancial no es la capacidad de elegir, sino la posibilidad de comer?

Lo referido al trabajo y los alimentos puede ser pensado para el consumo de agua potable, de gas, de electricidad, de medicamentos o de servicios de salud. La elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan. En última instancia el concepto estilo de vida ha sido aplicado, en gran medida, para explicar la conducta de los sectores sociales que pueden comparativamente elegir, y que tienen una determinada cultura del riesgo.” (Menéndez, 1998: 56-57)

“Es en función de incluir los riesgos dentro de estilos de vida entendidos en términos holísticos, como se nos permitirá entender los comportamientos y los riesgos, y no el comportamiento específico en sí. Esta propuesta, por supuesto, reconoce que dentro de cada grupo, estrato o clase social existen variabilidades a nivel del sujeto/microgrupo. Éste puede o no abandonar el hábito tabáquico o puede o no resolver sus problemas de desnutrición en función de sus diferentes recursos y posibilidades materiales y simbólicos; pero no es éste el punto que estamos ahora desarrollando. No negamos la existencia de recursos particulares para enfrentar los problemas (*coping*), pero dicho reconocimiento debe incluirse en una dialéctica grupo/sujeto, para no recaer

⁵² Cabe preguntarse, entonces, de dónde proviene tal consenso...

en interpretaciones y/o soluciones exclusivamente psicologistas/individualistas o estructuralistas que limitan o directamente impiden soluciones de tipo salubrista en términos colectivos.” (Menéndez, 1998: 54, las cursivas son suyas)

Y, en tercer, lugar, aunque quizá desde un punto de vista teórico establecer las causas de los fenómenos no sea el objetivo, estos estudios, dado el impacto científico y divulgativo que tienen en ocasiones, lo relativamente sencillos que (a veces) son de realizar, y lo espectaculares y lineales que resultan (y se presentan) los datos y las relaciones entre los fenómenos, ofrecen la tentación, no siempre eludida por los profesionales implicados, de basar en ellos políticas de intervención. Pero si no se conocen los procesos, ni con seguridad las causas, estaríamos basando políticas o acciones en una lectura meramente inductiva de correlaciones que se suponen hipótesis causales sin contrastarlas escrupulosamente. Algo que 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.

“Las limitaciones de este estudio han hecho que muchas de las posibles explicaciones no pudieran ser contrastadas. Así, por ejemplo, los resultados obtenidos se han ajustado por la percepción subjetiva de la salud y por indicadores de posición socioeconómica. Si la validez de la percepción subjetiva del estado de salud fuera distinta en la población inmigrante que en la población española, el ajuste por percepción subjetiva de la salud en la estimación de los resultados no aseguraría el control efectivo de la necesidad de atención sanitaria. Así mismo, la ausencia de información acerca del tiempo de residencia en España ha impedido averiguar hasta qué punto esta circunstancia puede haber influido en el patrón de utilización de los servicios sanitarios. De igual manera, el tipo de cobertura sanitaria puede influir, sobre todo si un determinado grupo de inmigrantes tiene acceso a una doble cobertura. Finalmente, debido al escaso tamaño muestral se ha estudiado a hombres y mujeres de manera conjunta, pero puede ser que el patrón en la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante varíe según el sexo.” (Regidor et al., 2009: 10-11)

Por esto es importante preguntarse con qué garantías metodológicas se elaboran las hipótesis y, sobre todo, qué tipo de presupuestos culturales, sociales e ideológicos hay detrás de ellas.

“Hoy podemos constatar sin dificultad que ante los avances tecnológicos y sociales del siglo pasado, muchos de los cuales repercutieron directa e indirectamente en la salud pública, en el XXI nos enfrentamos a una polarización de circunstancias que no solamente distribuye aún más el riesgo de enfermar y de morir entre los colectivos humanos en forma altamente contrastante y diferenciada, sino que denota también que las inequidades intervienen en forma decisiva a través de un acceso injusto y desigual a determinadas condiciones laborales y ambientales y a la tecnología y a los cuidados que otorgan potencialmente los actuales servicios de salud. Frente a esta problemática, en epidemiología convencional se documenta una escasa teorización acerca de los problemas que estudia desde un punto de vista colectivo, tendiendo a adoptar los esquemas explicativos elaborados desde la biomedicina, con la cual comparte una postura reduccionista respecto a los esquemas causales de las enfermedades y una falta de actualización y reflexión en lo que respecta a los factores que son determinantes de la salud y la enfermedad en los colectivos humanos, todo lo cual consideramos que en buena medida viene marcado por la obsolescencia de su marco epistemológico, dependiente en buena medida aun del positivismo biomédico, para el cual solo lo medible y cuantificable puede caracterizarse como veraz y científico, sin advertir que esta perspectiva reduce la complejidad de los fenómenos en virtud de su homogeneización, como también tiende a asumir que conoce de antemano las categorías pertinentes para interrogar una realidad en aras de su operacionalización.” (Hersch, Haro: 2007: 1-2)

En realidad, tienden a elaborarse tan sólo cierto tipo de generalizaciones empíricas, las que la asociación de las variables sugiere de forma más o menos inmediata, pero pocas

veces se da el siguiente paso, ineludible desde el punto de vista metodológico: comprobar en qué circunstancias tal asociación es consistente y por qué, si las relaciones entre variables son resultado de su mutua dependencia de un factor común (conocido o no, explorado o no) o si existen otras razones (conocidas o no, exploradas o no) que podrían explicar la relación, algo que sólo puede surgir de un conocimiento sólido y adecuadamente contextualizado de la población que se estudia. Y, estos déficits de conocimiento junto al tipo de enfoque, en series históricas cortas, con selección aleatoria de las muestras y el uso de la encuesta (única) como técnica habitual, disminuyen drásticamente las posibilidades de realizar una adecuada contrastación de las hipótesis formuladas mediante la observación directa, a lo largo de periodos de tiempo razonables y por parte de profesionales con la formación y los medios pertinentes.

“(…) la crisis de la epidemiología podemos situarla en el agotamiento de su método privilegiado de análisis (la investigación de factores de riesgo mediante procedimientos estadísticos), debido a que cada vez es más difícil encontrar asociaciones de magnitud elevada; y por el efecto de sesgos o confusores en las asociaciones más débiles, lo cual impide el avance en el conocimiento etiológico de las enfermedades. En nuestra óptica esto se relaciona con insuficiencias teóricas y epistemológicas concomitantes al positivismo biomédico de la disciplina y a su reducción a factores explicativos biológicos y conductuales, en detrimento del papel de lo político, lo socioambiental y lo sociocultural, cuyo papel causal en las enfermedades transmisibles, y también crónico-degenerativas, adicciones, accidentes y violencias, entre otras, ha sido progresivamente evidenciado por diversos aportes de las ciencias sociales aplicadas a la salud; del mismo modo, por la dudosa aplicación de los hallazgos epidemiológicos a la salud pública, los cuales son derivados generalmente al ámbito de las conductas individuales.” (Haro, 2013: 23)

En la línea de la cita anterior, cabe volver a insistir en la manera en la que a menudo se construyen los indicadores y variables: sin disponer siempre un marco teórico fuerte que les dé significado, a veces aislados del sentido concreto que adquieren en cada contexto social y cultural y en cada momento, ajenos, en fin, a los procesos que pretenden medir. Las hipótesis causales o explicaciones de los fenómenos, cuando se intentan, suelen mostrar dos características genéricas. La primera, la tendencia a elaborar explicaciones globales para grandes sectores de la población, sin que a menudo se tenga en cuenta, como ya se ha dicho, las enormes diferencias internas que pueden presentar. La segunda, la tendencia a observar tan sólo una parte de la realidad, mucho más compleja y en la que intervienen actores y factores muy variados y procedentes de diferentes tiempos y contextos: así, tienden a aventurarse causas que se suponen derivadas del paciente (educación, nivel de ingresos...; y, en el caso de inmigrantes, irregularidad jurídica de la estancia, desconocimiento del idioma...), menos veces del sistema sanitario, raramente de los profesionales de la salud y, casi nunca, de los gestores del sistema.

“Diversos autores sostienen que las variables sociales y culturales que utiliza la epidemiología, como pueden ser estratificación social, pobreza o pertenencia étnica, se aplican sin establecer lo que significan estratificación social, pobreza y pertenencia étnica en términos teóricos, o por lo menos de procesos sociales empíricos. Estas y otras categorías como edad, rural/urbano, sexo o género son producto de procesos sociales; son parte de las representaciones sociales colectivas e inclusive de las luchas sociales que se han dado entre diferentes sectores sociales, como justamente es el caso de las categorías sexo/género. De esta manera, aparecen como categorías científicas y universales, cuando son resultado de procesos sociales, y por supuesto técnico-científicos, que organizan ciertos tipos de realidad, que la mayoría de los epidemiólogos no cuestionan ni analizan en sus consecuencias metodológicas. Más aún las estadísticas vitales, por ejemplo, se presentan al investigador como realidad objetiva, cuando las mismas constituyen construcciones metodológicas e ideológicas de la realidad (Lenoir 1993).” (Menéndez, 2008: 25-26)

Como conclusión a lo dicho hasta el momento, puede decirse que los estudios diseñados de acuerdo al patrón más habitual de desigualdades sociales en salud de corte epidemiológico, aun cuando, como ya he señalado reiteradamente, tienen una clara utilidad y pueden tomarse como una base enormemente valiosa para proponer hipótesis tentativas, presentarían limitaciones, por sí mismos, para describir y dar explicaciones a la situación real de salud de una determinada población. Y esto parece ser especialmente así para aquellos colectivos más pequeños o en los que concurren circunstancias especiales que los diferencian del resto de la población.

2.2.5. Consideraciones en torno al uso de la metodología y técnicas cualitativas

2.2.5.1. Breve aproximación a las bases de la metodología cualitativa⁵³

Teniendo en cuenta que autores pertenecientes a diferentes disciplinas difieren en sus perspectivas, a veces sustancialmente, tratar de ofrecer un resumen de las características generales de la investigación cualitativa resulta especialmente complejo⁵⁴.

De manera genérica, podemos decir que la investigación cualitativa se caracteriza por ser abductiva y por buscar una comprensión holista y contextualizada de los fenómenos mediante diseños flexibles, enfatizando la fiabilidad de los datos. Es abductiva, en la medida en que los investigadores cualitativos no recogen datos para evaluar modelos o hipótesis preconcebidas sino que elaboran sus conceptos y teorías partiendo de hipótesis provisionales construidas a partir de los datos recogidos. Es holista, porque aunque el investigador es consciente de que no puede observarlo todo, sí considera la realidad como un todo y trata de atender al conjunto de hechos que la conforman sin reducirlos a variables aisladas o a meras asociaciones estadísticas, atendiendo en todo momento a la dimensión humana, compleja, rica y cambiante de la vida social.

El investigador cualitativo trata, así, de alcanzar no *la verdad* sino una comprensión contextualizada de los fenómenos: busca todos los aspectos que le son accesibles de la realidad de las personas, en el entorno que les es propio y que les da sentido, atendiendo a las diversas perspectivas de los diferentes individuos y entendiendo que, aunque cada escenario y cada sujeto participarán de alguna manera en procesos generales de tipo social, cada uno de ellos ofrecerá información más rica y adecuada de unos procesos que de otros. Al mismo tiempo, el investigador cualitativo es consciente de que su mera presencia tiene efectos en el entorno que investiga y en las personas con las que se relaciona. Debe ser consciente de estos efectos, tratar de comprender a qué se deben, cómo influyen en los datos que obtiene e intentar minimizarlos, al tiempo que intenta dejar a un lado, en la medida de lo posible, sus propias preconcepciones, creencias y percepciones. Para ello es muy importante que establezca relaciones no intrusivas, respetuosas y lo más naturales posible, en el curso de estudios que siguen un diseño flexible que se construye paso a paso conforme se obtienen nuevos datos, se elaboran, contrastan y reformulan las hipótesis.

⁵³ Aunque el contenido de este apartado puede resultar obvio para el lector procedente de la Antropología u otras Ciencias Sociales, puede no ser así para quien proceda del sector biomédico, de manera que me parece relevante incluirlo, siquiera brevemente.

⁵⁴ El lector interesado encontrará información completa, entre otros, en: Alvira, 1983; Hammersley, Atkinson, 2008; Jociles, 1999; San Román, 2006, 2009; Taylor, Bogan, 1987, a quienes sigo para la elaboración de este apartado.

Los métodos cualitativos no han sido ni pueden ser tan estandarizados como otros enfoques de investigación pero son científicos en tanto que tratan de aproximarse a la variabilidad de la realidad sin presuponer erróneamente su estandarización ideada previamente y porque contrastan los resultados provisionales de cada paso de la investigación. De manera coherente, entonces, la investigación cualitativa enfatiza la fiabilidad de los datos: la observación directa de los fenómenos, la relación estrecha con los sujetos en su propio contexto, la atención a sus explicaciones y percepciones, llevadas a cabo de manera sistemática, profunda y rigurosa por un científico social con una mirada entrenada y sólidos conocimientos metodológicos y técnicos, permite obtener datos que no están pre-filtrados por conceptos, categorías o escalas pre-establecidos, sino que, a través de una contrastación y puesta a prueba continuas, permiten un adecuado ajuste a la realidad, en su contexto.

2.2.5.2. *Contexto de interés y criterios de utilización*

Las posibilidades de aplicación de la metodología cualitativa para la investigación en salud han sido, hasta hace poco, desconocidas o minusvaloradas, entendiéndose, a menudo, los profesionales de este ámbito que se trataba de estrategias que entraban en colisión con los parámetros dominantes en biomedicina y eran, por ello, de menor rigor científico.

“(…) Durante mucho tiempo, en el campo de la salud, se le ha dado más valor o énfasis a los datos cuantitativos, ya fueran procedentes de fuentes existentes (estadísticas, registros rutinarios) u obtenidos por investigaciones realizadas para este fin. Por su parte, la investigación cualitativa, con su enfoque teórico y técnicas, solía ser completamente desconocida o, como mucho, considerada de menor rigor científico, altamente subjetiva y, por tanto, con poco valor para su aplicación en campos como el que nos ocupa, el de la salud”. (Vázquez, 2006: 11)

Sin embargo, en las últimas décadas se observa un interés creciente, casi, en cierto sentido, una moda por las técnicas y, en menor medida, la metodología cualitativa. Menéndez (2001) explica las razones de este cambio de la siguiente manera:

“Por supuesto que existen otras razones además de las enumeradas, pero sintetizando podemos decir que las principales causas de la recuperación de las técnicas y en menor medida de las aproximaciones cualitativas en el caso del proceso s/e/a [proceso salud / enfermedad / atención] fueron: a) las limitaciones evidenciadas por las técnicas estadísticas para obtener información estratégica y confiable para describir, explicar y/o actuar sobre problemas graves y/o en incremento sobre todo en los países capitalistas centrales; b) la capacidad de las técnicas cualitativas para producir por lo menos parte de dicha información, análisis e implementación; c) la potencialidad de las técnicas cualitativas para ser utilizadas no sólo para la investigación, sino para la concientización, acción y participación grupal o comunitaria; y d) la existencia de sectores sociales que impulsaron estas técnicas y aproximaciones en función de sus propios objetivos/necesidades y más allá de las definiciones, exclusiones o dubitaciones desarrolladas por el sector salud y por el mundo académico biomédico en particular.” (Menéndez, 2001: 126)

En lo que se refiere a las dos primeras razones enumeradas, el surgimiento del interés hay que situarlo en un contexto en el que el modelo de investigación epidemiológica centrado, en sus orígenes, en el estudio de las enfermedades infectocontagiosas tuvo que hacer frente a un panorama en el que las consecuencias –biomédicas, sociales y económicas– de los trastornos crónicos y ciertos comportamientos relacionados con la salud adquirían cada vez mayor relevancia. Así:

“Estas nuevas orientaciones expresaban en los setenta no sólo la modificación en el perfil epidemiológico generada en los países centrales, así como determinadas prioridades de

salud/enfermedad/atención observadas en el Tercer Mundo y, o las limitaciones de las técnicas estadísticas para obtener determinado tipo de información, sino que también expresaba una crisis de eficacia del saber biomédico (Menéndez 1978, 1982). Esta crisis se evidenciaba a través de varios indicadores, pero sobre todo de dos aspectos contrastantes, el continuo incremento en el costo de la enfermedad especialmente en los países de alto desarrollo capitalista y particularmente en Estados Unidos, y la desaceleración en el decremento de las tasas de mortalidad en los países del Tercer Mundo y especialmente en América Latina. Dicha crisis condujo a la formulación de varias propuestas, especialmente las denominadas políticas de Atención Primaria de la Salud que por una parte propondrían y a veces impulsarían la prevención, la promoción, la educación y la participación en salud, y por otra desarrollarían un tipo de atención centrado no sólo en el médico familiar sino, donde fuera posible y/o necesario, en el uso de recursos comunitarios incluidos los curadores populares así como la formación de promotores de salud comunitaria.” (Menéndez, 2001: 124)

En este contexto, se hicieron más visibles las insuficiencias de las técnicas estadísticas y los enfoques metodológicos de corte positivista, de forma que se ha ido viendo la necesidad de emplear métodos y técnicas de investigación que fueran capaces de proporcionar una visión holista y contextualizada de los fenómenos que tienen impacto en la salud de los individuos, prestando atención, además, a su manera de entender estos fenómenos, a sus opiniones y percepciones. Para ello era necesario emplear estrategias que implicaran una comunicación amplia y directa con los sujetos.

“Uno de los principales factores que incidió en esta recuperación fue la modificación generada en el perfil epidemiológico de los países centrales y la medicalización de ciertos comportamientos en términos problemáticos y, o, peligrosos, así como las dificultades crecientes por parte de las ciencias de la salud para obtener información confiable y estratégica respecto de varios de esos problemas/padecimientos en particular de las adicciones, homicidios, suicidios, sida, así como de fenómenos de violencia intrafamiliar referidos especialmente al niño y a la mujer golpeados (Menéndez y Di Pardo 1998, Romaní 1999).

El cambio en el perfil epidemiológico se expresa en el paso a primer plano de las enfermedades crónico/degenerativas, varias de las cuales al igual que los padecimientos enumerados previamente aparecen estrechamente vinculados a determinados estilos de vida (Armstrong 1990, Conrad 1990, Gerhardt 1990). Éstos y otros tipos de procesos, referidos especialmente al Tercer Mundo como los programas de planificación familiar redefinidos y ampliados ulteriormente en términos de ‘salud reproductiva’, iban a impulsar la necesidad de desarrollar una ‘epidemiología de los comportamientos’ y, o una epidemiología de las representaciones, epidemiología hasta entonces casi inexistente, y que en parte comenzó a ser producida a través de la aplicación de aproximaciones cualitativas ([De] Almeida-Filho 2000).” (Menéndez, 2001: 123-124)

No obstante, el reconocimiento de estas dificultades de la investigación de índole más cuantitativa pocas veces es explícito e incluso se niega por parte de algunos investigadores:

“Para algunos autores las limitaciones de la aproximación estadística no fue un factor relevante en el desarrollo y uso actual de las técnicas cualitativas, dado que la mayoría de los estadísticos que trabajaban el proceso s/e/a [proceso salud / enfermedad / atención] no asumieron sus autolimitaciones, o las consideraron provisorias y no decisivas, y además no consideraron como una opción científica aceptable a las técnicas cualitativas.” (Menéndez, 2001: 126)⁵⁵

En lo que se refiere a las dos últimas razones enumeradas por Menéndez (2001), aunque tampoco son ajenas al cambio del modelo epidemiológico, se refieren al contexto histórico y socioeconómico en el que éste tiene lugar y a las acciones y políticas

⁵⁵ Esta cita corresponde a una nota al pie en el texto.

sanitarias que, a nivel nacional e internacional, y por parte de gobiernos o distintos tipos de entidades, se dispusieron para enfrentar la situación:

“El desarrollo de las aproximaciones cualitativas es correlativo del reconocimiento del papel de sujetos y grupos sociales en casi todos los pasos del proceso s/e/a [proceso salud / enfermedad / atención], de tal manera que el desarrollo de los grupos de autoayuda, el énfasis colocado en la creación o apoyo de redes sociales o grupos sostén, así como las estrategias tipo *coping* es decir basadas en los recursos de todo tipo que un sujeto o microgrupo tienen para enfrentar sus problemas, dieron lugar a la visualización del papel de estas prácticas de vida, algunas de las cuales fueron ulteriormente convertidas en técnicas. En última instancia, la aproximación cualitativa, y sobre todo ciertas técnicas, supone una suerte de apropiación académica de las técnicas de vida cotidiana desarrolladas previamente por los actores ulteriormente estudiados.” (Menéndez, 2001: 125, las cursivas son suyas)

“En consecuencia, me interesa subrayarlo, una parte sustantiva de la recuperación e impulso dado a las técnicas cualitativas surge de los intereses, objetivos y prácticas de grupos de la sociedad civil, que incluirá el desarrollo de organizaciones no gubernamentales a partir de su trabajo con los problemas de grupos específicos. Este proceso dará lugar a una dinámica según la cual instituciones preocupadas por aspectos puntuales de la vida cotidiana de las mujeres o de las condiciones de atención de determinados padecimientos propiciarán la investigación y sobre todo la investigación/acción sobre ciertos campos, sobre los cuales se han ido constituyendo grupos de interés que frecuentemente darán lugar al desarrollo de organizaciones no gubernamentales, y que tendrán como común denominador el uso de técnicas cualitativas, en forma tal que por lo menos algunas de las instituciones que más financian determinados campos como el de la salud reproductiva, exigen o por lo menos inducen al uso casi exclusivo no sólo de técnicas cualitativas sino de determinadas técnicas.” (Menéndez, 2001: 125-126)

Sin embargo, son varios los autores que señalan que este interés por lo cualitativo desde el ámbito biomédico no siempre va acompañado de la rigurosidad científica que sería deseable. Así, la incorporación, en principio conveniente y deseable, de técnicas cualitativas se estaría dando a menudo en el marco de proyectos que mantienen, aunque no sea declaradamente, un enfoque positivista. Es decir, se emplearían técnicas fundamentalmente cualitativas en el marco de proyectos cuya metodología no lo es:

“Un repaso de las publicaciones sanitarias sobre metodologías cualitativas pone en evidencia –y en este caso, por desgracia, no solo en nuestro país, a pesar de que aparecen indicios de cambio en la situación– una constante confusión entre técnicas y metodologías, además de un uso teóricamente incongruente de técnicas cualitativas en marcos teóricos y metodológicos que corresponden a diseños de investigación cuantitativa de matriz positivista. La abundante presencia en estas investigaciones de términos como «etnografía», «cultura», «identidad» o «género», por ejemplo, no quiere decir, en muchos casos, que se asuman las implicaciones teóricas que debería suponer el uso de estos conceptos.” (Romaní, 2013: 10)

Los diseños cualitativos, ya lo he dicho, son específicos y sus parámetros no se corresponden con los de la investigación cuantitativa. Suele tratarse de diseños emergentes, que se construyen a medida que avanza la investigación, surgen datos y se elaboran, contrastan y reformulan las hipótesis, pero que sean flexibles no significa, ni mucho menos, y como a veces parece entenderse desde algunos ámbitos, que sean improvisados o carentes de rigor.

“Dicha noción de flexibilidad suele referir además a presupuestos según los cuales las aproximaciones y técnicas cualitativas son más sencillas y fáciles de aplicar y de aprender, y sobre todo que son menos rigurosas que las estadísticas, confundiendo flexibilidad con una especie de espontaneidad permanente, según la cual no se necesita utilizar criterios de selección ni fundamentar el tipo y número de informantes con los cuales trabajar, ni establecer criterios de confiabilidad y calidad –que no de validez– de la información obtenida o a obtener. Como en

tantos otros aspectos se suele confundir frecuentemente la emergencia de información no esperada con la noción de que el trabajo antropológico es una especie de espontaneidad constante que no requiere planificación o si se prefiere 'diseño de investigación'." (Menéndez, 2001: 151)

El interés por lo cualitativo no siempre iría acompañado, tampoco, de la adecuada formación de los investigadores en lo referente a los conceptos que utilizan y a los marcos teóricos en los que se inscriben. A menudo, estos conceptos se adaptan, en la práctica y aunque no de manera explícita, a los parámetros que estos investigadores sí conocen, los de la investigación de índole cuantitativa positivista, de manera que acaban, como en ésta, reducidos a variables resignificadas en términos estadísticos, universales y arelacionales:

"(...) Al respecto debe asumirse que desde la década de los sesenta se ha reforzado un constante proceso de apropiación, resignificación y uso no sólo de las técnicas cualitativas sino también de conceptos socioantropológicos por parte de las ciencias de la salud y/o por profesionales formados en estas disciplinas (Menéndez 1999⁵⁶), que ha conducido además a un proceso de resignificación y/o de adecuación de las mismas por una parte de los propios científicos sociales en función de objetivos técnico/científicos, pero también en función de un mercado de trabajo (saberes) centrado en el proceso s/e/a, que ha impulsado el uso de las técnicas cualitativas por agencias financiadoras, organizaciones no gubernamentales y en menor medida por el sector salud." (Menéndez, 2001: 151-152)

"Nossa hipótese é de que, no caso da epidemiologia, na maioria das vezes, a inserção das teorias sociais se dá por meio da apropriação dos termos de forma ideológica ou de senso comum. Isso acontece não apenas no momento da redução de conceitos a variáveis, mas também na incorporação superficial e acrítica de marcos teóricos. Essas distorções teóricas são referidas por Pereira (2000), que constata a necessidade fundamental de a epidemiologia melhorar e tornar complexo o conhecimento sobre a interação do social com o biológico." (Minayo et al., 2003: 99)

Se trata de una visión en la que la investigación cualitativa no se entiende, en realidad y a menudo, más allá de la formación de grupos focales y, sobre todo, la realización de entrevistas sencillas de implementar, rápidas, más o menos amplias y de respuesta abierta, en sustitución o como complemento de las encuestas. Pero el modo en que se emplean estas técnicas llega a ser en no pocos casos científicamente pueril: sin tener en adecuadamente cuenta las condiciones de aplicación específicas para cada una de ellas, sus aplicaciones y limitaciones y no siempre de manera congruente con las preguntas de investigación ni con el marco teórico (cuando éste se indica) ni con el diseño de investigación que se emplea.

"Estas aproximaciones, que en principio se podrían valorar como algo positivo, desde las ciencias sociales que se han especializado en el ámbito de la salud y la enfermedad, como la antropología médica o la sociología de la salud, se ven en muchas ocasiones como ejercicios, cuando menos, contradictorios y carentes del rigor metodológico, teórico y epistemológico que las ciencias sociales han ido ganando en estos últimos años. En estos casos, parece que los profesionales mencionados se limiten a utilizar de manera descontextualizada un conjunto de herramientas o, según su lenguaje, una serie de técnicas como las entrevistas, los grupos de discusión o incluso la observación –muchas veces confundida con la etnografía–, sin unas bases teóricas suficientemente sólidas que les permitan ese ejercicio de distanciamiento que es condición indispensable para alcanzar la capacidad analítica de someter a crítica dicho uso y problematizar teóricamente los resultados de sus investigaciones." (Romaní, 2013: 7)

⁵⁶ El autor no explicita la referencia de este texto. En la bibliografía referida recojo una referencia de este mismo autor y este año a partir de una cita diferente.

Suelen entenderse, además, como un *complemento*, en el mejor de los casos, necesario, pero como un complemento al fin y al cabo de otros métodos y técnicas que se suponen más *científicos* y rigurosos. No siempre se tiene en cuenta, por tanto, que los métodos y técnicas cualitativos tienen capacidad suficiente para aprehender la realidad por sí mismos, independientemente de que puedan utilizarse o no en combinación con otros. Lo podemos ver en las siguientes citas:

“La investigación cualitativa (IC) ha dejado de ser desde hace ya tiempo una metodología casi exclusiva de disciplinas como la sociología, la psicología o la antropología, constatándose cada vez más su presencia en estudios relacionados con la salud, lo que se refleja en publicaciones, seminarios y congresos, considerados como exponentes típicos de la difusión científica en medicina y enfermería. En el ámbito concreto de la Salud Pública las razones a favor de la incorporación de la metodología cualitativa como *complemento necesario* de los métodos estadístico-epidemiológicos tradicionales, han sido argumentadas por diferentes autores durante la pasada década, tanto fuera como dentro de nuestro país [Conde, Pérez, 1995; Faltermaier, 1997; Baum, 1997] aun persistiendo, comparativamente, una menor tradición en nuestro caso respecto de otras áreas, como la anglosajona o la latinoamericana. De cara al futuro, y de forma resumida, cabría apuntar al menos tres factores que justificarían una esperable tendencia al crecimiento de la Investigación Cualitativa en Salud (ICS) en terrenos como la Salud Pública y la Investigación de Servicios de Salud.” (Calderón, 2002: 473-474, las cursivas son mías)

“En cualquier caso, el empleo exclusivo de metodología de investigación cuantitativa probablemente no sea suficiente para abordar la compleja situación social, económica, familiar y administrativa en que se encuentran muchos inmigrantes. Por ello, sería conveniente valorar la posibilidad de incluir algún tipo de técnica cualitativa *como apoyo* a este tipo de estudios, incluyendo creencias, valores y costumbres que configuran y determinan los patrones de comportamiento de los inmigrantes según su lugar de procedencia.” (Regidor et al., 2009: 11, las cursivas son mías)

En algunos casos, pese a la buena voluntad, se evidencia cierto desconocimiento de las bases de la investigación cualitativa, por ejemplo, en la confusión de métodos y técnicas:

“Immigrants were systematically approached for *interviews* irrespective of their nationality or sex. *Interviews* were conducted starting early in the morning and until late at night. *Field work* lasted for almost three months. Most often two or even three visits were required to each cluster to complete all the *interviews*. *Survey questionnaire* included sociodemographic information, health status and utilization of health services. Persons who reported having ever been ill in Spain were asked whether they sought medical care for their last episode of illness. Severity of the episode was assessed by a blinded external examiner on the basis of reporting. Administrative legal status was ascertained by one open question: ‘what is your current administrative status in Spain?’” (Torres, Sanz, 2000: 478, las cursivas son mías)

O, también, en la reducción de la investigación cualitativa al análisis del discurso de los sujetos (aunque, como veremos, esto no es ni mucho menos exclusivo de los profesionales de la biomedicina), olvidando que se trata de técnicas con capacidad para atender al conjunto de la vida social y cultural de pueblos⁵⁷ e individuos, donde los discursos son sólo una parte. Se ve en la cita siguiente:

“En la metodología cualitativa el elemento de estudio *no son los hechos sino los discursos*, y su herramienta no es la cuantificación sino el análisis y la interpretación del lenguaje.

⁵⁷ Por necesidades de simplificación, en este texto los términos comunidad, población y pueblo se utilizarán como sinónimos.

Los discursos que la metodología cualitativa analiza e interpreta en situaciones de investigación, surgen tras el diseño metodológico de las condiciones de producción de los mismos, ya sean entrevistas personales y/o reuniones de grupo.” (Conde, Pérez, 1995: 146, las cursivas son mías)

Se tiende, además, con cierta frecuencia, a minusvalorar la dificultad para acceder, al menos de manera confiable, a estos significados, de nuevo, otorgando a estas técnicas una sencillez en su implementación que están lejos de tener:

“En especial, los participantes en el Seminario⁵⁸ comentaron el uso superficial que actualmente se suele dar a los métodos y técnicas cualitativas, lo cual no ocurre solamente en epidemiología y salud pública sino también en ciencias sociales e incluso en antropología. Lo cualitativo se toma como una forma más fácil y barata a la que se recurre para subsanar la falta de habilidades estadísticas. Se han vuelto comunes los métodos etnográficos rápidos y la ‘etnografía de segunda mano’, en la cual el investigador envía a sus ayudantes a realizar observaciones, entrevistas, historias de vida y grupos focales. Atender estos aspectos es un asunto ético y de calidad profesional que debe abordarse en la formación de recursos humanos y en la práctica de la investigación, con particular atención a los requerimientos de los organismos financiadores.” (Haro, 2010: 22)

Lo hemos visto ya al hablar de la encuesta. Se necesita conocimiento, etnográfico y sobre métodos y técnicas, para abordar a los sujetos, para saber qué, cuándo y cómo preguntar y para entender y ser capaces de interpretar las respuestas. La calidad y la confiabilidad de los datos dependen de que el investigador sea capaz de garantizar relaciones estrechas, prolongadas y en profundidad que le permitan interpretar los datos que obtienen en el marco en el que adquieren sentido:

“En la convivencia prolongada con un grupo determinado, el dato no es impersonal como cuando se utiliza la técnica de encuesta, en donde no interesa el sujeto en sí, sino el dato que aporta. Los sujetos, en la información obtenida a través del método etnográfico, pasan a constituir el elemento central, no el dato abstraído de la realidad; de esta manera, los datos construidos a partir de la vida cotidiana en la que está inserto el etnógrafo son más ricos y complejos que aquellos que se han descontextualizado de sus marcos de origen. Los sujetos están inmersos en contextos complejos de relaciones múltiples que no pueden ser abordados exclusivamente con la técnica de entrevista en inmersiones espaciadas y sin permanencia constante en campo. La manera de cuestionar lo observado, de ver y construir más allá de lo evidente, es garantizando

⁵⁸ Se refiere al Seminario-Taller titulado *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, que da título al libro del que procede esta cita, y se celebró en Cuernavaca (México) los días 4, 5 y 6 de diciembre de 2006. El autor explica los objetivos de este seminario en los siguientes términos:

“Reflexionar sobre estos aspectos en relación al quehacer epidemiológico y elaborar posibles propuestas de solución fue el tenor que animó la organización del Seminario-Taller que dio origen al presente libro, cuyo interés es dar a conocer diversos elementos relevantes para elaborar una propuesta de abordaje de los problemas de salud en el formato de una epidemiología sociocultural. ¿Por qué plantear una epidemiología sociocultural?, ¿bajo qué sustentos teóricos?, ¿con el concurso de cuáles herramientas o metodologías?, ¿en qué formatos y ámbitos de aplicación? Estas fueron algunas de las preguntas que se intentaron responder en este Seminario, llevado a cabo en Cuernavaca (México, los días 4, 5 y 6 de diciembre de 2006. El encuentro contó con la participación de 24 investigadores que, a juicio de los organizadores del evento, habían incursionado en diversas temáticas sanitarias mediante la integración de enfoques epidemiológicos y aportes de las ciencias sociales. Durante las jornadas se presentaron ponencias y se organizaron discusiones en torno a tres ejes para el debate: una revisión de posiciones teóricas y epistemológicas respecto al sentido del quehacer epidemiológico y los conceptos que maneja, aspectos metodológicos involucrados en la medición del estado de salud poblacional y también cuestiones prácticas relacionadas con la aplicación del enfoque epidemiológico sociocultural en salud pública.” (Haro, 2010: 12)

una buena recolección de información que involucre no solo el discurso sino también las prácticas (Ramírez Hita, 2009a⁵⁹).” (Ramírez, 2013: 46)

Datos, es necesario insistir, que se refieren no sólo a lo que las personas dicen o dicen que hacen, sino a lo que hacen y el contexto en el que lo hacen:

“Convivir con los grupos en estudio permite obtener no solo una mejor calidad en la recolección del dato (calidad entendida como fiabilidad del dato registrado), sino que también permite al antropólogo entender con mayor profundidad por qué suceden los hechos de una cierta manera. En definitiva, el método etnográfico posibilita dar cuenta de las articulaciones que se dan entre las representaciones y las prácticas, ya que una cosa es lo que los sujetos sociales *dicen hacer* y otra es *lo que hacen*. La observación de las prácticas pasa a ser la mejor manera de obtener el dato; y sin duda la técnica a través de la cual el registro de los datos es más fiable es la de la observación participante, con la que el antropólogo participa del día a día del grupo que desea estudiar (Ramírez Hita, 2009a).” (Ramírez, 2013: 47, las cursivas son suyas)

“Mi preocupación no es solo la apropiación por parte de los clínicos del método etnográfico, que necesita de formación académica y, sin duda, de tiempo suficiente para una correcta aplicación; sino que la preocupación central de este artículo gira en torno a las investigaciones basadas exclusivamente en lo que los sujetos sociales «dicen», registrado en espacios fuera del contexto etnográfico. Y ello creo que debe ser reflexionado desde la perspectiva de la intervención.” (Ramírez, 2013: 48)

Se sustituiría así, a menudo, la investigación rigurosa por algo similar a la crónica periodística (o de ciertas crónicas periodísticas, para ser justos), equiparación, habitualmente inconsciente e involuntaria, pero que encierra, en el fondo –o no tan en el fondo– una minusvaloración: no se conoce o se obvia la existencia de una metodología específicamente cualitativa, con bases, científicas, claramente diferenciadas de la cuantitativa; no se atiende a las ventajas y limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de plantear el uso de cada técnica en cada investigación concreta, ni las condiciones de aplicación particulares para cada una de ellas y para cada momento concreto; y, menos aún, a la especificidad en cuanto al análisis de los datos, la elaboración y contrastación de hipótesis y la formulación de conceptos y teorías. Se tiende a olvidar, en definitiva, que es imprescindible que el investigador posea conocimientos específicos, de los que su disciplina puede no haberle dotado y que tendrá, por tanto, que adquirir, desde el respeto y la humildad:

“Em termos de investimento conceitual, se a epidemiologia se caracteriza pela busca da sofisticação e mesmo de fetichização do método, as ciências sociais no campo da saúde têm seu rigor metodológico muitas vezes sacrificado pela constante incursão de neófitos que se auto-intitulam ‘pesquisadores sociais’. O *boom* das pesquisas qualitativas nos anos 80-90 parece um bom exemplo dessa entrada, por vezes superficial, uma vez que inúmeros trabalhos pouco ultrapassam o nível do senso comum. Esse crescimento de aproximação das ciências sociais de cunho compreensivo mostra um certo mal-estar dos estudiosos da área de saúde quanto ao tecnicismo e ao objetivismo. Porém, os mecanismos de regulação da prática científica nos dois campos parecem ser bastante distintos. Minayo (1998) trabalha essa questão num artigo sobre os diferentes graus de inclusão da antropologia no setor. A seu ver, trata-se de um movimento positivo, mas complexo e diversificado de expansão, que necessita ser analisado em suas múltiplas dimensões.” (Minayo et al., 2003: 103, las cursivas son suyas)

“La mayoría de los profesionales de la salud han sido formados con una mirada de su profesión y de su práctica básicamente cuantitativa y han de ser capaces de cambiar de mirada para entender la perspectiva cualitativa, dado su carácter totalmente diferenciado. Las diferencias metodológicas no sólo afectan a las diferentes fases y momentos de la investigación, sino

⁵⁹ Incluido en la bibliografía referida como Ramírez, 2009.

también a la manera de interrelacionarse e interactuar entre ellas y a la relación-posición del investigador con la investigación y con el sujeto/objeto investigado, a lo largo de todo el proceso de la investigación.” (Vázquez, 2006: 11)

“El profesional de la salud encuentra una serie de trabas en su acercamiento a la ICS [Investigación Cualitativa en Salud] sobre todo como consecuencia de tratarse de una metodología en general desconocida y cuyo desarrollo ha tenido lugar principalmente en el ámbito de las ciencias sociales [Fernández, Calderón, 2002]. Pero además, en el caso del investigador sanitario, habituado a desenvolverse en la perspectiva biopositivista del conocimiento, la consideración de la ICS como un enfoque epistemológico diferenciado supone al menos un doble reto. Por un lado le obliga a relativizar el carácter ‘único’ y ‘objetivo’ de la versión del conocimiento científico importado de las ciencias naturales y a valorar el enriquecimiento que supone para la labor investigadora la opción por el pluralismo cognitivo y metodológico [Beltrán, 1986, Malterud, 2001]. Y por otro, le lleva a plantearse la evaluación de dicha labor de forma más integradora, es decir, examinando tanto el rigor de lo procedimental, como el grado de adecuación del enfoque teórico, la pertinencia y justificación del tipo de pregunta de investigación a la que responder y la aplicabilidad de sus resultados [Ratcliffe, González, 2000].” (Calderón, 2002: 475)

Y se olvida, también, que no hacerlo puede tener consecuencias serias que todo investigador debería tener presente en su día a día:

“El resultado no es sólo un pobre conocimiento de los pobres, que sería un mal menor, no es sólo la osadía de hacer recomendaciones a los agentes de cambio, que es una inmensa irresponsabilidad. Lo peor es el hastío, la indignación a veces, que los inmigrantes y los gitanos llegan a sentir ante una pregunta, la primera, de un investigador universitario. (...)” (San Román, 2000: 194)

No obstante, este tipo de crítica puede realizarse también a una parte de la investigación desarrollada desde las Ciencias Sociales:

“Sea como fuere, la importancia y la necesidad cada vez más sentida por distintos sectores implicados en el campo de la salud de desarrollar este tipo de metodologías, hace que sea muy pertinente plantearse una autocrítica de los respectivos campos de las ciencias sociales y biomédicas de la salud. Que desde el campo de la antropología médica se reivindique una práctica antropológica *tout court* no significa que no haya que superar ciertos corsés disciplinarios, ideológicos o narrativos que a veces producen textos de las ciencias sociales un tanto crípticos y difícilmente comprensibles para los profesionales sanitarios. A su vez, los profesionales sanitarios preocupados por estas cuestiones, es decir, aquellos que han reflexionado de alguna manera sobre su experiencia, deben comprender que este barniz de experiencia no es suficiente para un uso productivo de las metodologías cualitativas, para lo cual se requiere una significativa formación en ciencias sociales.” (Romaní, 2013: 9-10, las cursivas son suyas)

Algo que enlaza con el apartado siguiente. Veámoslo.

3. EPIDEMIOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA. REFLEXIONES EN TORNO A LAS POSIBILIDADES Y CONDICIONES DE UNA COLABORACIÓN INTERDISCIPLINAR PARA EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

A lo largo de las páginas anteriores he hablado por extenso de las aportaciones y posibles insuficiencias del modelo epidemiológico dominante para abordar el estudio de las desigualdades sociales en salud, especialmente en lo que se refiere a poblaciones minoritarias y/o en situación de exclusión social. A pesar de la crítica, y también lo he apuntado ya, no puede negarse que desde la década de los 70 del siglo pasado ha habido intentos por parte de la Epidemiología de superar estas limitaciones aunque su repercusión real en las investigaciones y políticas públicas continua siendo escasa. Destacan, la Epidemiología crítica, especialmente en el ámbito mexicano, y la Salud Colectiva, con un enfoque algo más amplio e interconectado con las Ciencias Sociales, desde Brasil⁶⁰. No obstante, y precisamente por las posibilidades que ofrece para la colaboración interdisciplinaria con la Antropología y para la reflexión sobre el trabajo antropológico en este área me interesa especialmente, en este momento, analizar una tercera propuesta, relativamente más reciente: la de una Epidemiología Sociocultural que intenta, además, recoger algunos de planteamientos básicos de la Epidemiología crítica y la Salud Colectiva⁶¹.

“Frente a la posición hegemónica de la biomedicina y de la epidemiología moderna o convencional han surgido diversas propuestas críticas (medicina social, higienismo, medicina preventiva, medicina comunitaria, atención primaria a la salud, etcétera) que debaten los términos en los que debe abordarse la salud pública. Y aunque estas propuestas se han considerado alternativas al modelo hegemónico de la biomedicina, puede señalarse que comparten la perspectiva objetivista y biologicista en su visión teórica y epistemológica. Por otra parte, encontramos en las últimas décadas el desarrollo de propuestas emergentes que intentan ir más allá del marco positivista. Desde fines de la década de 1970, en Brasil surgió una propuesta que adoptó el nombre de *salud colectiva* para referirse a ‘un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinaria cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planeación/administración de salud y las ciencias sociales en salud’ (Paim y Almeida-Filho, 1998); es decir, un conjunto complejo de saberes y prácticas relacionadas con el campo de la salud, que abarcan desde organizaciones de atención a la salud poblacional hasta instituciones de enseñanza, investigación y organización de la sociedad civil, concebida como un campo de conocimiento que utiliza conceptos y categorías de diversas disciplinas: epidemiología, biología, administración, sociología, antropología, filosofía y economía, entre otras (Barreto, 1998). Por otra parte, desde la década de 1980 diversos autores, principalmente desde el ámbito ‘latino’ (Argentina, Brasil, España, Francia, Italia, México, Quebec), han venido utilizando el término de ‘epidemiología sociocultural’ para referirse a la necesidad de integrar en los estudios de salud poblacional enfoques epidemiológicos de tipo cuantitativo con acercamientos etnográficos o cualitativos, incidiendo en la pertinencia de abordar tanto los aspectos biológicos y ambientales como también los aspectos sociales, culturales y políticos (Menéndez, 1990a, 2008; González y Hersch, 1993; Bibeau y Corin, 1995; Haro *et alii*, 1998; Romaní, 1999; Osorio, 2001).” (Haro, 2013: 29-30, las cursivas son suyas)

Pero antes, conviene recordar que el interés por las cuestiones epidemiológicas ha existido también desde hace mucho tiempo en Antropología, incluso antes de que pudiéramos hablar estrictamente de una Antropología de la salud. Así:

⁶⁰ No es posible desarrollar por extenso estas propuestas en este momento. Además del ya mencionado texto de De Almeida-Filho (2000), el lector interesado puede consultar De Almeida-Filho, 1992; Paim, De Almeida-Filho, 1998; Breilh, 2010.

⁶¹ Respecto a la propuesta de una epidemiología sociocultural, el lector encontrará bibliografía en las siguientes páginas. Para los comienzos de la propuesta por parte de Eduardo Menéndez, puede consultar Menéndez, 1988.

“En el caso de las ciencias antropológicas y sociales debemos recuperar la existencia de una corriente de estudios epidemiológicos por lo menos desde mediados del siglo XIX, de los cuales el más significativo es el realizado por Durkheim sobre el suicidio a fines de dicho siglo, y que no sólo formuló explicaciones socioculturales respecto de este problema, sino que propuso una teoría específica, y utilizó simultáneamente técnicas cualitativas y cuantitativas en la descripción de este problema, tanto para analizarlo como para generar un efecto de ruptura epistemológica. Más aún, Durkheim en este trabajo, además de proponer interpretaciones, plantea soluciones basadas en lo que hoy denominamos grupos sostén, y que refiere a los grupos intermedios, y en especial al grupo doméstico como medio social de ‘controlar’ el aislamiento, la soledad, la fragilidad social de los individuos (Durkheim, 1974 [1897]).” (Menéndez, 1998: 38)

“Pero si bien a partir del trabajo de Durkheim podemos observar la producción de una serie de investigaciones epidemiológicas desde las perspectivas de las ciencias sociales y antropológicas (Devereux, 1937; Dunham y Faris, 1939⁶²; Leighton et al., 1952 y 1963; Opler, 1959; Hollingshead y Redlich, 1958), no cabe duda que estas líneas de trabajo se circunscribieron hasta los años sesenta y setenta al campo psiquiátrico y a la denominada ‘desviación social’ (Becker, 1964; Douglas, 1970, Matza, 1981; Menéndez, E., 1979; Pitch, 1980; Taylor et al., 1977), y en el caso específico de la antropología a las denominadas enfermedades tradicionales, pero sin describirlas desde una perspectiva epidemiológica.

Sus aportes al estudio de las enfermedades infectocontagiosas fueron muy reducidos hasta la década de los ochenta, salvo en sus relaciones con los síndromes culturalmente delimitados (Simons y Hughes, 1985). Debe subrayarse que estas investigaciones, en particular las referidas a los padecimientos tradicionales, se preocuparon más por describir e interpretar las funciones socioculturales de los mismos que por sus aspectos patológicos.” (Menéndez, 1998: 39)

Las distintas corrientes en Antropología de la salud⁶³ se han ocupado de las relaciones entre la salud de los individuos y el contexto cultural, social, económico y político en el que están inmersos, así como de las estructuras, diversas, de las que disponen para operar sobre ella y que adquieren su utilidad y sentido precisamente en ese contexto. No obstante, tampoco puede negarse que determinados enfoques presentan insuficiencias destacables que iremos señalando en las páginas siguientes.

Ambas disciplinas mostrarían, por tanto, ciertas dificultades para abordar, por separado y con garantías, la complejidad del estudio de las desigualdades sociales en salud:

“La aproximación epidemiológica se maneja mejor con variables e indicadores de tipo biológico, ecológico y en menor medida sociales, teniendo dificultades para trabajar con indicadores y variables –y no digamos procesos– culturales. La mayoría de las orientaciones antropológicas trabajan muy poco con procesos biológicos, y se centran en los socioculturales. Tanto la epidemiología como la antropología médica actuales tienden a trabajar muy poco con indicadores o procesos socioeconómicos y menos aún económico-políticos. Y en el caso de México no trabajan con indicadores ni con procesos raciales ni racistas.” (Menéndez, 2008: 33)

Pero aunque existen divergencias y críticas mutuas son muchos los autores, desde ambas disciplinas, que hablan de complementariedad:

“Even a brief excursion through the history of 19th-century social medicine (Trostle 1986b⁶⁴) and 20th-century studies of the health consequences of social and cultural change (Trostle

⁶² En el original, el orden de los autores es el inverso: Faris, Dunham, 1939.

⁶³ Presupongo al lector familiarizado con la historia y las diversas corrientes de la Antropología de la salud. En cualquier caso, puede encontrarse un breve en resumen en Martínez, 1996 y un texto amplio y completo en Martínez, 2008.

⁶⁴ Para mantener la coherencia con una referencia anterior, este texto aparece recogido en la bibliografía referida como Trostle, 1986a.

1986a⁶⁵) suggests two things: (1) that bio-logical and anthropological paradigms are not inherently incompatible; and (2) that epidemiology and anthropology are natural allies in the study of disease in human populations (see Dunn and Janes 1986). But ten years ago, the possibilities of such an alliance remained less than fully realized, and, in fact, Trostle himself characterized the relationship as one of 'benign neglect' (1986a:80) and a series of 'missed opportunities' (1986a:79)." (DiGiacomo, 1999: 436)

Dediquemos, entonces, un momento al análisis de las posibles divergencias y similitudes.

3.1. Divergencias que no lo son tanto, similitudes que podrían no serlo

Para abordar el análisis crítico de las dificultades para una colaboración interdisciplinar entre la Epidemiología y la Antropología tomaré como base el planteamiento de Inhorn (1995), antropóloga norteamericana que centra en cinco áreas las divergencias entre ambas aunque, como argumenta, éstas pueden rebatirse o reinterpretarse en sentido contrario:

"In (a) reflecting on the actual lacuna of integrative, anthropological-epidemiological research, (b) listening to unofficial discourse about epidemiology in anthropological meeting laces and classrooms, and (c) reading the many penetrating critiques of epidemiology that have been advanced by anthropologist in recent years, I have noted five major areas of divergence between anthropology and epidemiology –*as perceived by medical anthropologists*– which may have prevented such interdisciplinary connections from flourishing. However, as will be argued here, these perceived areas of divergence may be reconceptualized as areas of *convergence*, which may serve as the impetus for the performance of meaningful, synthetic studies that are greater than the sum of their individual anthropological or epidemiological contributions." (Inhorn, 1995: 285, las cursivas son suyas)⁶⁶

La primera de estas áreas sería, en palabras de Inhorn (1995), la siguiente:

"1. EPIDEMIOLOGISTS STUDY BIOMEDICALLY DEFINED DISEASES;
ANTHROPOLOGISTS STUDY ILLNESS EXPERIENCES
(...)

However, do epidemiologists and anthropologists differ on such a fundamental level in their subject of investigation? As argued by a number of anthropologists, this distinction between disease and illness is based on the questionable assumption that the biomedical definition of 'disease' is somehow objective and culture-free. In fact, medical anthropologists have provided rather convincing evidence that *disease itself is a cultural construction*." (Inhorn, 1995: 285-286, las mayúsculas y las cursivas son suyas)

"Indeed, epidemiology, like medical anthropology itself, is not necessarily uncritical in its acceptance of biomedical notions of 'disease' or limited models of etiology; the subfield of 'social epidemiology', for example, is dedicated to the study of the *social relations* of poor health rather than narrowly defined disease outcomes." (Inhorn, 1995: 286, las cursivas son suyas)

Sobre esto pueden hacerse diversos matices. En primer lugar, de las dificultades en Epidemiología social para el abordaje de indicadores sociales he hablado ya y no volveré sobre ellas. En segundo lugar, es evidente, y veremos ejemplos en sucesivos capítulos, que las estructuras diagnósticas, la definición de lo que es normal y lo que es patológico, incluso el establecimiento de riesgos y causas en biomedicina (el

⁶⁵ Para mantener la coherencia con una referencia anterior, este texto aparece recogido en la bibliografía referida como Trostle, 1986b.

⁶⁶ En todo el texto, la autora (Inhorn, 1995) incluye notas a pie de página con listados de bibliografía que, por su extensión, no reproduzco para no interrumpir la lectura.

conocimiento generado por cualquier ciencia, en realidad), no está ni mucho menos exento de connotaciones culturales, sociales, económicas y políticas, como puede verse simplemente en la evolución de las clasificaciones internacionales de las enfermedades, muy especialmente, pero no sólo, en Psiquiatría. Ahora bien, esto no significa, por decirlo de manera coloquial, que no existan virus y bacterias, mutaciones genéticas, procesos cancerígenos o degenerativos... bien descritos por la biomedicina y cuya existencia es independiente de las conceptualizaciones de los sujetos (pacientes y profesionales) sobre ellos. Existe, obviamente, una construcción cultural de la salud y la enfermedad, de los padecimientos y, también, de la definición de las estructuras diagnósticas y de las encargadas de la atención, pero reconocer esto –por evidente– no puede llevarnos a no aceptar la crítica, frecuente y justificada por parte de los profesionales de la biomedicina, de que en Antropología se da una focalización (comprensible, justificable) en los procesos culturales (y, en el mejor de los casos, pero ni mucho menos siempre, también en los sociales) pero demasiado a menudo se minusvalora o se deja de lado la dimensión clínica, fundamental para que el conocimiento de los fenómenos sea verdaderamente holista:

“En ciencias sociales se testimonia una situación inversa, en la cual se analizan procesos socioculturales del ámbito sanitario sin atender de forma suficiente su expresión clínica y epidemiológica, en el sentido de que las investigaciones sociológicas y antropológicas produzcan hallazgos que sean utilizables por el sector salud y, sobre todo, sean capaces de reorientar la práctica epidemiológica y de salud pública. Es verdad que esto es relativo porque hay aplicaciones y ejemplos patentes de colaboración, pero lo más frecuente es que los estudios realizados por los científicos sociales no pasen de ser una crítica del sistema social y más específicamente del sector salud o que permanezcan dentro del marco del sociologismo y culturalismo en salud, sin relación con la expresión biológica de los fenómenos estudiados. Esto testimonia la brecha y falta de canales de diálogo entre la epidemiología que comúnmente se practica y el sector académico, pero también entre estos sectores y la toma de decisiones en políticas públicas, o con diversos actores de la sociedad civil que realizan acciones en el campo de la salud.” (Haro, 2010: 14-15)

“La epidemiología sociocultural debe aspirar a superar el relativismo que caracteriza ciertas aproximaciones antropológicas, según se señaló en el Seminario. Es lo que sucede cuando se etiqueta todo diagnóstico médico como sociocultural, en abstracción de su dimensión biológica. Si bien es cierto que las entidades patológicas que actualmente se reconocen por la biomedicina son cambiantes en la historia, y que, por tanto, tienen una matriz sociocultural, al igual que los llamados ‘síndromes de filiación cultural’, hay que reconocer que en lo general las clasificaciones biomédicas apuntan hacia causas de enfermedad, muerte y sufrimiento que no son arbitrarias. Pero también en la cultura popular se reconocen síntomas y signos de padecimientos que no tienen un reconocimiento por parte de la biomedicina o la epidemiología; y que estos ‘síndromes de filiación cultural’, como son llamados, no son solamente entidades nosológicas ‘tradicionales’ y ‘supervivencias’ del folklore sino también marcadores múltiples de situaciones de vida que conllevan sufrimiento, injusticia, discriminación, negligencia, inequidad, evitabilidad, etc. Por ello, es necesario considerar lo que expresa una determinada epidemiología popular (‘etnoepidemiología’).” (Haro, 2010: 16-17)

Reproche al que se añade, también con razón, el desconocimiento (a veces, casi militante) de los instrumentos estadísticos:

“Se comentó que se ha vuelto común que los antropólogos y otros científicos sociales trabajen problemas de salud desde una posición cercana a la ‘militancia’, que se vuelve dogmática de lo interpretativo y lo simbólico, lo cual frecuentemente refleja más bien su ignorancia estadística. No entender un análisis de *clusters*, una regresión, una prueba de significancia estadística, es una limitante seria para la pretensión de construir una epidemiología de carácter sociocultural. Asimismo, la falta de conocimiento clínico entre ciertos científicos sociales tiene como consecuencia que no se adviertan aspectos relevantes para la prevención o solución de

problemas. Ciertas prácticas no se consideran de riesgo por estar enraizadas en la cultura, por lo tanto no forman parte de su análisis, el cual tiene en lo general a demostrar cómo la salud y la enfermedad impactan en la organización social, pero no lo contrario: es decir, cómo los eventos sanitarios son influidos por configuraciones económicas, ecológicas, políticas y culturales. Obviamente, ambas perspectivas son relevantes y complementarias para el interés de una epidemiología sociocultural.” (Haro, 2010: 20-21, las cursivas son suyas)

Y, sin embargo, acercar ambos enfoques podría ser, según algunos autores, posible:

“En este sentido, cabe mencionar que si, como sucede en efecto, el sector sanitario donde domina la biomedicina constituye un ámbito corporativo más cerrado que el sector de las ciencias sociales y las humanidades, áreas con menor responsabilidad operativa, bien podemos señalar que el ingreso de estas perspectivas en el dominio biomédico y epidemiológico requiere de un esfuerzo sistemático por incluir en los estudios de los problemas de salud generados desde la antropología médica y las ciencias sociales, elementos provenientes de la perspectiva epidemiológica, como el indagar la incidencia y prevalencia de los fenómenos estudiados, dar cuenta de su distribución y evolución en términos de persona, tiempo y lugar, investigar los elementos causales reconocidos en la génesis de las enfermedades, los obstáculos para su cabal resolución, el riesgo relativo y las asociaciones causales pertinentes; también ubicar los problemas estudiados en el marco de un perfil epidemiológico que no tiene que estar necesariamente limitado a lo que la biomedicina y la epidemiología reconocen como válido.” (Hersch, Haro, 2007: 12)

Ahora bien, estar de acuerdo con esto, conviene aclararlo ya en este momento, no significa ni mucho menos, defender que ambas disciplinas deban trabajar de la misma manera o en los mismos niveles, ni que los profesionales de cada una de ellas deban alcanzar conocimientos avanzados sobre la otra, algo, creo, imposible:

“Thus, epidemiology and biomedicine do not go hand in hand, as many anthropologists mistakenly assume. In reality, epidemiological and biomedical models of disease and disease causation are quite different, involving different units of analysis, levels of abstraction and models of causality [Elwood, 1989] (...).” (Inhorn, 1995: 286)

De lo que iré hablando es de la posibilidad de que, para el estudio de las desigualdades sociales en salud, ambas disciplinas pueden aportar un conocimiento válido y mucho más complementario de lo que estamos acostumbrados a aceptar, cuando este conocimiento se genera en el marco de proyectos y equipos interdisciplinarios constituidos por profesionales bien formados, fieles a lo mejor de sus disciplinas y poco dogmáticos. Sigamos.

Inhorn (1995) define la segunda de las áreas de divergencia de la siguiente manera:

“2. EPIDEMIOLOGY IS REDUCTIONISTIC AND POSITIVISTIC; ANTHROPOLOGY IS HOLISTIC AND HUMANISTIC” (Inhorn, 1995: 286, las mayúsculas son suyas)

“(...) Nineteenth century epidemiological studies, rooted in geographical and social medicine, attended to both behavioral and social factors, presaging the collaborative efforts between anthropologists and epidemiologists that were to begin in the mid-twentieth century [Trostle, 1986b]. In fact, the critique of epidemiology as a purportedly positivistic discipline, which is inherently apolitical, ahistorical, and acultural [Turshen, 1984], appears to view epidemiology, ironically enough, from a historically decontextualized perspective. As the history of epidemiology shows, since its inception more than a century ago, epidemiology has considered the political-economic nature of numerous health problems, including the historical development of diseases rooted in ecologically disruptive development schemes. Thus, for at least some broad-minded epidemiologists, political-economic analyses of health problems are nothing new—despite their 'reinvention' within the so-called 'critical' social sciences.” (Inhorn, 1995: 287)

La reflexión que podemos hacer al hilo de esta postura la hemos visto ya en todo el apartado anterior. No es posible negar el interés de la Epidemiología, en sus diversos enfoques a lo largo de su historia, por entender la relación de las variables sociales –no tanto de los procesos– con la salud de las personas. Con qué métodos, con qué técnicas y bajo qué premisas ya lo he tratado. Igual que hemos visto también una aceptación más o menos explícita de los presupuestos positivistas asociándolos a garantías de cientificidad, con carácter estático y ahistórico. Es obvio que no puede entenderse la Epidemiología como ajena a cuestiones históricas, políticas, económicas... la cuestión es en qué medida buena parte de los epidemiólogos tienen esto presente, más allá de reconocer algo así como una *evolución o mejora* de los conocimientos.

Y, más aún, no comparto el comentario de la autora sobre la “reinención” de los análisis político-económicos, salvo que tal reinención se refiera a resaltar la necesidad de un análisis profundo, contextualizado y a través de métodos, técnicas y diseños de investigación adecuados.

Sin embargo, sí parece cierto que los –relativamente- nuevos enfoques en Epidemiología (Epidemiología crítica, Salud Colectiva, Epidemiología sociocultural, similares entre ellos), aun cuando su impacto real en las investigaciones sea escaso en nuestro entorno, parecen reducir la brecha entre ambas disciplinas.

La tercera de las áreas, muy relacionada con la anterior, haría referencia a:

“3. EPIDEMIOLOGY AND ANTHROPOLOGY EMPLOY DIFFERENT METHODS” (Inhorn, 1995: 287, las mayúsculas son suyas)

“The vast majority of epidemiological studies, however, are not 'experimental', and are considered instead to be 'observational' [Kelsey, Thompson, Evans, 1986], just as anthropological studies are 'participant observational'. In fact, perhaps the most common method of data collection employed in epidemiology is the same one employed in anthropology: i.e. talking with people. Epidemiologists gather data through communicating with the well, the ill and their caretakers, just as medical anthropologists do. Although the interviewing techniques of epidemiology tend to be more 'formal' than those of anthropology, since they rely on standardized interview schedules, they nevertheless may be quite in-depth.

If epidemiology and anthropology do differ methodologically, the difference may be one of scope rather than kind. Anthropologists tend to have a greater variety of methods to choose from than do epidemiologists [Bernard, 1988; Plattner, 1989; Fetterman, 1989] and are much less concerned than most epidemiologists in establishing normative methodological standards [Rubinstein, 1984]; however, all of the methods used by epidemiologists, including interviewing, archival research and record review, are also components of the anthropological tool kit. Conversely, epidemiologists tend to deal with larger sample sizes than do anthropologists and to work with people who do not view themselves as necessarily connected in any way [Dunn, Janes, 1986]; yet, some epidemiological studies, especially those in genetic epidemiology, work with very small sample sizes of individuals who are often related. Thus, there are no fixed rules that divide the epidemiological and anthropological enterprises on a methodological basis, and it could be argued that their similarities are perhaps greater than their differences.” (Inhorn, 1995: 287)

En relación con esta cita pueden hacerse varios comentarios. En primer lugar, la autora señala la ausencia de experimentación de la mayor parte de las investigaciones en Epidemiología y el carácter supuestamente observacional de la disciplina como una cercanía entre ésta y la Antropología, algo, creo, que conviene puntualizar. Ciertamente, al menos en el caso del estudio de las desigualdades sociales en salud en Epidemiología (que es lo que aquí nos ocupa), la mayoría de los diseños no son declaradamente

experimentales sin que se entienda que esto contradiga el carácter científico de la disciplina. Paradójicamente, esta (supuesta) misma ausencia sí suele esgrimirse, desde enfoques biomédicos, para, digamos, restar científicidad a la Antropología. Sin embargo, se trata de una disciplina científica y, también, con capacidad para *experimentar*, por mucho que sea fuera de los laboratorios que solemos identificar con los experimentos. En palabras de San Román (2009):

“[Habla de la Antropología] *Una disciplina científica*: por científico se entiende un conocimiento que formula hipótesis y las pone a prueba, no un conocimiento cierto ni neutro ni objetivo, ni necesariamente un conocimiento que ofrece explicaciones nomológicas. La Antropología explica los fenómenos socioculturales por medio de hipótesis que los describen e interpretan y que establecen relaciones entre ellos –proponiendo generalizaciones empíricas hipotéticas y proponiendo tanto hipótesis interpretativas, como hipótesis relacionales sobre causas, motivos, intereses, condiciones de posibilidad, etc.–. Los procedimientos y técnicas para ponerlas a prueba y para valorar sus resultados son diversos y distintamente adecuados para tratar los diferentes tipos de hipótesis.” (San Román, 2009: 236, las cursivas son suyas)

La crítica suele centrarse en la supuesta incapacidad de la Antropología (junto con otras Ciencias Sociales y, en general, la metodología cualitativa) para establecer un adecuado control de las variables durante las investigaciones y ser capaz de manipular los escenarios de investigación para controlarlas –es decir, para experimentar– y, por tanto, para ser capaz de hipotetizar en torno a las relaciones entre ellas. Pero, tal y como podemos ver en el siguiente ejemplo de San Román (2006) esto sí es posible en investigaciones antropológicas de calidad:

“ (...) Experimentar, en su sentido original más amplio, es poner a prueba controlando las variables en cuestión y otras que tendremos que tener presente que distorsionan la acción de las que hemos seleccionado, de manera, efectivamente, que podamos observar ciertos cambios que darán o que quitarán la razón a una idea sobre un fenómeno. Y esto ciertas disciplinas lo logran mediante manipulación y control directo y programado y otras mediante la observación de ese fenómeno en situaciones diferentes, de manera que las variables que nos interesa observar puedan estar presentes o no estarlo, en una medida o en otra, y que las variables que sometemos a control, porque queremos evitar que incidan, efectivamente permanezcan constantes *espontáneamente*, porque así se encuentran en la vida social de ese momento. Tenemos amplia oportunidad de programar este tipo de observaciones. Por una parte, la búsqueda de situaciones adecuadas para este tipo de comparaciones y de observaciones en un segmento social suele ser más productiva de lo que suele pensarse. Un ejemplo puede ayudar: si decimos que la presencia e incidencia de ciertas iglesias protestantes está siendo especialmente fructífera en el control de la expansión del consumo y del tráfico de drogas a pequeña escala entre poblaciones marginadas de nuestra sociedad, evidentemente no se trata de inducir al consumo y al tráfico de drogas por parte de esa población ni de introducir subrepticamente esas iglesias y a esos pastores para ver si lo que sucede es lo que estábamos postulando. Ni es posible, ni es defendible ni es en absoluto necesario. Tampoco quien postula cuestiones sobre Marte juega con Marte y con sus características en un laboratorio sino que *envía allí* sus instrumentos de observación de condiciones espontáneas, consigue *ir allí*; si se quiere, hace un peculiar trabajo de campo. En nuestro ejemplo, tendríamos que buscar comunidades marginadas en las que hubiera tráfico y consumo de drogas, sin que ninguna iglesia protestante se hubiera introducido en ellas, y comparar éstas con otras en las que posteriormente a la existencia del tráfico y consumo se hubiera hecho presente alguna o varias de esas iglesias, tendríamos que observar su trabajo en este problema y tendríamos que comparar sus resultados a este respecto frente a los resultados de las primeras. En ambos casos, previamente habríamos tenido que estudiar qué otros factores potencian o inhiben el tráfico y consumo de drogas entre los marginados. Si hemos concluido que no existen alternativas laborales contextualmente rentables, por ejemplo, esta -y la que fuera- variable tendría que permanecer estable en los dos tipos de casos, es decir, las alternativas laborales deberían ser las mismas y permanecer constantes durante el período estudiado y el período de observación. Lo mismo habría que hacer respecto a otras variables. Claro que podemos desconocer alguna o algunas que intervendrán y

distorsionarán los hechos, sin duda; pero ni siempre ni en todo; por cuartos y por mitades”, buscando la contrastación de nuestras ideas. Esta acción investigadora en sin lugar a dudas experimental, en el sentido original del término, aunque no comporte *manipulación experimental* alguna. Se trata, más bien, de buscar programada y sistemáticamente las condiciones idóneas para la contrastación, que se nos presentan espontáneamente si queremos mirar.” (San Román, 2006: 381-382, las cursivas son suyas)

La similitud entre la Epidemiología y la Antropología no estaría, entonces, en ese supuesto carácter exclusivamente observacional sino en la capacidad de ambas disciplinas para establecer ciertas estrategias de control de las variables durante las investigaciones.

En segundo lugar, opino que el intento de la autora de acercar posturas afirmado que Epidemiología y Antropología recogen datos de la misma manera resulta bastante excesivo, al menos si hablamos del paradigma epidemiológico dominante para el estudio de las desigualdades sociales en salud. Efectivamente, ambos tipos de profesionales “hablan con la gente” pero hemos visto ya que son maneras de hablar diferentes, que dan acceso a datos diferentes y con potencialidades muy distintas. No parece necesario volver a señalar la necesidad de un buen conocimiento etnográfico previo a la realización de encuestas para poder abordar con garantías a los sujetos y saber qué y cómo y a quién preguntar, ni de la insuficiencia de la encuesta como técnica exclusiva para investigar estas temáticas ni, tampoco, las limitaciones en la aplicación de técnicas cualitativas característica si no de todas (obviamente) sí de buena parte de las investigaciones que se realizan en nuestro medio desde el ámbito biomédico. Todo esto lo he dicho ya. Lo que sí merece la pena es detenerse un momento, como ya había anunciado que haría en páginas anteriores, para analizar en qué medida la afirmación de la autora puede llegar a ser cierta pero no por el empleo creciente de técnicas cualitativas desde la Epidemiología sino por la perversión de su uso que parece estarse dando en algunas investigaciones y corrientes en Antropología en el marco de estudios de salud (aunque no sólo) que lo acercan a las críticas que he apuntado sobre su uso en Epidemiología y biomedicina en general.

La utilización adecuadamente combinada de observación participante, entrevistas en profundidad y otras técnicas cualitativas, la etnografía en general, requiere establecer relaciones directas, cercanas y prolongadas con los miembros del grupo estudiado. Esta cercanía permite observar fenómenos que difícilmente podrían ser investigados de otro modo, mejora las posibilidades de comprensión, reduce la reactividad e incrementa la confiabilidad de los datos; permite comprender los fenómenos en el contexto (cultural, físico, temporal...) en el que ocurren, desde el punto de vista de los *nativos* pero sin perder la perspectiva del profesional lo que, a su vez, permite formular preguntas de investigación de manera pertinente y orientar y mejorar la selección de técnicas, escenarios e informantes y acceder a datos que responden a la realidad social, que se observa de manera holista, y a los que sería complicado –incluso imposible– acceder de otra forma (eventos excepcionales o no previstos, inesperados, situaciones delicadas sobre las que quizá no se hablaría en otras técnicas, patrones de relaciones sociales...); permite, en definitiva, generar hipótesis, abrir nuevas líneas de investigación y construir hipótesis y teorías que puedan ponerse a prueba. Todo ello requiere del investigador tanto una buena formación teórica, como habilidades personales y, también, experiencia. Sin embargo, según diversos autores, existiría, podríamos decir, una degradación en el uso correcto de métodos, técnicas y estrategias de tipo cualitativo por parte no sólo de profesionales de la biomedicina sino también de los propios

antropólogos, que los aplicarían con cierta frecuencia sin el rigor necesario. Veámoslo más claramente:

“(…) Siguiendo a este autor [Agar, 2002] diríamos que ‘en los viejos tiempos’, cuando todavía no se habían descubierto las posibles utilidades políticas de dichos enfoques [cualitativos], no había duda de que cuando hablábamos de ‘cualitativo’ hablábamos de etnografía, y hablar de etnografía era hablar de antropología y de trabajo de campo en el sentido clásico, es decir, de un trabajo sobre el terreno de larga duración en el que la observación participante era un elemento central. ¿Es así en todos los trabajos actuales basados en ‘enfoques cualitativos’? Mucho nos tememos que no. A veces parece que con lo de ‘cualitativo’ se quieren esquivar las exigencias de un trabajo riguroso, sistemático, y que con un par de grupos de discusión y alguna entrevista en profundidad la cosa ya funciona, lo cual coincide a veces con el interés de algunas administraciones que quieren saber muchas cosas por poco dinero.” (Romaní, 2010:106)

“(…) Existe un gran número de informes, artículos y libros –correspondientes en su mayoría a trabajos de consultorías– que se refieren al uso o al deseo de utilizar la etnografía como método de abordaje de la realidad, que se expresan en los siguientes términos: Se ha realizado ‘acercamiento etnográfico’, ‘enfoque etnográfico’, ‘orientación etnográfica’, etc. Estos términos suelen ser utilizados por antropólogos que no han convivido con el grupo de estudio, sino que, en la mayoría de los casos, simplemente han utilizado una metodología cualitativa a través de la técnica de entrevista, grupo focal y, a veces, la observación. No obstante, dejan entrever que han realizado etnografía. Estas prácticas se encuentran plasmadas en estudios para proyectos de organizaciones no gubernamentales (ONG), agencias de desarrollo y en el propio ámbito académico. También es común encontrar estudios en los que se menciona la utilización de la observación participante, aunque en realidad sea una indagación corta en el interior de alguna institución sanitaria o la utilización de la técnica de entrevista ‘dentro’ de una unidad doméstica o en un servicio de salud. Existe una confusión que, si bien es entendible en las ciencias de la salud, no se justifica dentro de las ciencias sociales.” (Ramírez, 2013: 51)

Y es precisamente la última frase de esta cita la que me interesa destacar aquí: la confusión, el uso simplificado, puede entenderse (aunque no justificarse) en una disciplina que no tiene estas estrategias de investigación como sus pilares fundamentales y que hace uso de ellas de manera muy reciente pero no es ni justificable ni entendible en Antropología. Como no lo es que la aproximación entre ambas disciplinas se haga por la vía de *igualar por abajo*, de la desvirtuación de métodos y técnicas.

“(…) Fueron científicos sociales que trabajaban en los proyectos de desarrollo los que incentivaron la utilización de técnicas cualitativas que se concretaron en los RAP (*rapid assessment procedures*) –procedimientos de asesoría rápida– como estrategia metodológica acorde a los tiempos y necesidades institucionales, fundamentalmente de las agencias de desarrollo y del sector salud. A mediados de la década de 1980, bajo este tipo de estrategias de abordaje de la realidad se comenzaron a concretar estudios de entre 8 y 10 semanas de duración, incluidas la iniciación y la intervención del programa o proyecto (Scrimshaw y Hurtado, 1987; Bentley *et alii*, 1988; entre otros). Una de las áreas de la antropología que más RAP desarrolló fue la de la antropología médica, que creó la necesidad de incorporar la investigación antropológica previa a los diagnósticos y a las evaluaciones de programas y proyectos para la futura intervención, y colocó el aspecto cultural como cuestión central en los programas de intervención sanitaria que no funcionaban. En la última década el número creciente de estudios que se denominan ‘etnografía rápida’ comienza a ser preocupante.

Estos estudios son realizados, en ocasiones, por antropólogos que con su participación reafirman ante las ciencias de la salud que pueden ejecutarse investigaciones en periodos cortos, previos a la intervención de programas o proyectos. Justifican, de esta manera, que son expertos en antropología médica, con lo cual se les considera portadores de un saber que los habilita para realizar los RAP. Dichas investigaciones manejan los datos como decisivos y no como información que debe ser contrastada y profundizada. En esa medida, la calidad de información que sustenta las propuestas y estrategias de intervención en el campo de la salud de muchos proyectos es cuestionable. Es frecuente que en estos estudios el antropólogo sea el coordinador

de la recolección y el análisis de la información, mientras otras personas, en ocasiones clínicos, estudiantes, sujetos ‘capacitados’ que forman parte activa del problema que se investiga —como puede ser el caso de ‘acompañantes par’ en la problemática del VIH/SIDA—, recopilan la información de campo. A menudo el antropólogo queda al margen de la recolección del dato y este es un elemento que contradice los presupuestos epistemológicos del método etnográfico, en donde el investigador se considera a sí mismo como el elemento de observación por excelencia (Malinowski, 1922; Mead, 1959; Taylor y Bogdan, 1975; Pelto y Pelto, 1978; Hammersley y Atkinson, 1983; Reeves, 2000; entre otros).” (Ramírez, 2013: 44-46, las cursivas son suyas)

Acabar cayendo en los errores que criticamos a otras disciplinas es un riesgo al que sin duda nos enfrentamos los investigadores que trabajamos en salud desde la Antropología. En nuestro intento de contribución a la mejora de la comprensión de los procesos relacionados con la salud y la enfermedad no podemos dejar de lado la esencia de lo que somos, de lo que hacemos y cómo lo hacemos. No podemos llamar etnografía a lo que no lo es, no podemos tener pretensiones de generalización que no están al alcance de los estudios que realizamos (realmente) ni podemos renunciar, de ninguna manera, a la verdadera razón de ser de la Antropología: la comprensión del Otro, en su contexto, con el tiempo y los medios necesarios. En esta línea, muchos autores señalan el riesgo de estudios realizados con pocos individuos pero con grandes, y me atrevería a decir, irresponsables, pretensiones de generalización:

“Considero que las técnicas rápidas han tenido un fuerte impacto en el trabajo de campo de antropólogos que están realizando investigaciones académicas sobre PSEA [procesos salud / enfermedad / atención], de tal manera que los mismos no solo entrevistan en profundidad a unos pocos informantes, sino que para problemas tan graves como pueden ser las relaciones entre pobreza y VIH / sida o la vinculación violencia / estilo de vida, aplican una sola entrevista que frecuentemente es más una encuesta que una entrevista en profundidad. Más aún, si bien no generalizan estadística ni tipológicamente, sus análisis a partir de los datos con muy escasos informantes terminan hablando de ‘los pobres’, de los ‘grupos étnicos’, de ‘la’ mujer o de ‘los estratos sociales’, que suponen en cada caso millones de sujetos. Subrayo que no cuestiono trabajar con escasos informantes y en profundidad para obtener información confiable y estratégica; todo lo contrario, pero para ello hay que trabajar realmente en profundidad.” (Menéndez, 2010: 51-52)

Con supuestas etnografías realizadas en tiempo récord, sin conocimiento suficiente del lenguaje del Otro, sin la posibilidad de establecer relaciones lo suficientemente estables y profundas (para cada tipo y temática de estudio, como es lógico) y, por tanto, con una confiabilidad de los datos claramente amenazada:

“(…) Vivimos una época de renunciadas profesionales y humanas. Cada vez hay más trabajos sociales protegidos de la sociedad, entre la que se supone que trabajan con una ventanilla o una mesa interpuesta, más médicos que olvidan que no hay cuerpo y alma sino un alma corpórea que sufre tanto ante el dolor como ante el miedo a volver a padecerlo, cada vez hay más científicos sociales que utilizan a los trabajadores sociales, los maestros, los estudiantes, las enfermeras (con los médicos no se atreven) o los miembros de asociaciones étnicas como instrumentos de toma de datos ‘porque ellos tienen relación y los conocen’, renunciando explícitamente a crear la relación profesional y humana que puede producir las bases de la comprensión y el fundamento de la contrastación, pero, sobre todo, el nivel de humanidad necesario e inexcusable para que el conocimiento sea algo más que una lista de números representando futilidades o una lista de respuestas a preguntas triviales, inadecuadas e impertinentes, si se hacen fuera de una relación entre personas.” (San Román, 2000: 196)

“Uno de los casos que reiteradamente evidencia esta situación es el de los investigadores que estudian, a través de marcos teóricos interpretativos diferentes tipos de problemas en grupos étnicos bilingües o inclusive monolingües, sin tener conocimiento de la lengua de dichos grupos o sólo teniendo un manejo rudimentario de la misma. Si bien esta actitud metodológica no es

nueva, la misma se ha incrementado en los últimos años respecto de temas como la sexualidad, la enfermedad o la experiencia religiosa, no sólo en investigaciones antropológicas, sino en investigadores procedentes de otras disciplinas, y que estudian cualitativamente SIDA o salud reproductiva en grupos indígenas cuya lengua base no es el español y donde las mujeres son frecuentemente monolingües o con un reducido manejo del español.” (Menéndez, 2001: 132-133)

“Pero esta forma de trabajo pasa de ser limitativa a ser incongruente cuando es usada por las aproximaciones interpretativas, porque en el caso de éstas, el manejo del lenguaje no es sólo cuestión de obtener buena información, sino que refiere a la concepción de la realidad basada en gran medida en el papel del lenguaje, según esto el manejo del lenguaje del Otro es decisivo para describir e interpretar la realidad del Otro y/o para construir el texto a partir del Otro.

Es ‘su’ lenguaje lo que permitiría describir los significados dados a la realidad por el Otro, lenguaje que debo en consecuencia manejar para poder obtener y comprender esos significados en la relación intersubjetiva que se establece entre el investigador y los sujetos de la comunidad. Trabajar con significados implica el desarrollo de una estrategia dialógica en todos los pasos de la investigación –como suelen enfatizar algunos interpretativistas– pero incluyendo el diálogo que se gesta en el trabajo de campo, dado que la relación investigador/actor supone un continuo proceso de interpretación y reinterpretación, por supuesto que dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad, donde el investigador generalmente fue el hegemónico, pero no siempre.” (Menéndez, 2001: 134)

Perversión que afecta de manera muy llamativa a la observación participante pero también a las entrevistas de corte cualitativo y a los grupos focales:

“Una de las consecuencias más cuestionables del uso de los grupos focales en términos de investigación refiere al tipo de información producida, ya que suele ser referida al grupo concebido como homogéneo, sin tomar en cuenta una dinámica de participación que puede conducir a que el producto del grupo sea realmente producto de los líderes y/o sujetos activos y no del conjunto del grupo. Un problema adjunto, pero muy frecuente, se crea a partir de la forma en que se construyen los grupos focales, ya que suelen incluir sujetos ya sensibilizados y orientados ideológicamente no sólo hacia las temáticas seleccionadas sino inclusive respecto de las orientaciones impulsadas por los investigadores/actores, orientaciones que no expresan necesariamente las concepciones dominantes en la sociedad global.” (Menéndez, 2001: 154)

Y que, a veces, trata de esconderse con una explicitación escasa de la metodología empleada en los estudios. Así, autores como Menéndez (2001) o los participantes en el Seminario-Taller *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (Haro, 2010) han expresado su preocupación por lo que señalan como una tendencia creciente en Antropología: no explicitar o escamotear información sobre cómo se ha hecho la investigación que permitiría al lector fundamentar su opinión sobre la calidad y adecuación de los datos obtenidos. En sus palabras:

“(…) Igualmente, se señaló la importancia de explicitar el contexto de obtención de la información. Al respecto, mucho se ganaría con reconocer reflexivamente no solamente las motivaciones e intereses personales (‘autocontrol epistemológico’) sino también lo relativo al trabajo de campo y el contacto con los informantes. Una historia metodológica explícita sería mucho más valiosa que la impostación usual en el formato de ‘material y métodos’ que caracteriza a la epidemiología y cada vez más, por presiones extraacadémicas, a los estudios antropológicos.” (Haro, 2010: 21-22)

“(…) Pero una de las costumbres antropológicas más acendradas –y por supuesto también en otras disciplinas– es no describir o describir muy esquemáticamente como se realiza la investigación. Más aun esta tendencia la observamos en prácticamente todas las escuelas, inclusive en las que en los últimos años nos hablan de experiencia y de narración, y sobre todo en los setenta y ochenta algunos antropólogos nos han narrado –a veces muy psicológicamente–

sus experiencias etnográficas, lo predominante en ellos y en la disciplina en general es no describir como se hizo la investigación.” (Menéndez, 2001: 139)

Es necesario preguntarse, lógicamente, a qué puede obedecer esta situación. Y cabe apuntar diversos factores, aunque pueda haber otros. En el caso de las investigaciones realizadas desde la biomedicina he señalado ya una tendencia a la simplificación de la metodología y las técnicas que encierra cierta minusvaloración, acompañada de una ausencia (o limitación) en la formación de muchos (no todos) los que las emplean, algo, esto último válido, en realidad, también en el caso de investigaciones en las que participan científicos sociales. Como señala Menéndez (2010, 2001):

“Las técnicas rápidas de obtención de información (RAP) tuvieron una notable difusión inicial, que luego quedó sobre todo confinada a su uso por una parte de las ONG. Estas técnicas fueron tempranamente criticadas por epidemiólogos y por antropólogos por considerar que el tipo de información obtenido no era confiable, porque eran utilizadas por personas sin formación antropológica para obtener un material cultural complejo, y porque las mismas obtenían la información a partir de muy pocas personas, frecuentemente una sola. Este material se tomaba a veces como prueba piloto, pero en otras constituía la base a partir de la cual generar intervenciones sobre las comunidades (Herman & Bentley, 1992).” (Menéndez, 2010: 51)

“(…) Pero además el uso de estas técnicas [grupos focales] no ha sido acompañada de un aprendizaje de las mismas que provea habilidades de control sobre algunas de sus posibles consecuencias en los sujetos que participan; me refiero a nociones aunque sean mínimas de dinámica de grupo y/o de manejo de situaciones críticas dado que las mismas suelen emerger conflictivamente en grupos focales contruidos respecto de problemas como violencia, sexualidad o adicciones.” (Menéndez, 2001: 154)

“Durante la década de los ochenta la demanda del uso de técnicas cualitativas por instituciones dedicadas a trabajar con el proceso s/e/a [proceso salud / enfermedad / atención] condujo a algunos antropólogos a proponer el desarrollo de ‘técnicas rápidas’ (RAP) [Rapid Assessment Procedures] de obtención de información y de análisis (Scrimshaw y Hurtado 1988). Las principales razones fueron reducir el costo financiero y reducir el tiempo de investigación dado que las técnicas cualitativas suelen ser mucho más prolongadas en el tiempo dedicado tanto a recolección de información como de análisis de la misma y según algunas evaluaciones más costosas. Junto a esto hubo otras razones, siendo la principal, la posibilidad del uso de estas técnicas por personal no preparado formalmente, es decir agentes comunitarios de la propia comunidad. Las técnicas rápidas tienen como antecedente inmediato las propuestas y discusiones desarrolladas durante la década de los cincuenta al interior de la antropología en torno a la técnica del informante clave, de la cual son sólo una variante. Dichas técnicas, al igual que la del informante clave, pueden tener excelentes resultados utilizadas dentro de objetivos puntuales y limitados como es establecer un diagnóstico provisional de la situación de salud respecto de determinados padecimientos infectocontagiosos, pero a lo largo de su aplicación se las utilizó tratando de reemplazar el trabajo antropológico cualitativo intenso y extenso, simulando o estableciendo tácitamente ser su equivalente, o manejando la información obtenida como si fueran los datos decisivos y no información provisional a profundizar. Pero además en muchos contextos –como en el caso de algunas instituciones del sector salud– en lugar de ser aplicada por agentes comunitarios fue aplicada por investigadores profesionales perdiéndose el sentido de aprendizaje y trabajo comunitario. Sin negar otros usos, así fue utilizada en varios países de América Latina por algunos investigadores, subrayando que generalmente no informaban sobre las bases previas en las que sustentaron los informes sobre la aplicación inicial de estas técnicas rápidas; me refiero explícitamente al hecho de que la posibilidad de obtener información calificada y profunda en muy corto tiempo, se montaba sobre un conocimiento previo e intensivo de la comunidad y de los problemas a investigar por el investigador que las estaba aplicando, así que la rapidez se basaba en gran medida en un saber previo (Menéndez 1997b).” (Menéndez, 2001: 152-153)

Además, y creo que sobre todo, estas dificultades parecen enmarcarse en una manera de entender la investigación, toda ella y, muy especialmente, la social, diríamos casi

mercantil, en la que se priman la rapidez en la obtención de los resultados, el abaratamiento de los costos, la productividad académica (medida en volumen) frente a la calidad de los datos y su utilidad para generar conocimiento, más aún cuando éste puede ser aplicable y aplicado. Lo señalan así autores con décadas de experiencia en investigación:

“Personalmente estoy cada vez más preocupado por la calidad de la información que producimos los antropólogos a través de nuestras técnicas cualitativas, dado que toda una serie de procesos están conduciendo a un fuerte deterioro en la aplicación de las mismas. Presiones de muy diferente tipo que impulsan la *productividad académica* tienden a reducir no sólo el tiempo del trabajo de campo, sino además la posibilidad de asegurar una mínima calidad de la información obtenida. Se fomenta la rapidez en todos los pasos de la investigación, de tal manera que muchas instituciones financian básicamente proyectos que utilizan técnicas cualitativas que favorecen la urgencia, aun cuando se reduzca la profundidad y calidad de la información.” (Menéndez, 2008: 23, las cursivas son suyas)

“Dentro de esta tendencia hay actualmente algunos procesos que la impulsan en forma constante y sesgada, me refiero a la relación tiempo, productividad e ingresos del investigador y/o de su institución. Dedicarme a aprender el lenguaje del Otro y/o a realizar trabajos de campo de larga duración limitan la obtención de ‘puntos’, ‘estímulos’, ‘sobresueldos’ o como se los quiera llamar, todos los años y a veces durante varios años, dado que la descripción y análisis etnográfico suelen implicar tiempos comparativamente mucho más extensos que por ejemplo la descripción y el análisis estadísticos de la realidad a partir de encuestas. Los ingresos de un investigador dependen cada vez más de su ‘productividad’, y es esta orientación hacia la productividad la que –por lo menos en parte– está definiendo en la práctica ciertas formas de investigar más allá de las reflexiones metodológicas sobre la investigación. Y es esta orientación la que está afectando el desarrollo de las ciencias en general, pero especialmente el de una disciplina que como la antropología social, organizó su quehacer en términos de un trabajo de campo y de análisis o interpretación de ‘larga duración’.” (Menéndez, 2001: 140)

“En consecuencia el cambio más significativo que se está dando en la investigación actual, es la tendencia a organizar la producción de conocimiento como una empresa de producción y venta de servicios; de trabajar a partir de lo que le interesa al cliente, es decir de quien demanda, financia y/o apoya económicamente el estudio lo cual es fácilmente racionalizado por algunos antropólogos al relacionar dicha demanda con la metodología del ‘punto de vista del actor’. Esta orientación está modificando la forma de pensar/hacer disciplinaria en particular de tipo metodológica, de tal manera que cada vez más los investigadores deberán desarrollar habilidades específicas y dedicar tiempos cada vez mayores para obtener financiamiento. Deben aprender a vender sus servicios en un mercado de saberes constituido por fundaciones, editoriales, universidades, agencias nacionales o internacionales y/o empresas de muy diferente tipo, estableciéndose un juego cada vez más frecuente –y también perverso– entre el campo académico y los compradores de servicios donde las habilidades negociadoras y los controles administrativos frecuentemente ajenos al propio investigador, pasan a tener un papel cada vez más decisivo (Marcus y Fisher 1986). Es dentro de estos juegos, que las técnicas cualitativas han tenido un notorio desarrollo, en parte a través de modificaciones y adecuaciones que frecuentemente reducen su potencialidad descriptiva, interpretativa y aplicativa.” (Menéndez, 2001: 159)

Con las consecuencias, esperables, desde el punto de vista ético:

“No creo que esta situación constituya un problema cuando se explicita que se trata de eso, de un *survey* o de una primera aproximación que nos orientará para posteriores desarrollos de investigación más específicos. Las condiciones políticas en que se tienen que desarrollar las investigaciones de tipo sociocultural, por lo menos en nuestro país, muchas veces no dan para más. Pero una cosa es eso –y reconocerlo ya es un elemento significativo de nuestro trabajo científico–, y otra muy distinta es intentar dar gato por liebre o contentarse con esta situación, sin problematizarla desde un punto de vista teórico que, entre otros aspectos, debería incluir el de los condicionantes políticos de las investigaciones que llevamos a cabo en un campo tan crítico

como el de la salud. De esta manera sabríamos cuándo estamos haciendo una cosa —como son ciertas aproximaciones rápidas a un objeto de estudio— que tiene un alcance limitado, u otra cosa distinta, como lo que hasta hace pocos años se había entendido siempre que se hablaba de investigaciones cualitativas: etnografía y trabajo de campo antropológico en el sentido clásico del término.” (Romaní, 2013: 9, las cursivas son suyas)

“En consecuencia, se observa que se concede más importancia al texto construido que al proceso de cómo se construyó, quién sacó los datos, cómo los obtuvo y quién escribió el documento, a pesar de que estos elementos son centrales para hablar transparentemente sobre narrativas antropológicas y entender muchos fracasos de programas sanitarios incentivados por antropólogos médicos.” (Ramírez, 2013: 56)

Y, también, para la aplicación del conocimiento:

“Lo que ahora he podido ver de cerca es la proliferación de un conocimiento construido a base de papel pinocho, y eso me aterra. Estamos declinando, si no me equivoco, nuestra mayor responsabilidad como ciudadanos y ciudadanas, que es hacer bien aquello para lo que se supone que nos hemos formado. Y esa formación produce conocimientos y propicia una capacidad crítica que incide sobre planes e intervenciones administrativas y civiles sobre inmigrantes y gitanos. Incide apoyada por el aval de la Universidad, asentada en la autoridad, el poder y el prestigio de la Universidad. Un conocimiento que creo ahora, sin embargo, convertido en papel pinocho que se extiende suavemente, que poco a poco te arrastra y te compra y te vende. Me refiero, evidentemente, a los estudios —decenas de estudios— sobre personas hartas de ser estudiadas para nada que les competa. Estudios que se diseñan sin una convicción interdisciplinaria, aunque muchas veces en ellos se declare lo contrario, y por lo tanto parcial y presuntuosa. Estudios en los que la parafernalia cuantitativa o la sutileza cualitativa se ensañan sobre unos datos pobres, forzados, abandonados a la captación inexperta. Los inmigrantes de carne y hueso casi no existen para la Universidad, como nunca existieron los gitanos, relegados a la excentricidad de cinco o seis investigadores que mantienen la necesidad humana del contacto con su objeto-sujeto de estudio y la necesidad técnica de la experiencia y la preparación para hacer un trabajo de campo.” (San Román, 2000: 194)

Estaríamos, en definitiva, y volviendo a la discusión sobre los argumentos de Inhorn (1995), en una deriva que acabaría equiparando en su quehacer investigador a una Epidemiología acrítica con una Antropología que se traiciona a sí misma. No parece lo deseable y, afortunadamente, hay alternativas.

Y todavía dos apuntes más sobre esta tercera área de Inhorn (1995). Nos dice la autora que “Epidemiologists gather data through communicating with the well, the ill and their caretakers, just as medical anthropologists do.” (Inhorn, 1995: 287), pero sabemos ya que esa comunicación alcanza, al menos idealmente, niveles muy diferentes en una y otra disciplina. Dos muestras de esto:

“En investigaciones cortas y basadas exclusivamente en entrevistas aparece la necesidad del consentimiento informado como manera de justificar las intervenciones rápidas y limpiar la conciencia del investigador (alegando que ha sido consentida la información del *Otro*) sobre el uso que se hará del dato. En el contexto de la etnografía, el consentimiento informado carece de sentido ya que la confianza establecida con el *Otro* otorga una confidencialidad explícita mutua (sujeto/sujeto), que no requiere ser concretada en la firma de un documento, ya que la confidencialidad hace que el investigador —basado en principios deontológicos— sepa lo que puede o no desvelar y qué deberá guardar como *secreto de familia*.” (Ramírez, 2013: 53, las cursivas son suyas)

“Contràriament al tipus d'eficàcia exigida a aquest tipus d'enquestadors que es mesura segons el número de persones enquestades per hora o per dia, l'etnògraf ha d'entendre molt bé que en la seva feina quotidiana el **saber perdre el temps** és quelcom fonamental. I és això el que durant

aquests anys de Grau⁶⁷ hauran d'aprendre i els asseguro que aprendre 'a saber perdre el temps' durant la seva vida d'etnògraf... els donarà molta feina.

La **immersió** en una societat diferent de la nostra no pot fer-se d'una altra manera. I per a mi, *perdre el temps*, és utilitzar-lo per a crear relacions humanes, per a descobrir l'entorn de la societat en la qual volem esdevenir antropòlegs, els seus carrers, el seus camins, les seves muntanyes i rius, la seva gent, les seves cases, els seus llocs de trobada, de treball, d'esbarjo i de vida social... sense cap bloc de notes entre les mans, ni llapis, ni camera, ni magnetòfon encara que sigui digital i imperceptible; sense cap protocol, pla o qüestionari encara que sigui molt ben elaborat; estant, anant, deixant-se amarar (empapar) de tot allò que envolta a l'etnògraf, aprenent la llengua que sempre és una inversió a llarg termini... Se perfectament que aquesta forma de *perdre el temps* es difícil de justificar als organismes científics que han de subvencionar els nostres treballs de camp. Però jo penso que és el primer pas que cal donar. Donarem les explicacions burocràtiques que calguin, però no oblidarem que per l'etnògraf *el temps no és or* i que per aquesta raó pot permetre's el luxe de perdre'l. Els etnògrafs som els darrers quixots de les ciències socials. Però malgrat això també es cert que podem justificar-lo (el temps perdut) i justificar-nos (com a quixots)." (Mallart, 2009: 8-9, las negritas y las cursivas son suyas)

Y, más aún, sabemos también que esa comunicación no puede limitarse a recoger lo que los sujetos dicen. Pero, a lo largo de las últimas décadas se han ido consolidando en Antropología las corrientes que aseguran basarse, a menudo (casi) exclusivamente, en las narrativas de los sujetos, en recoger sus experiencias –en Antropología de la salud, sus vivencias sobre la salud y la enfermedad– con su propia voz. En principio, algo deseable y que, de nuevo, está en la esencia misma de la disciplina.

“Como Cortés (1997: 112) señala, la experiencia de la enfermedad, el *padecimiento*, coloca al sujeto en una situación de búsqueda de sentidos en la que la narración, en todo su conjunto, resulta oportuna: ‘Las corrientes interpretativas han propuesto que las experiencias de padecimiento pueden expresarse en forma significativa a través de narraciones’ (*Ibid*: 98). Las narrativas pueden incorporar y reconstruir ideas culturales sobre las causas de la enfermedad y sobre el padecimiento en sí mismo como forma de incluirlo en la vida de una persona (Hyden, 1997: 58). Además, permiten conocer cómo se construyen sus saberes, cómo manejan la experiencia, las formas simbólicas de una cultura y las estrategias de atención. Tal y como señala Bury (2001: 264), las dimensiones universales, culturales e individuales de la experiencia humana son ensambladas por la narrativa, con capacidad para expresar y transmitir el sufrimiento más allá de las formulaciones biomédicas de la misma: cuanto más importancia se da al sufrimiento más relevancia alcanzan las narrativas (Hyden, 1997: 52).

El auge de la medicina ‘científica’, ligado al desarrollo de los hospitales, laboratorios y desarrollo tecnológico en general, implicó una creciente concentración de esfuerzos por la obtención de datos ‘objetivos’, signos o pruebas diagnósticas de los distintos y fragmentados sistemas corporales del paciente ‘portador’ de la enfermedad, en detrimento de su experiencia, sensaciones y creencias; en otras palabras, de sus narrativas. La enfermedad descrita, definida y apropiada por una profesión médica cada vez más poderosa fue separada de la experiencia y sufrimiento de la vida cotidiana de quien la vivía (*Ibid*: 266). Teniendo esto en cuenta, cabe pensar que ‘la existencia de una biomedicina cada vez más tecnificada e insensible con la dimensión significativa, semántica, semiótica y hermenéutica de la enfermedad es, con toda probabilidad, un elemento explicativo en la proliferación de estas investigaciones interpretativistas’ (Martínez, 2008: 104). Por su parte, Kleinman, citando a Horton, argumenta que la medicina científica moderna, tan dirigida a la eficacia en problemas biológicos, ha perdido la capacidad para lidiar con el significado social de las enfermedades, quedándose sin respuesta a muchos problemas derivados de los padecimientos (Kleinman, 1981: 100). Bury atribuye este hecho también al alto e insostenible coste que el gran desarrollo tecnológico implica en algunas sociedades, a una mayor ‘democratización’ de las relaciones sociales en general, a un mayor acceso a información clásicamente circunscrita a los profesionales y al aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas en detrimento de las infecciosas (Bury, 2001: 268).” (García, Argüello, 2013: 169-170, las cursivas son suyas)

⁶⁷ El texto reproduce una conferencia a estudiantes del Grado de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Pero, como he dicho ya, asumiendo acríticamente estos presupuestos corremos el riesgo de reducir la enfermedad al padecimiento, entendiéndola casi como una mera construcción cultural dejando de lado no sólo su dimensión clínica sino, muy a menudo, también, la social, económica y política. Podemos verlo en las mismas palabras de los profesionales que defienden la recogida de narrativas como estrategia privilegiada de investigación:

“A propósito de la contextualización del *padecimiento (illness)*, Osorio (2001: 32-33), parafraseando a Kleinman (1981: 72-74; 1978: 88; 1988: 5-6), señala que el padecimiento se ‘refiere a la experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad (o la enfermedad percibida). En este sentido, también es una construcción que incluye los procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y evaluación dirigida a la enfermedad y sus manifestaciones, por parte del enfermo, su familia o las redes sociales’. La *enfermedad*, también conocida como *disease*, es una ‘construcción elaborada desde la biomedicina, u otros practicantes profesionales, generalmente estructurada al interior de un cuerpo de saberes teóricos y técnicos que clasifican, etiquetan e interpretan los problemas de salud’ (según Kleinman, en Osorio, 2001: 32). Si la enfermedad no es una entidad en sí misma, sino que debe considerarse una construcción cultural, las narrativas de las enfermedades se construyen pretendiendo regular y determinar las narrativas de los padecimientos (*modelos explicativos*, ME) correspondientes.” (García, Argüello, 2013: 167-168, las cursivas son suyas)

“Las narrativas nos ayudan a traducir o interpretar los diferentes lenguajes en la medicina, algo inherente al quehacer antropológico desde su nacimiento, para poder establecer puentes de comunicación y entendimiento entre los distintos sistemas terapéuticos, pero sobre todo entre los usuarios/pacientes y los prestadores de salud. Puede concebirse la narrativa como campo semántico y las transacciones clínicas como procesos interpretativos (Cortés, 1997: 98). Para Kleinman, en el corazón del cuidado ‘clínico’ yace un problema interpretativo, de diferentes marcos cognitivos, culturales o conductuales (Kleinman, 1981: 98), de diferentes *modelos explicativos* (ME) (*Ibid*: 99). En su defensa de los ME, las narrativas son útiles, dado que los ME son ‘paquetes individuales de ideas no idénticas, constituidas por la conjunción de componentes de varios sistemas de creencias’ (Berger en Kleinman, 1981:95). Estas características otorgan mayor importancia al relato en primera persona; además de reflejar una categoría social, añaden variabilidad.” (García, Argüello, 2013: 171, las cursivas son suyas)

Si lo que se aspira es a algo más (y no es que sea poco) que a recoger la experiencia de un sujeto o de un tipo de actor concreto, si lo que pretendemos es comprender, profundamente, contextualizadamente, con garantías de cara a una intervención, estas narrativas deberían recogerse para todos los tipos de actores implicados. De manera concreta, en lo que se refiere a los estudios de salud, es fundamental recoger los relatos de los pacientes (sobre sus vivencias de la salud y la enfermedad, sobre sus padecimientos, sus expectativas, experiencias y demandas sobre la atención que recibe o quisiera recibir, sobre su situación económica y cómo se ha visto o no afectada en caso de enfermedad...) pero también de personas de su entorno social (que son encargados del cuidado o que asumen ciertas consecuencias de su pérdida de salud, por ejemplo) y de profesionales, de muy diverso tipo (de asistencia directa, gestores y decisores del sistema biomédico y, también, de otros especialistas ajenos a éste...). Menéndez (2005a) lo explica con claridad:

“(…) En lugar de incluir las perspectivas y relaciones según son narradas por todos los actores significativos que operan en una situación o proceso determinado, sólo se narra lo que dice, siente, piensa, o como quiera denominarse, uno de los actores quien inclusive es el que frecuentemente expresa no sólo su propia perspectiva, sino lo que dirían, pensarían o harían los otros actores con los cuales está en relación. Es decir, que lo que el actor seleccionado dice que dice otro actor es manejado por el investigador como si en verdad fuera información del actor que, sin embargo, no habla; y que no lo hace, sobre todo, porque el investigador no lo entrevista o no lo encuesta, ni, menos aún, lo observa.” (Menéndez, 2005: 69)

“Esta manera de describir, de presentar los datos y de interpretarlos, como lo hemos analizado en otros trabajos (Menéndez, 1997[a] y 1999), obedece a diversas razones de tipo teórico, metodológico e ideológico y, mientras en determinados casos dicha propuesta es intencional, en otros no aparece reflexionada por los que la usan. En el primer caso se busca subrayar el papel de uno solo de los actores; de cómo éste vive su realidad, de sus posibilidades de modificar la relación dominante incluyendo la situación de opresión, estigmatización o violencia que la caracteriza, como ocurre con numerosos materiales etnicistas y feministas, donde la narración de los sujetos aparece manejada frecuentemente como testimonio de su situación y relación de opresión y subalternidad. A estos autores les interesa sobre todo poner de manifiesto y transmitir la perspectiva de uno solo de los actores y suelen ser conscientes de la omisión, pero la consideran secundaria o irrelevante respecto de sus objetivos centrales, que son en gran medida de tipo ideológico, ideológico-político o ideológico-técnico.

Mientras una parte de estos autores sabe que está sesgando la realidad en función de objetivos ideológicos, otra considera que la realidad constituida a través de la voz de uno solo de los actores equivale a ‘la’ realidad. Estos investigadores describen la realidad mediante un solo actor juzgando que lo que expresan es ‘la’ realidad y no sólo la representación o experiencia que tiene de ésta un único actor. Existe una notable cantidad de trabajos en los cuales el investigador tácita o expresamente estima que la narración de un actor evidencia realmente no sólo al sí mismo, sino a otros actores –aun siendo antagonistas–, de tal manera que los relatos de una mujer sobre su pareja masculina o de un varón sobre su compañera expresarían no sólo la mirada de ella o de él sino también la de su compañero(a), e inclusive las negociaciones entre ambos; o que lo dicho por un homosexual que padece SIDA no expresa exclusivamente su experiencia de estigmatización, sino que da cuenta de los procesos de estigmatización desarrollados por diferentes actores significativos contra él, pero de los cuales no se obtiene otra información que la dada por los sujetos con VIH-SIDA. En ambos casos la etnografía se centra en la narración de un actor particular y se omite de manera parcial o, con mucha frecuencia, en forma total la perspectiva-narración de los otros actores, así como las relaciones que se establecen entre ellos. Tal vez sería más correcto decir que las relaciones entre los diferentes actores quedan reducidas a lo que un actor específico informa sobre ellas.” (Menéndez, 2005: 69-70)

“En el desarrollo de estas tendencias me preocupa no sólo evidenciar y tratar de explicar estas discrepancias, sino reflexionar sobre cuál es la concepción de la realidad que surge de trabajos donde las relaciones, negociaciones o transacciones están circunscritas a las representaciones, relatos o experiencias de uno solo de los actores significativos. ¿Qué comprensión de la relación curador-paciente tendremos si entrevistamos exclusivamente al curador o si sólo escuchamos al ‘paciente’; así como qué tipo de realidad negociada surge de las relaciones varón-mujer si únicamente oímos –o inclusive observamos– sólo a una de las partes? ¿Qué versión de la realidad tendremos si la realidad de las relaciones sociales y de los sujetos implicados en las mismas se constituyera exclusivamente a través de las representaciones y experiencias de un violador de niños o de un activista racista, y además transcrita y analizada por autores que tienen no digamos ‘simpatía’ sino respeto por la visión ‘emic’ de la realidad, expresada en estos casos por las narraciones de los violadores y de los racistas, sin describir las otras perspectivas actorales, es decir, las de los violados y las de los sometidos a discriminaciones racistas?.” (Menéndez, 2005: 72-73)

De hecho, la ausencia de una rigurosa selección de los informantes es una crítica frecuente al quehacer de la Antropología desde la Epidemiología. Una crítica que puede o no ser justa. No lo es cuando se cuestiona que la selección de informantes se realice a medida que avanza la investigación identificando este proceder –característico de los diseños emergentes de investigación pero frontalmente opuesto a los diseños cerrados propios de enfoques de base cuantitativa– con falta de criterio o improvisación, obviando que los informantes deben escogerse para cada investigación, cada escenario, cada etapa y cada tema concreto que se investigue y que la evolución de un proyecto, los conocimientos que se van adquiriendo y la emergencia de temas o enfoques nuevos o no previstos, puede justificar que los informantes que se consideren idóneos en cada momento respondan a perfiles muy diferentes entre sí y diferentes también a los que pudieran haberse previsto en etapas iniciales del diseño. Otra cosa es, y ahí la crítica

estaría más que justificada, que el autor no haya explicitado con qué criterios seleccionó a los informantes, que éstos no sean coherentes con las preguntas de investigación y/o con la selección que realmente se realizó o que las justificaciones sobre todo ello no sean adecuadas:

“Como ya lo indicamos, ambas disciplinas se han cuestionado mutuamente, y así los epidemiólogos sostienen que los antropólogos no establecen con claridad cuáles son sus criterios para seleccionar los informantes con los cuales trabajarán; que las formas de utilizar, por ejemplo, la técnica denominada *bola de nieve* conducen a que por lo menos una parte de los sociólogos y antropólogos recurran a los informantes que “pueden” y no a los que serían más idóneos para lo que quieren estudiar.

Y tienen razón, ya que gran parte de los estudios antropológicos y sociológicos de tipo cualitativo no establecen criterios claros de selección de sus sujetos de estudio, o lo que es más preocupante, establecen criterios de selección, y luego entrevistan a los sujetos que pueden y no a los que debieran en términos de la metodología propuesta. Debo advertir que algo similar le ocurre a una parte de los epidemiólogos que se han dedicado en los últimos años a aplicar técnicas cualitativas, sin tener demasiada experiencia en ello.” (Menéndez, 2008: 23, las cursivas son suyas)

“Para mí, las propuestas socioantropológicas debieran preocuparse no sólo por la capacidad estratégica de la información obtenida, sino también por la calidad y confiabilidad de dicha información. Es decir, tenemos la obligación metodológica de establecer y justificar cuáles son nuestros actores significativos, cuáles son los criterios de selección de los sujetos que representan a los mismos, cómo obtenemos la información y cómo aseguramos la confiabilidad de ésta.” (Menéndez, 2008: 25)

Pero es que, además, si queremos comprender, no podemos limitarnos sólo a recoger lo que los sujetos dicen: porque sabemos que no siempre lo que alguien dice se corresponde con lo que hace, ni las razones por las que lo hace son necesariamente las mismas que nos explican. La comunicación tiene que darse, sí, en el curso de entrevistas pero, en muchos casos será ineludible la observación participante, en la que el antropólogo podrá no sólo recoger narraciones sino observar lo que los sujetos hacen, cómo y cuándo lo hacen y en qué medida se corresponde con lo que explican y en qué medida no y por qué. Dos ejemplos de Ramírez (2013) y un resumen de Menéndez (2005a):

“Las narrativas sobre enfermedad, aflicción, sufrimiento, condiciones laborales, etc., pueden ser construidas a través de lo que los sujetos dicen, expresan, narran; sin embargo, es importante la observación de la práctica. En el año 2004 realicé una investigación de dos años a través del método etnográfico en la ciudad de Potosí, Bolivia, para conocer cuáles eran las problemáticas de salud más importantes. En el discurso, los habitantes (en su mayoría indígenas quechuas) y el personal sanitario expresaban solo una parte de los problemas de salud. Uno de los elementos que encontré cuando conviví con las familias mineras fue la importancia de los varones en la salud familiar –algo que no aparecía en los discursos–, así como la violencia doméstica, los suicidios y las violaciones intrafamiliares, datos que eran excluidos de las narraciones de los profesionales sanitarios y de la población [Ramírez, 2009a].” (Ramírez, 2013: 48-49)

“Otro de los ejemplos que puede ilustrar esta cuestión es una investigación de metodología cualitativa que realicé en 2007 y 2008, sobre calidad de atención en los servicios de salud pública del altiplano boliviano. La obtención de la información fue diseñada para realizarse a través de las técnicas de entrevistas y observación en los servicios de salud pública con enfoque intercultural. Después de concretar 50 entrevistas, a mitad del trabajo de campo quedé ingresada en el hospital de Potosí y tuvieron que realizarme una intervención quirúrgica. El hecho de realizar observación participante en el interior de un hospital público implicó conocer información que no había sido verbalizada en las narrativas de los pacientes ni del personal sanitario. Esto fue de suma importancia para conocer el motivo por el cual había un número elevado de muertes hospitalarias en ese centro, reconocido reiteradamente por las consultorías

como ejemplo de uno de los programas exitosos de salud intercultural. Observé que uno de los mayores problemas en el hospital era la higiene, tanto del personal sanitario como de los materiales que se usaban, los baños destinados a los pacientes, la comida, etc. La internación no solo me permitió observar, sino también padecer, las carencias de las prácticas higiénicas y sanitarias. A los tres días de mi internación solicité asistencia para ir al baño. Mi estado físico me impedía caminar y una estudiante de enfermería me trasladó en silla de ruedas al único baño disponible para las 20 mujeres ingresadas en la sección en la que me encontraba. Eran las tres de la madrugada. Esa noche el sanitario se encontraba regado de sangre. Pedí a la estudiante que por favor llamara a la señora de la limpieza. Así lo hizo. Ante mi sorpresa, la señora tomó la fregona del suelo, toda sucia, y la pasó por el sanitario intentando sacar la sangre. Inmediatamente después la estudiante de enfermería me levantó de la silla de ruedas, como si las condiciones del mismo fueran las óptimas para ser utilizado. Este fue solo un episodio de los muchos que registré a lo largo de mis 12 días de internación. A partir de ahí comencé a indagar sobre el motivo por el cual no aparecía ese dato en las narraciones, y llegué a la conclusión de que la falta de higiene era una práctica normalizada hasta el punto de no considerarla un problema. Estos ejemplos muestran las limitaciones del uso exclusivo de narrativas para interpretar o explicar situaciones relacionadas al ámbito de la salud, la enfermedad y la atención.” (Ramírez, 2013: 49-50)

“(…) A partir de los sesenta, pero sobre todo de los setenta se cuestionó la propensión de la antropología a trabajar básicamente con representaciones, proponiendo como alternativa estudiar las experiencias, las trayectorias, las carreras y/o las prácticas. Sin embargo, la mayoría de los trabajos que utilizaron estos conceptos, y especialmente el de prácticas, lo que en verdad describieron fueron representaciones y no prácticas. Se tiende a considerar práctica lo que los informantes dicen, y sobre todo si dicha información se refiere a la experiencia individual; se cree que la narración de una experiencia o trayectoria las convierte en prácticas. Quiero subrayar que en la casi totalidad de estos trabajos la calidad de práctica surge de lo que los sujetos dicen, de sus narraciones o de sus respuestas a las entrevistas.” (Menéndez, 2005: 73)

Este conocimiento directo de las perspectivas y conductas de los actores y del contexto en el que viven es, además, el que permite al antropólogo mantener su visión crítica sobre la realidad que observa, su perspectiva científica, por mucho que haya empatizado con la situación de los actores. Lo explica San Román (2006) hablando de la Antropología aplicada:

“Por otro lado, la función crítica del antropólogo es clave, puesto que la visión de la gente no es ni inmutable ni verdadera. Por el contrario, cambia en múltiples direcciones y se resguarda tras múltiples imágenes y justificaciones, como la de todo el mundo. Y cambia especialmente en estos momentos en los que existe una intervención administrativa -o de una ONG o de ellos mismos de envergadura en marcha, conforme se va añadiendo información, conforme van apareciendo dificultades, conforme se encuentran oportunidades, conforme se ensayan experiencias de todo tipo que antes no se conocían y ahora resultan estar abiertas. Calibra y ajusta constantemente sus intereses. Nunca el problema ni su percepción será igual de principio a fin, porque se trata de personas, como nosotros, que también cambiamos en estos mismos procesos. Mi preocupación es cerciorarme de que comprendemos, como antropólogos y antropólogas, de la mejor manera posible lo que la gente piensa y lo que le preocupa en cada momento, que construimos una etnografía potente; pero de ninguna manera podemos entronizar el pensamiento de la gente. La apertura de alternativas y la crítica es la base de muchas tareas de Antropología Aplicada y el problema de un relativismo extremadamente respetuoso es, precisamente, que anula la función crítica.” (San Román, 2006: 390-391)

No hacerlo así, nos volvería, a los antropólogos, prescindibles, lo que tendría malas consecuencias no sólo para nuestro futuro laboral (que también es importante, tampoco vamos a negarlo) sino, sobre todo, por dejar un hueco muy difícil de cubrir en la investigación social:

“(…) Pero, de hecho, si el antropólogo ha hecho bien su trabajo, su percepción del problema debería contar con la que la gente tiene, pero debería ser mejor que la de la gente. Tenemos que comprender pero no somos meros altavoces de los sujetos. En tal caso seríamos absolutamente

innecesarios. Si el trabajo es serio, se habrá operado una intelección de la realidad que añade dimensiones que sólo el análisis antropológico puede introducir.” (San Román, 2006: 390)

Epidemiología y Antropología no trabajarían, entonces, del mismo modo y, sin embargo, sigue dando la impresión de que, en investigaciones de calidad, la complementariedad no es imposible. Pero volvamos, otra vez, al análisis de Inhorn (1995), que señala una cuarta área de posibles divergencias en los siguientes términos:

“4. EPIDEMIOLOGY 'BLAMES VICTIMS' FOR THEIR 'RISKY' BEHAVIORS; ANTHROPOLOGY EXAMINES THE MACRO-LEVEL CONDITIONS GIVING RISE TO THOSE BEHAVIORS

Because epidemiology is interested in part in assessing the relationship between human behavior and disease, some medical anthropologists are alarmed by the possibility of 'victim-blaming' [Myntti, 1991]: i.e. that epidemiology identifies and blames individuals for their health-demoting behaviors. Yet, epidemiology is population-based and is explicitly concerned with a level of analysis above and beyond that of the individual. Furthermore, identifying population based behaviors that are deleterious to human health is not the same as 'blaming' individuals –or the cultures of which they are a part– for those behaviors. In fact, if epidemiology is to be faulted in any way, it is for failing to go beyond mere identification of behaviors to attempt culturally meaningful explanations and contextualizations of those behaviors. In other words, epidemiology asks 'who', 'when', 'where' and 'how' questions, without posing the crucial anthropological 'why' question. This is why, as Nations [Nations, 1986] so cogently argues, epidemiology *needs* anthropological and especially ethnomedical perspectives to, as she puts it, prevent 'epidemiologic *rigor*' from becoming '*rigor mortis*'.

However, if epidemiologically aware anthropologists 'take over where epidemiology leaves off' [Myntii, 1991] by attempting to explain why people behave in ways that are harmful to their health, are we the guilty 'victim-blammers'? Again, it is important to distinguish between explaining and blaming. Just because medical anthropologists study issues of human misery –including misery that is humanly created– it does not mean that our intention is one of 'blaming'. On the other hand, few medical anthropologists are probably true cultural relativists in accepting without repugnance obvious health-demoting practices involving exploitation, domination, abuse or infliction of pain –even when culturally condoned. Furthermore, because many of us are 'problem-oriented' in our studies, we acknowledge that there are 'problems' that need to be solved or alleviated.(...)” (Inhorn, 1995: 287-288, las mayúsculas y las cursivas son suyas)

Este punto parece remitir, en realidad, a tres cuestiones diferentes. Primero, al riesgo de culpabilización de las víctimas –aunque sobre la palabra víctima podríamos, también, hablar largo y tendido–: efectivamente, como la propia autora señala, el epígrafe parece de una dureza excesiva. El riesgo de culpabilización de los individuos por su propio comportamiento obviando el conjunto de factores no sólo psicológicos, biológicos y culturales sino de índole política, social y económica lo he mencionado ya en páginas anteriores. De hecho, basta con pensar en las diferentes campañas sanitarias sobre, por ejemplo, VIH-SIDA o consumo de drogas, desarrolladas a nivel tanto nacional como internacional a lo largo de los años, para reconocer que es algo más que un riesgo. Ahora bien, tampoco resultaría justo afirmar que esta es la intención de los epidemiólogos ni que los antropólogos estén vacunados. Ninguna ciencia, ningún conocimiento, vuelvo a insistir, es ajeno al tiempo y al lugar en el que se produce y todos los investigadores de todas las disciplinas están inmersos en un determinado contexto político, cultural y social y tienen una ideología y experiencia personales que puede impregnar su quehacer profesional. En la ética del investigador, de cualquier disciplina, está el reflexionar sobre su propia práctica, sobre los intereses a los que sirve o a los que corre el riesgo de acabar sirviendo.

Por otro lado, la identificación del investigador con las situaciones y los sujetos con los que trabaja. Retomaré esta cuestión al hablar de las posibilidades de aplicación del conocimiento antropológico, un poco más adelante, pero dejo aquí ya un apunte sobre el tema:

“Todo esto nos puede alejar de las posiciones de nuestros informantes –o no-, pero no tendría por qué impedir nuestra comprensión de las mismas. Es más, en las actuaciones de Antropología Aplicada, sean del tipo y de la intensidad que sean, no se me ocurre mejor instrumento para preservar el punto de vista de los sujetos, cambiante y selectivo respecto a su propia cultura y a la nuestra, que defender el presupuesto de igualdad y proponer alternativas que permitan decisiones lo más libres que sea posible. La defensa a ultranza de ‘su cultura’ no sólo es una condena al inmovilismo forzoso de las personas, es un flaco servicio a la capacidad de innovación y de adaptación ventajosa a los cambios históricos y a las coyunturas; parece que hagamos un gran gesto cuando realmente estamos haciendo una gran faena a quienes decimos apoyar. Son ellos los que deben trazar su camino en el tortuoso escenario de la vida social, incluido cambiar su cultura, no nosotros, aunque estemos presentes y procuremos inducir a la reflexión. Pero tampoco tenemos por qué compartir sus deseos, cuando los hay, de invadir la libertad de otros ni de establecer o utilizar los mecanismos de desigualdad. Enseguida hablo de esto.” (San Román, 2006: 391-392)

Y, tercero, la causalidad de los fenómenos. Lo he dicho, también, ya: el planteamiento metodológico y técnico de buena parte de los estudios realizados desde la Epidemiología social dificulta, cuando no impide, realizar hipótesis consistentes sobre las causas de los fenómenos que observa. De hecho, ni siquiera la intención es esta en buena parte de los casos. Pero también es justo afirmar que tampoco lo es en parte de los que se realizan desde la Antropología. Y que, también, los planteamientos de alguno de ellos, aunque sí lo pretendan, no pueden conseguirlo. De nuevo, la igualación se daría por abajo. Es importante pararse un momento en esto puesto que diversos autores han llamado la atención respecto a la aparente polarización de las diversas corrientes en Antropología de la salud y las dificultades que implicaría para un adecuado, holista, conocimiento de los procesos. Por un lado, tendríamos las tendencias interpretativistas o culturalistas, focalizadas en los factores culturales relacionados con la salud⁶⁸.

“(…) Y así, por ejemplo, toda una serie de autores han cuestionado recientemente la tendencia de los antropólogos médicos no sólo a trabajar exclusivamente con procesos culturales, no sólo a no incluir los procesos de desigualdad socioeconómica en sus descripciones etnográficas, sino a que dicho énfasis en lo cultural tiende a ocultar el papel que desempeñan los procesos económico-políticos y en particular la pobreza en la causalidad y desarrollo de enfermedades como la tuberculosis broncopulmonar o el VIH-sida, así como en el uso de servicios de salud (Castro y Farmer 2003; Farmer 1996⁶⁹, 1997, 2003).” (Menéndez, 2008: 39)

“Dicha crítica al culturalismo no negaba la significación de los procesos simbólicos, sino que cuestionaba la reducción de la realidad a aspectos simbólicos, así como la negación o secundarización de procesos económico-políticos que eran básicos para comprender los procesos de s/e/a [procesos salud / enfermedad / atención].” (Menéndez, 2008: 39)

“En uno de los trabajos fundadores de la antropología médica actual, A. Young (1982) analiza el enfoque utilizado por uno de los líderes de las corrientes interpretativas, concluyendo que Kleinman reduce los PSEA [procesos salud / enfermedad / atención] a eventos clínicos y a la percepción de la enfermedad; circunscribe las relaciones sociales exclusivamente a la relación médico / paciente-familiares, pero excluyendo todo otro tipo de relaciones no solo macrosociales sino comunitarias. Sus trabajos se caracterizan por utilizar un enfoque microsociológico, que no

⁶⁸ Vuelvo a sugerir la lectura de Menéndez, 2008.

⁶⁹ Este texto aparece recogido en la bibliografía referida como Farmer, 1996b.

describe ni analiza el papel de las estructuras sociales ni la dimensión económico-política, donde el poder es referido exclusivamente a las relaciones personales.” (Menéndez, 2010: 43)

En buena parte de los casos, podríamos afirmar que se trata de enfoques muy orientados a la *integración* con la biomedicina pero que raramente la problematizan:

“Tanto Kleinman, Good, [Kleinman, 1988; Good, del Vechio, 1993] como otros interpretativos, no solo están interesados básicamente en la medicina clínica, sino sobre todo en la eficacia médica. Y como recuerda Young [Young, 1982], uno de los conceptos clave desarrollados por Kleinman, el de modelo explicativo, tuvo como objetivo básico generar instrumentos pedagógicos para trabajar con médicos clínicos en el aprendizaje de una relación médico / paciente que tomara en cuenta al paciente para establecer negociaciones terapéuticas más eficaces, donde la prioridad de la enseñanza es colocada en el tratamiento individual.

En fin, Young señala que si bien tanto Kleinman como Good critican ciertos aspectos de la biomedicina, no obstante no describen ni analizan los determinantes sociales, políticos y económicos de la misma. Lo cual fue señalado también por Taussig [Taussig, 1980], así como por Baer y por Singer en diversos trabajos, donde consideran que la denominada antropología médica clínica (Chrisman & Maretzki, 1982) se caracteriza por desarrollar y aplicar un enfoque antropológico cada vez más psicologista y biomedicalizado.

Taussig (1980) analizando los tempranos trabajos de Kleinman y especialmente su manejo del *illness* (padecimiento) y sus propuestas respecto de la relación médico / paciente, concluye que el objetivo es educar al médico y al paciente pero a partir de las instituciones y concepciones biomédicas, sin incluir los conflictos de diferente tipo que operan en dicha relación: (...).” (Menéndez, 2010: 44, las cursivas son suyas)

Por otra parte, estarían las corrientes centradas en el estudio de los factores políticos y económicos, especialmente en las llamadas relaciones de dominación.

“En términos comparativos debemos señalar que a partir de fines de la década de los sesenta se desarrolló en el ámbito internacional una corriente de notables estudios en medicina social, generando importantes aportes no sólo críticos sino propositivos en varios países latinoamericanos (Breilh 1979; Donnangelo 1975; Laurell y Noriega 1989). Las principales tendencias de esta corriente se caracterizaron por focalizar los aspectos económico-políticos, pero también por excluir o secundarizar los aspectos culturales.” (Menéndez, 2008: 39-40)

No puede negarse que ambos planteamientos son legítimos desde el punto de vista investigador, y que existen multitud de autores intentando trabajar en posiciones, digamos, intermedias; lo que debe alertarnos es que muy habitualmente ambos enfoques se planteen en términos de confrontación o de manera excluyente sobre todo si lo que pretendemos es producir un conocimiento susceptible de utilizarse para intervenir sobre fenómenos cuya complejidad sólo habríamos estudiado de manera parcial (Menéndez, 2001, 2010):

“En principio no cuestiono que autores y corrientes teóricas prefieran, por diversas razones, trabajar más con aspectos simbólicos que con aspectos biológicos o económico-políticos, ni tampoco que unos prefieran trabajar más con experiencias que con representaciones colectivas o con saberes sociales. Lo que cuestiono es proponer y usar estas dimensiones y conceptos como antagónicos y excluyentes a priori. Considero que la selección las orientaciones teóricas, de los conceptos y metodologías, debe darse en función de la problemática a estudiar, del tipo de objetivos buscados, del tipo de actores sociales con que trabaja.” (Menéndez, 2010: 62)

No obstante, el propio Menéndez (2001, 2010), en una reflexión que me cuesta compartir al completo, afirma que las diferencias en la práctica, al menos en los autores más sólidos (y quizá aquí esté la clave), no son tantas:

“Por otra parte el hecho de que el análisis de las teorías se concentre en la reflexión teórica sobre lo teórico más que en el análisis teórico, metodológico y técnico de las investigaciones, da lugar a una agudización de las diferencias entre las orientaciones teórico/metodológicas hasta convertir frecuentemente dichas diferencias en oposiciones ideológicas. Como expresión de esta tendencia voy a presentar un ejemplo que refiere no sólo a la situación latinoamericana sino sobre todo a la estadounidense, dado que estos problemas no son exclusivamente nuestros. En antropología médica hay actualmente varias corrientes importantes, pero hay dos escuelas –la antropología médica crítica y la antropología médica interpretativa/clínica– que se caracterizan por su notable producción etnográfica, así como por su desarrollo teórico. Estas dos escuelas aparecen fuertemente antagonizadas en términos teóricos y metodológicos e incluso ideológicos, lo cual se expresa sobre todo a través de la obra de algunos antropólogos en particular de M. Singer (AMI) (1981, 1988, 1990; Singer y Borrero 1984, Singer *et al.* 1984, 1992) y de A. Gaines (AMI) (1978⁷⁰, 1979, 1985, 1991, 1992) quienes se caracterizan además por su notable producción tanto en investigación como en reflexión teórico/ metodológica.” (Menéndez, 2001, 130-131, las cursivas son suyas)

“Ahora bien, si nosotros leemos sus trabajos exclusivamente teóricos –que por otra parte son frecuentemente muy polémicos– llegamos a la conclusión de que existe una incompatibilidad casi total entre ambas tendencias, pero si leemos los trabajos de investigación de estas dos tendencias, incluidos los trabajos etnográficos de estos dos autores seguimos observando diferencias, pero también observamos notorias similitudes en términos de descripción y análisis como, por ejemplo, el uso por ambos de la dimensión interpretativa; del trabajo frecuente con pequeños grupos, así como del uso de las mismas técnicas de investigación, por lo cual llegan por ejemplo a conclusiones similares sobre algunos aspectos sustantivos del proceso de alcoholización.” (Menéndez, 2001: 131)

En cualquier caso, los fenómenos relacionados con la salud son, ya lo estamos viendo, lo suficientemente complejos como para que podamos permitirnos cerrar el foco de los análisis sin asumir que esto tendría consecuencias negativas:

“Domina por lo tanto una tendencia a la polarización que se reitera constantemente y que reduce o impide las articulaciones y complementaciones. Esta polarización no solo se encarna a través de disciplinas, orientaciones teórico-metodológicas y de instituciones, sino que tienden a personalizarse profundizando aún más las diferencias. Más aún, esto ocurre respecto de importantes procesos que han sido propuestos desde la década de 1970 y especialmente desde los años ochenta, como objeto de trabajo antropológico. Es el caso del papel del sufrimiento en la vida de los sujetos, respecto del cual Farmer sostiene que la pobreza constituye posiblemente la principal fuente de sufrimiento para gran parte de la población mundial, aunque él lo refiere específicamente a la población haitiana donde desarrolló sus estudios e intervenciones médicas y antropológicas. Cada vez en forma más explícita, Farmer (1992; 1996; 1999)⁷¹ refiere esta situación al sistema capitalista, generador de pobreza, y por eso no solo habla de pobreza y violencia estructural sino que considera el sufrimiento como parte de esta pobreza y esta violencia generadas por dicho sistema, cuestionando a los antropólogos que reducen el sufrimiento a ‘diferencia cultural’.” (Menéndez, 2010: 61)

De nuevo, entonces, vemos las diferencias en los enfoques y las insuficiencias en algunos de ellos, pero, también, la posibilidad de abordajes mucho más holistas y complementarios.

Volvamos ahora a retomar el análisis de Inhorn (1995), ya en su última argumentación:

“5. EPIDEMIOLOGY GENERATES 'RISK' AND MEDICALIZES LIFE; ANTHROPOLOGY CRITIQUES 'RISK' AND ATTEMPTS TO ALLEVIATE HUMAN SUFFERING” (Inhorn, 1995: 288, las mayúsculas son suyas)

⁷⁰ Menéndez (2001) no explicita la referencia de este texto.

⁷¹ El autor no explicita las referencias de estos textos. Probablemente, se trate de los que recojo en la bibliografía referida como Farmer, 1992; Farmer, 1996a; Farmer, 1999.

“Nevertheless, most medical anthropologists, along with many epidemiologists and biomedical practitioners, share as one of their major goals the production of knowledge that will be useful in the alleviation of human suffering. Furthermore, many medical anthropologists, and particularly those involved in international public health research, believe that it is important to produce such knowledge in the hope that it will some day prove useful in *prevention*. (...)” (Inhorn, 1995: 288, las cursivas son suyas)

Poco que añadir a lo señalado por la autora para rebatir el título del epígrafe, que me resulta injusto y desproporcionado. No parece ético poner en duda la orientación de la gran mayoría de epidemiólogos, y también antropólogos, hacia la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones. Está en la base de ambas disciplinas:

“Desde esta perspectiva debe reconocerse que ambas disciplinas son profesiones funcionando dentro de campos de producción y de aplicación de conocimiento en los que operan procesos no sólo técnico-científicos, sino institucionales y ocupacionales. Por otra parte estas disciplinas se gestaron a partir de objetivos diferentes, se desarrollaron en momentos también diferentes y sus relaciones son recientes en términos de campos académico-profesionales mutuamente reconocidos (Bastide, 1967; Caudill, 1953; Dunn y Janes, 1986; Fleck e Ianni, 1958; Hahn y Kleinman, 1983; Opler, 1959; Trostle, 1986a y 1986b; Young, 1982).” (Menéndez, 1998: 41)

“Ambas disciplinas proponen una concepción preventiva del padecimiento, en la cual se articulan diferentes dimensiones de la realidad con el objeto de eliminar o por lo menos limitar la extensión y/o gravedad del daño.

Por otra parte, las dos sostienen la legitimidad de sus aproximaciones metodológicas y técnicas, fundamentada en concepciones científicas que si bien pueden divergir, tienen en común la afirmación de que su quehacer no es arbitrario, sino que se establece mediante principios teóricos y/o técnicos que comprenden todos los pasos de un desarrollo metodológico, incluyendo el planteamiento del problema, el manejo de teorías específicas y de conceptos, el diseño de la obtención de información y el desarrollo de técnicas de análisis.” (Menéndez, 1998: 42)

Sólo insistir, una vez más, en que lo que sí que es ético, para ambos tipos de profesionales, es reflexionar sobre su práctica, sobre sus aportaciones y limitaciones, hacerlo humildemente y con la suficiente amplitud de miras como para saber hasta dónde podemos y no podemos llegar y en qué parte del camino debemos ir acompañados.

Hasta aquí el análisis del planteamiento de Inhorn (1995) sobre las posibilidades de minimizar las posibles divergencias en los planteamientos de ambas ciencias de cara a realizar trabajos interdisciplinarios. Pero, aparte de las señaladas por esta autora y las que he ido mencionando al hilo de sus argumentos, es necesario añadir dos cuestiones más al listado de posibles elementos de distanciamiento entre Epidemiología y Antropología, relativas a la formulación de hipótesis y las posibilidades de generalización en Antropología.

En lo que se refiere a la primera de las cuestiones, la crítica tiene dos vertientes. Por un lado, y ya lo he tratado, desde la Epidemiología, especialmente por parte de autores que dan un peso fundamental a los instrumentos estadísticos, se señala con cierta frecuencia que el uso de metodología cualitativa no permitiría la formulación de hipótesis con garantías de científicidad suficiente o, al menos, con el mismo rigor que en investigaciones de base cuantitativa, en la medida que, como ya hemos visto, no se le reconoce la capacidad para controlar variables. Por otro, desde la Antropología, autores como Menéndez (2001) han señalado que, especialmente en las corrientes índole más interpretativista, algunos investigadores parecen estar renunciando a la formulación

explícita de hipótesis, alegando, bien que hacerlo reduce las posibilidades de abordar los fenómenos sin concepciones previas, bien que su intención es limitarse a elaborar narraciones *sólo* descriptivas de la realidad. Menéndez (2001) lo explica en los siguientes términos:

“El segundo aspecto que analizaré se refiere al papel de la problematización de la realidad y del uso o no uso de hipótesis en la investigación socioantropológica. Una parte de los investigadores que parten de un marco de referencia interpretativo y utilizan técnicas cualitativas, señalan expresamente que no estudian problemas, que no describen y analizan la realidad a partir de problematizarla. Lo que ellos describen e interpretan es la vida cotidiana de la gente o según algunos la experiencia de los actores, que puede ser una experiencia de enfermedad o una experiencia religiosa.” (Menéndez, 2001: 140)

“Coherentemente con la no problematización de la realidad algunos investigadores señalan que ellos no proponen hipótesis al realizar sus investigaciones; y al respecto hay dos tendencias fuertes, una que es dominante en la investigación interpretativa y que desecha la utilización de hipótesis; y otra que propone que las hipótesis no se construyen *a priori* sino a partir de lo que se va procesando en el trabajo de campo.” (Menéndez, 2001: 141, las cursivas son suyas)

La crítica desde la Epidemiología volvería a correr el riesgo de ser cierta pero, otra vez, no por deficiencias metodológicas de la Antropología sino por la renuncia de parte de sus profesionales a mantener el rigor investigador. Y es que las hipótesis existen *en la cabeza* del investigador, influyen en el modo en que desarrolla su trabajo independientemente de que no las formule formalmente, aunque crea que *sólo* está describiendo la realidad. Todo investigador las elabora desde el minuto uno de sus investigaciones: en la realización de lecturas previas, durante el diseño de las investigaciones, en la selección de los sujetos y durante el trabajo de campo, en la organización de los materiales *utilizables* entre todos los obtenidos, en el proceso de codificación y análisis de los datos y en el momento de redacción. Las maneja, inevitablemente. Lo que puede ocurrir son dos cosas: una, que no las explicita; dos, que las entienda de manera tan definitiva e inamovible que verdaderamente sí limiten su labor investigadora. En cualquiera de los dos casos estaríamos ante algo así como un fraude metodológico: porque no formular las hipótesis puede ser una estrategia, consciente o no, para no responsabilizarse de la propia labor investigadora, algo así como pretender estar *detrás de la barrera*:

“La no formulación de hipótesis y la no problematización de la realidad lo que evitan es justamente explicitar los supuestos que existen en todo investigador respecto de una realidad que le es significativa, y cuya no formulación ha conducido a lo largo del tiempo a generar constantes profecías autocumplidas. Desde nuestra perspectiva todo investigador, en la medida que la realidad a estudiar tiene significados para él, no puede evitar generar hipótesis, más allá del nombre que les dé y más acá de que las proponga explícitamente como tales.

De allí que nuestra propuesta no sólo es hacer explícitas las ideas provisionales –hipótesis– que tengo sobre el problema, realidad y grupo a estudiar; sino formular dichas ideas –hipótesis– en términos interpretativos/explicativos y no descriptivos, como forma de relacionarme provisionalmente con la realidad, así como utilizar la formulación de hipótesis como uno de los principales dispositivos de autocontrol epistemológico. Justamente la mayor, y a veces exclusiva, formulación de hipótesis descriptivas y la escasez o inexistencia de la propuesta de hipótesis explicativas o interpretativas limitan la posibilidad de evidenciar la presencia y significación de los presupuestos del investigador, dado que arriesgar una explicación o una interpretación provisoria sobre un problema, evidencia casi indefectiblemente algunos de los principales presupuestos del investigador.” (Menéndez, 2001: 143-144)

Y porque estaríamos ante una manera muy poco científica de entender la generación de hipótesis se mire desde la disciplina que se mire. Cabe recordar que, en metodología

cualitativa, el análisis de la información se da desde el principio de la recogida de datos, no sólo al final del proceso. De hecho, este análisis progresivo es lo que posibilita que los diseños sean emergentes: a medida que se realiza la observación participante, las entrevistas, los grupos focales... es necesario ir analizando la información para re-pensar escenarios, informantes, aspectos en los que fijarse... Las hipótesis van emergiendo a medida que el investigador realiza el trabajo de campo, en el contacto con las personas y los escenarios, y es en esta situación en la que deben ponerse a prueba y re-elaborarse.

“Pero además, y esto lo considero central, una cuestión es proponer no establecer hipótesis si no después de conocer parcialmente la realidad, luego de trabajar durante un tiempo en la comunidad así como reformularlas durante un lapso que puede implicar un año o más de trabajo de campo, y otra no establecer hipótesis iniciales y pretender que las va a encontrar en la realidad a través de un trabajo de campo de unas pocas semanas y/o frecuentemente en forma escandida. Nuevamente se hace evidente la incongruencia o si se prefiere ‘distancia’ que se observa entre la propuesta metodológica y la investigación realmente realizada, lo cual no significa que un investigador no pueda realizar su trabajo de campo en cuatro o cinco semanas –o aún menos–, sino en la necesidad de articular su teoría de la práctica con su práctica real por lo menos en el plano investigativo, y en consecuencia asumir la necesidad de explicitar las hipótesis que en tan escaso tiempo será difícil encontrar/reformular en el campo, sobre todo porque una parte de las hipótesis ya viene con él, y porque su trabajo de campo no dura suficiente tiempo como para conoverlas.” (Menéndez, 2001: 144-145)

A la luz de los datos, se elaboran hipótesis, que deben considerarse siempre como provisionales y sujetas a refutación. De hecho, el intento continuo de refutación de las hipótesis elaboradas, su re-formulación a medida que surgen nuevos datos o se realizan análisis más cuidadosos de los disponibles, es una labor que caracteriza al método científico (San Román, 2009).

“Un punto irrenunciable de la propuesta es la convicción de que tanto si se trata de un trabajo etnográfico prospectivo, como de un trabajo de observación participante a largo plazo, como de uno especialmente diseñado para la contrastación, y tanto si se trata de propuestas de generalizaciones empíricas como de explicaciones a partir de significados, causas, razones, motivos o intereses, *para que resulte útil es necesaria la validación de sus conclusiones*. En primer lugar, debe validarse la existencia y la extensión de los problemas, de los fenómenos sobre los que nos interrogamos. Y cualquier propuesta interpretativa o teórica –ya se trate de hipótesis que parten de teorías o de hipótesis etnográficas ya disponibles con anterioridad o bien generadas en ese mismo proceso de trabajo etnográfico– deberá ponerse a prueba para ver, ante todo, si da cuenta de manera satisfactoria del problema planteado, si resulta aceptable para el ámbito al que se supone que se aplica y, después, si resulta fecunda, si se puede extender a otros problemas y/o ámbitos.” (San Román, 2009: 238, las cursivas son suyas)

“El otro punto fuerte sería que, cuando en cualquiera de estas propuestas se implican significados, sistemas de valores y, en general, relaciones complejas en contexto, siempre es imprescindible lograr una comprensión de esa cultura por parte del etnógrafo o del equipo etnográfico, mediante su inmersión en el contexto y con el apoyo de las relaciones de confianza con un número amplio de miembros de la población estudiada.” (San Román, 2009: 239)

Lo imprescindible es que las hipótesis sean fieles a los datos de los que se disponga, realmente, en cada momento, que sean coherentes con el trabajo que se ha realizado y que se entiendan, siempre, como provisionales, como productos de un intento riguroso de acercarse a la realidad para intentar comprenderla, entendiendo que la obligación del investigador no es ofrecer *la verdad* en sus hipótesis sino ponerlas a prueba continuamente porque haciéndolo se verá obligado a reflexionar sobre aquello que investiga.

“Nosotros consideramos que toda hipótesis debe ser siempre provisional, es decir manejada como una explicación provisoria de un problema, y en consecuencia como un instrumento modificable a partir del trabajo con la realidad. Pero frecuentemente las hipótesis se utilizan como tesis para evidenciar necesariamente o –hipotético deductivo de por medio– para descartar, y no como propuestas provisionales a observar. La tendencia a pensar en las hipótesis como propuestas a verificar casi necesariamente y no como una posibilidad que puede explicar/interpretar o no la problemática planteada, se correlaciona con una sociedad que coloca la competencia y el éxito ‘a como sea’ en el centro del proceso social y de investigación.

Algunos autores proponen que el trabajo de campo de larga duración evita la producción de hipótesis iniciales, lo cual puede ocurrir en los términos que venimos desarrollando, pero este tipo de trabajo de larga duración no niega la utilización de hipótesis, sino que posibilita reformular las hipótesis –explicitadas o no– iniciales a través de la continua producción de nueva información y de análisis.

Lo señalado asume el riesgo de que las hipótesis ‘cierren’ la ‘realidad’, dado que las mismas pueden tender a cosificarse, pero esto depende en gran medida de los dispositivos aplicados por el investigador para manejar las hipótesis realmente en términos provisionales. Pero para nosotros el problema más grave radica en aquellos cualitativos que piensan que sólo se ‘cierra’ la realidad cuando se formulan explícita y formalmente las hipótesis, autoexcluyéndose de ese riesgo metodológico, en el cual sin embargo frecuentemente caen a partir de la no explicitación de sus propios supuestos. Pareciera que piensan que al no formular explícitamente hipótesis, éstas no ‘existen’; olvidándose o desconociendo que no hace falta formularlas para que éstas ‘existan’ y cierren la realidad. Lo sepa o no el investigador, sus presupuestos no explicitados, las condiciones institucionales, las características de la carrera académica y profesional ‘cierran’–y por supuesto también ‘abren’– determinados aspectos de la realidad que se está investigando, es decir proponen determinadas hipótesis sobre dicha realidad.” (Menéndez, 2001: 141-142)

Según San Román (2009), de hecho, esta labor de contrastación constante debería, en Antropología, darse en dos etapas de trabajo de campo. Lo explica en los siguientes términos:

“En la primera etapa, caracterizada como enfáticamente cualitativa, en principio –se sigue presuponiendo un escaso conocimiento de la población, previo al trabajo que se realiza–, creemos que debería empezarse, según el modelo clásico de etnografía, utilizando la observación participante. Permite indagar sobre la vida tal como va ocurriendo, captar lo que sucede en el contexto y de la forma que sucede, sin otra interferencia que la que implica nuestra propia presencia, formación teórica e intereses, subjetividad y capacidad. Es, efectivamente, mucha interferencia y evitable sólo hasta cierto punto. Pero ese problema está siempre presente, mientras que en este caso no hay otro artificio ni hay otros supuestos, como los que existen en la construcción de una realidad ficticia que intenta reproducir la que realmente queremos observar, como pasa en su extremo en el laboratorio o en la simulación, procedimientos a cuyas ventajas hay que restar que no sólo interfieren también la formación teórica, intereses, subjetividad y capacidad del investigador, sino que se trabaja con un modelo reducido e ideal de la realidad; en estos aspectos el trabajo de campo mediante la observación participante sólo presenta beneficios. Cuando un etnógrafo o una etnógrafa –o los *etnógrafos* colaboradores, en ciertas circunstancias– se interesa por algún lugar, que le es desconocido en cierta medida, en el que realizar su investigación etnográfica, tras acceder a la bibliografía relacionada, si la hay, difícilmente puede hacer otra cosa que observar y participar de la vida del grupo. La única manera de llevar a cabo el estudio en un contexto desconocido es estableciendo relación con la gente, participando con ellos en sus actividades y observando lo que ocurre e informándose sobre ello. Esto permitirá al etnógrafo o etnógrafa dejarse exponer a lo que va ocurriendo e ir localizando fenómenos de interés especial, a veces inesperados, por sorprendentes –“quebras” o “*rich points*”, en términos de Agar (1992)–. La comprensión se va produciendo a medida que los fenómenos observados se van entendiendo y relacionando con estructuras folk de conocimiento o significado, con procesos, estructuras y datos contextuales, conforme el investigador va desarrollando sus propios esquemas explicativos (Agar, 1992).” (San Román, 2009: 242-243)

“Al final de esta primera fase de la investigación, el investigador o investigadora de campo habrá adquirido una buena comprensión etnográfica al conectar las piezas de un puzzle cultural, algunas previsibles, otras que no sospechaba que existían antes de empezar a trabajar, para llegar

a construir una imagen *tentativa* de la población estudiada. Estará en disposición de proponer un buen conjunto de hipótesis descriptivas, interpretativas y relacionales sobre ella. En este sentido es en el que se puede y se debe decir que la etnografía genera su propia teoría; aunque, también, puede reforzar o debilitar teorías ya establecidas –y, evidentemente, ser cuestionada por ellas–. Es a partir de este punto cuando, dado un conocimiento de la teoría previa y una familiarización con los fenómenos, podemos proponer hipótesis formalizadas, trabajar sobre sus relaciones con la teoría disponible y establecer la forma de ponerlas a prueba en el contexto empírico. En suma, es entonces cuando podemos elaborar los diseños teórico y técnico metodológicamente orientados que proporcionan puentes entre la construcción teórica, los centros de interés y los datos, lo que nos permitirá después contrastar nuestras propuestas.” ” (San Román, 2009: 245, las cursivas son suyas)

“Para la segunda etapa de trabajo de campo, es necesario construir un *diseño* de investigación que permita contrastar críticamente las hipótesis fundamentales del esquema tentativo que hemos construido sobre la cultura de la población estudiada. El *diseño*, que se formaliza después de una primera etapa de trabajo de campo –o teniendo previamente una comprensión adecuada de la población, las situaciones y el contexto en cuestión–, tiene como objetivo conectar el esquema etnográfico que pretende dar cuenta de los hechos y de sus relaciones, y la base empírica que corroborará la adecuación de esos constructos teóricos o mostrará su inadecuación.” (San Román, 2009: 245, las cursivas son suyas)

No significa que sea fácil, pero sí es metodológicamente correcto.

“Ahora bien lo desarrollado hasta ahora refiere a la discusión metodológica sobre el uso o no uso de hipótesis y sobre la necesidad o no de problematizar la realidad que se investiga, lo cual no es lo mismo que asumir que muchos de nosotros tenemos dificultades prácticas para producir hipótesis y para problematizar la realidad en forma intencional y reflexiva. Para la mayoría de nosotros es más fácil formular la realidad como tema, que problematizarla, dado que producir hipótesis constituye frecuentemente uno de los pasos más dificultosos de un proyecto de investigación. Esta afirmación no contradice lo señalado previamente, sino que lo refuerza, dado que una de las principales dificultades de todo investigador es asumir/hacer emerger sus presupuestos, que como ya hemos señalado constituyen, por lo menos en parte, sus ‘verdaderas’ hipótesis iniciales.” (Menéndez, 2001: 147)

Y sobre todo, y en relación con la discusión que aquí nos ocupa, no parece nada que debiera distanciar a ambas disciplinas si se entienden a sí mismas y se practican como científicas.

Continuemos. Decía más arriba que al listado señalado por Inhorn (1995) cabía añadir dos elementos más de posible distanciamiento. Retomaré ahora el segundo, aunque de manera muy breve, puesto que ni el espacio disponible ni, sinceramente, mis conocimientos dan para más: la discusión sobre las posibilidades de generalización en Antropología que ha ido, habitualmente, de la mano del debate respecto a la comparación⁷².

Desde la Epidemiología se afirma que la generalización no es posible en Antropología puesto que no utiliza habitualmente instrumentos estadísticos que garanticen que sea hecha de manera sólida, trabaja habitualmente en contextos locales o micro, con un número limitado de informantes y no tiene posibilidades de control de las variables:

“Para observar con mayor claridad lo que quiero transmitir, presentaré algunas problemáticas que en cierta medida son complementarias y que refieren a aspectos con los cuales se identifican respectivamente la epidemiología y la antropología médica. La primera cuestión refiere a la posibilidad de establecer generalizaciones por parte de la epidemiología y a la imposibilidad o

⁷² Gracias a Aurora González Echevarría por sus orientaciones en este tema.

por lo menos limitación de establecerlas por parte de las aproximaciones cualitativas. No cabe duda de que aquí hay un punto de diferenciación y divergencia muy fuerte, que debe resolverse a partir de establecer con la mayor claridad posible lo que busca no solo cada disciplina, sino cada investigador. El núcleo del conflicto y del distanciamiento, según la mayoría de los analistas, radica en que la aproximación epidemiológica no solo busca establecer generalizaciones de base estadística sino que cuestiona, desconfía y / o subalterniza la información producida por las técnicas cualitativas respecto de diferentes problemáticas, pero sobre todo porque no podría establecer generalizaciones.” (Menéndez, 2010: 34-35)

Desde la Antropología, podríamos recordar la reflexión, recogida en el apartado anterior, sobre las dificultades para dotar de significación real a los indicadores y variables, de tal manera que, aunque la comparación y la generalización se hicieran de manera muy sólida desde el punto de vista estadístico, los conceptos, las realidades que se encierran en esos indicadores y variables cosificados podrían no ser en absoluto comparables y, por lo mismo, la generalización resultaría improcedente.

Pero es que, además, desde diversos puntos de vista, diferentes autores han señalado la posibilidad, bajo ciertas circunstancias, de realizar generalizaciones en Antropología. Lo hace Menéndez (2008, 2010) defendiendo el uso de modelos, en los siguientes términos:

“En síntesis, el uso de tipos y modelos supone asumir que son construcciones metodológicas, que deben ser referidas a la historicidad de los procesos y que su formulación se hace a partir de problematizar la realidad por estudiar y de establecer determinadas hipótesis respecto de dicha realidad. Es con base en estas hipótesis que simultáneamente pueden proponerse interpretaciones y generalizaciones. En última instancia, los tipos ideales y los modelos generalizan hipótesis en términos de probabilidades y, por lo tanto, las hipótesis debieran hacer referencia a los aspectos nucleares del problema y/o proceso a estudiar y comprender.” (Menéndez, 2008: 20)

“En síntesis, para mí los tipos y modelos constituyen construcciones metodológicas provisionales, que deben ser referidas a la historicidad de los procesos y de los actores sociales, los cuales operan siempre dentro de relaciones sociales. Su formulación se hace a partir de problematizar la realidad a estudiar, y de establecer hipótesis explicativas o interpretativas respecto de dicha realidad. Es a partir de estas hipótesis que simultáneamente podemos proponer interpretaciones individuales y / o generalizaciones tentativas.” (Menéndez, 2010: 47)

Es decir, según este autor, la comparabilidad de diferentes realidades estudiadas desde la Antropología, y la generalización de ciertas hipótesis, que pudieran dar lugar a teorías, serían posibles siempre y cuando se mantuvieran unas prudencias básicas, en realidad, de nuevo, inscritas en el método científico:

“(…) Los modelos son construcciones –al igual que los tipos ideales– que posibilitan la indagación de procesos específicos, y desde esta perspectiva, el manejo de modelos y de tipos ideales debe asumir desde el principio que el tipo y el modelo no equivalen a *la realidad* que quieren describir y explicar, sino que son construcciones basadas en la realidad. Y segundo, que su aplicación supone una relación constante entre modelo/tipo e historicidad, siendo a partir de este juego que podemos simultáneamente dar cuenta de procesos y problemas específicos, así como proponer generalizaciones que van más allá de lo específico (Menéndez 1990b; Menéndez y Di Pardo 1996).” (Menéndez, 2008: 18, las cursivas son suyas)

“Ahora bien, la metodología basada en tipos y modelos ha recibido reiteradas críticas, que en parte son correctas. Dichas críticas consideran que los tipos y modelos cosifican la realidad, de tal manera que el tipo o modelo pasan a ser la realidad; que los tipos promueven la homogeneización y la uniformidad de los procesos y actores que estudian reduciendo o eliminando diferencias y particularidades. Tienden a construir una imagen monolítica de los actores sociales, de tal manera que se excluyen toda una serie de puntos de vista de los actores

que operan en la realidad. Pero además buscan establecer regularidades y patrones sociales, de tal manera que el estudio se centra en el modelo más que en la realidad. Estos modelos y tipos proponen –buscan– una coherencia lógica de la realidad, que no se observa en los procesos reales. (...)” (Menéndez, 2010: 39-40)

Otros autores (González-Echevarría, en prensa) han destacado que, con ciertas garantías metodológicas, la comparación es posible, bien, en el interior de una misma cultura, mediante la puesta a prueba mediante análisis cuantitativo de datos e hipótesis a las que se ha llegado a través de investigaciones cualitativas, bien mediante comparaciones sucesivas de los resultados de etnografías en diferentes sistemas culturales, en principio, comparables. González-Echevarría (en prensa) lo resume:

“Pero con frecuencia en Antropología la práctica etnográfica es superior a los supuestos metodológicos que se explicitan. Y la Antropología no solo ha sido comparativista en los grandes momentos de la comparación holoéctica, la segunda mitad del siglo XIX, y los años 50 y 60 del XX, ni en los numerosos ejercicios de comparación controlada, lo ha sido sucesivamente, de forma constante o intermitentemente, en el trabajo de campo, tanto si se trataba de construir una teoría emergente sobre los sistemas semicomplejos *samo*, o sobre los inmigrantes marroquíes en las Pitiusas, como si se trataba de extender –en sucesivas teorías substantivas– el campo de aplicación de una teoría desarrollada para los gitanos españoles a la ancianidad o a grupos en riesgo de exclusión en el contexto del sistema educativo o del sistema sanitario catalán.” (González-Echevarría, en prensa: s.p.)

Encaja con la propuesta de San Román (2009) de establecer diferentes fases de trabajo, de manera que la investigación etnográfica no sería incompatible con la comparativa sino que pueden formar parte de diseños, completos, comprensivos.

Respecto a la extensión de los resultados de un trabajo de campo esencialmente cualitativo, es obvio que resultaría irresponsable una toma de datos extensa sin tener en cuenta las segmentaciones, de muy diversa índole, que existen en las poblaciones que se pretende estudiar, por lo que, necesariamente, cualquier investigación debe tratar de establecer segmentaciones en la realidad. La prudencia imprescindible está en establecer claramente cuáles son esos cortes y con qué criterios metodológicos se establecen. Y, de nuevo, saber, después, que las conclusiones extraídas serán válidas en esas circunstancias seleccionadas pero pueden no serlo en otras. Y subrayo esto último: pueden no serlo. Y este será necesariamente el siguiente paso: ver en qué condiciones nuestras hipótesis, conceptos, categorías, incluso teorías, son consistentes en diferentes circunstancias y contextos y en qué condiciones no y cómo esas nuevas condiciones pueden contribuir a desechar nuestras ideas o hipótesis iniciales por completo o a reformularlas y, por tanto, mejorarlas.

De nuevo, entonces, no parece, al menos de momento, a pesar de las diferencias evidentes (y deseables) de intereses que, si la aplicación de métodos y técnicas se hiciera con rigor por parte de Epidemiología y Antropología, la colaboración interdisciplinaria entre ellas sea algo ni carente de sentido ni imposible. De hecho es lo que han venido reclamando diversos autores desde ambas disciplinas:

“Ambas propuestas [Salud colectiva y Epidemiología Sociocultural] coinciden en dos aspectos que interesa aquí destacar: 1) la crítica a la insuficiencia de la epidemiología convencional para lograr elevar el nivel de salud de la población, y 2) la necesidad de construir una nueva práctica epidemiológica desde bases teóricas, epistemológicas, metodológicas y de relación con los saberes populares y de otros actores sociales. Corresponden a planteamientos que se encuentran en proceso de discusión, debate y definición, pero que son, sin duda, sintomáticos de un cambio de paradigma que se avecina para la disciplina epidemiológica, consecuente con el avance del

conocimiento en el campo de la salud que se ha registrado desde abordajes ciertamente distintos y muy dispares: los de la investigación biomédica y sus múltiples caminos, así como el conocimiento producido en diversas ramas de las ciencias sociales, las de la conducta y la investigación-acción.” (Haro, 2013: 31)

Aunque no siempre la mención a la Antropología ha sido explícita. No tiene, obviamente, que ser la única ciencia social involucrada en esta colaboración, pero la ambigüedad de los planteamientos a veces parece traslucir por parte de algunos profesionales biomédicos un cierto desconocimiento sobre las diferencias entre las distintas Ciencias Sociales y las potencialidades y limitaciones de cada una de ellas. Un apunte histórico lo muestra:

“Historicamente sabemos que a entrada dos profissionais das ciências sociais no campo da saúde se fez de forma caudatária, por causa da hegemonia histórica da medicina. Embora a reflexão sobre a interferência dos aspectos econômicos, políticos e sociais sobre a saúde seja antiga e tenha florescido desde a metade do século 18, a racionalidade médica sempre predominou nas tentativas de formalização teórica da área. Os termos referentes ao social nunca mereceram aprofundamento conceitual e, quando usados, freqüentemente foram apropriados de forma acrítica.

Foi já no século 20 que, conta Nunes (1985), os sociólogos, antropólogos e psicólogos foram chamados, como profissionais, a integrar o campo de saúde. Num primeiro momento dominou o viés condutivista e funcionalista de seus trabalhos, respondendo à demanda do campo médico, para que fossem propiciadas chaves de compreensão dos códigos diferentes com os quais os leigos conceituam e vivenciam os processos de saúde e doença, acessam aos serviços, e representam os tratamentos. Ou ainda, aos cientistas sociais foi pedido que fornecessem análises mais aprofundadas das ‘variáveis sociais’ da história das doenças. Até hoje, muito do que é feito nos países subdesenvolvidos com financiamento de organizações internacionais conserva a mesma dinâmica de subalternidade das ciências sociais em relação ao campo médico.” (Minayo et al., 2003: 102)

Y llama la atención también que, aunque se reclama la *evolución* del paradigma epidemiológico, esto suele limitarse a una cierta crítica al peso de los parámetros positivistas y a la necesidad de atender a los saberes populares de salud (recogidos sobre todo a partir de narrativas) pero no siempre va más allá.

“Tanto desde un plano teórico, como también a partir de investigaciones específicas, ha sido planteada la necesidad de integrar estos niveles en el análisis de los problemas de salud, aunque resulta –no obstante– aún emergente la propuesta de construir una epidemiología que se nutra tanto de los saberes científicos procedentes de la biomedicina y la epidemiología, como también desde las diversas ciencias sociales, especialmente de la antropología, por su énfasis holístico y su enfoque etnográfico y cualitativo. Al mismo tiempo, tanto la salud colectiva como la epidemiología sociocultural inciden en recuperar la mirada de los sujetos (sanos, pacientes y sufrientes) para incidir en la definición y gestión de los problemas sanitarios, mencionando *la necesidad de tomar en cuenta lo que serían los aportes de una etnoepidemiología o epidemiología popular* (Pereira, 2003; Zolla, 2003).” (Haro, 2013: 30, las cursivas son mías)

“É óbvio, como vimos mostrando em diversos trabalhos (Minayo, 1991; 1996; Minayo & Cruz Neto, 1999; Minayo & Sanchez, 1995), que as condições de possibilidades desse encontro, em primeiro lugar, se devem à vontade dos pesquisadores de ambas as áreas de dialogarem; da sua compreensão sobre a incompletude da unidisciplinaridade para analisar processos sociais e, especificamente, os de saúde e doença; e do esforço de problematizar conceitos, categorias e produzir um tipo de conhecimento que parte de várias disciplinas. A contribuição da interação entre ciências sociais e epidemiologia provém, justamente, de suas diferenças. Por um lado, existe a possibilidade de *compreensão em profundidade* dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos, atitudes e relações de grupos e indivíduos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas, as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde. E, por outro lado, a leitura epidemiológica da *explicação em extensão* de como esses sujeitos,

agregados em um nível populacional, tornam-se expostos ou vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde, como adolecem, como e com qual magnitudem demandam tratamiento e atención. Mais que pares de oposições, as ciências sociais e a epidemiologia traduzem, cada qual a sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo presentes nos processos de saúde-doença (Deslandes e Assis, 2002). A interação dialógica entre ambos aportes (e não por justaposição ou subordinação de um desses campos) constitui um avanço inegável para a compreensão dos problemas de saúde.” (Minayo et al., 2003: 104, las cursivas son suyas)

Como tampoco parece muy profunda la reclamación de esa misma *evolución* a la Antropología –con excepciones, claro está, como los argumentos de Menéndez (2001, 2005, 2008, 2010) que hemos ido viendo en páginas anteriores– limitándose muchas veces el discurso tan solo a la llamada a mejorar el conocimiento y uso de los instrumentos estadísticos pero sin entrar del todo en la reflexión sobre su propia práctica.

“A nuestro ver, este objetivo solamente puede alcanzarse mediante alianzas interdisciplinarias, como lo plantea la epidemiología cultural, la cual surge del propósito y esfuerzos por crear alianzas conceptuales entre la epidemiología y la antropología, y parte del reconocimiento de que ambas disciplinas tienen el interés de estudiar las enfermedades en poblaciones humanas (Weiss 2001, 5). Este interés común es un punto de encuentro que posibilita la complementariedad entre ambas disciplinas, a pesar de alcanzarse recorriendo caminos a veces divergentes. *El encuentro ocurriría si, por un lado, los antropólogos se preocuparan por entender los conceptos y métodos cuantitativos que usa la epidemiología.* Además, que ésta, a su vez, incorporara las prácticas reflexivas de la antropología, de tal manera que el manejo de los datos no sólo se dirigiera a escudriñar la red de relaciones que hay dentro de los datos mismos, sino también a comprender y analizar los procesos que suscitaron su origen (Franzosi 1996, 354; DiGiacomo 1999, 436).” (Álvarez, 2008: 66, las cursivas son mías)

Y, más aún, al reclamar la mayoría de los autores más esfuerzos a la Epidemiología que a la Antropología, podrían estarse reproduciendo de nuevo, implícitamente, las mismas dinámicas de supeditación de ésta respecto de aquélla:

“Tanto la epidemiología sociocultural como la salud colectiva propugnan una ampliación del marco epistémico y teórico de la disciplina epidemiológica, patente en la necesidad de superar por un lado la dicotomía mente/cuerpo para replantear el campo de la salud desde una perspectiva no biologicista ni reduccionista de la salud poblacional. Esto implica considerar que lo social debe entenderse como algo mucho mayor que la aglomeración de individuos, comprendiendo la relevancia del ámbito relacional, donde lo cultural y lo político poseen fuerte influencia en la forja de lo psíquico, impactando a su vez el ámbito de lo biológico, tal y como plantean ciertas corrientes emergentes desde el campo médico, como la neuroinmunoendocrinología y la endobiogenia, o la epidemiología social en la interfase de las ciencias de la salud con las ciencias sociales, entre las cuales se encuentran numerosas propuestas sobre la importancia para la salud pública de los factores del ambiente físico y social. Desde el punto de vista epistemológico existe además el interés por reflexionar sobre los factores extracientíficos que inciden en el proceso de conocimiento, despojando a la disciplina de posiciones objetivistas y natura listas sobre el objeto salud, lo que constituye una diferencia relevante con respecto a propuestas alternativas desarrolladas con anterioridad.” (Haro, 2013: 31-32)

A lo que cabe añadir que los términos concretos en los que se define la colaboración son a veces un tanto imprecisos por más que sea debido a lo enormemente ambiciosos que resultan y lo reciente de las propuestas:

“La necesidad de plantear una epidemiología sociocultural surge de advertir la insuficiencia de la epidemiología convencional para diagnosticar integralmente los problemas de salud colectiva, especialmente en lo relativo a la detección de situaciones de riesgo y a su aplicación en

prevención y atención a la salud. En este sentido, se concibe como una propuesta que intenta reconfigurar el modo en que se conceptualizan los problemas de salud, desde la consideración de que esto requiere de una reflexión que nos reubique en los objetivos del quehacer científico en el ámbito sanitario. Y de una actualización teórica y técnica que alude a la apertura de un escenario de diálogo entre epidemiología y ciencias sociales. Que implica, además, un giro epistemológico en la manera de abordar los problemas de salud, pues propone que este diálogo de saberes no debe limitarse solamente a los expertos, sino fundamentalmente llegar a los sujetos y conjuntos sociales que sufren y experimentan las situaciones de enfermedad y malestar, bajo el planteamiento de que es un requerimiento necesario para su correcta comprensión y eficaz atención y no solo una cuestión ética y política. Por ello, un planteamiento primordial que fundamenta la propuesta consiste en abordar integralmente las distintas dimensiones que convergen en los fenómenos sanitarios, con un interés crítico y aplicativo en relación a la salud pública.” (Haro, 2010: 10-11)

Intentaré profundizar, aunque sea brevemente, en estas cuestiones en las siguientes páginas, centrándome, como ya indiqué, en la propuesta de Epidemiología Sociocultural.

3.2. ¿Qué Epidemiología con qué Antropología? ¿Es la epidemiología sociocultural la propuesta que buscamos?

¿En qué consiste, entonces, la Epidemiología sociocultural? ¿Puede o no abarcar la complejidad del estudio de las desigualdades sociales en salud incluyendo las reflexiones críticas de las que he venido hablando? Probablemente es complicado dar una respuesta sólida en este momento dado no sólo lo relativamente nuevo de la propuesta y el proceso de construcción en que está todavía inmersa sino, y sobre todo, su todavía muy limitada aplicación en investigaciones y políticas concretas que puedan ser evaluadas.

Algunas cosas, sin embargo, sí parecen estar claras. La primera, que el punto de partida debería ser un análisis crítico de las capacidades y limitaciones tanto de la Antropología como de la Epidemiología, desde dentro y entre ellas, y tanto en lo que se refiere a las bases epistemológicas y la producción teórica como a las investigaciones aplicadas. Lo expresa así Menéndez (2010), uno de los impulsores de la propuesta:

“Por lo tanto, necesitamos problematizar nuestras disciplinas y las relaciones entre ambas, y un paso decisivo sería establecer un listado de lo que puede ofrecer / obtener y de lo que no puede ofrecer / obtener cada una de estas dos disciplinas. Es decir, evidenciar dónde pueden generar aportes, y donde tienen limitaciones o directamente imposibilidades. Y a partir de ello establecer la posibilidad / necesidad de complementación. Este listado –o como se llame– debe surgir no solo de las posibilidades teórico / metodológicas de cada disciplina sino sobre todo de lo que realmente produce cada una. Esta es una de las tareas básicas que todos los interesados en el desarrollo de una epidemiología sociocultural deberíamos elaborar a partir de nuestros respectivos campos de trabajo.” (Menéndez, 2010: 34)

“Las críticas señaladas a ambas disciplinas son frecuentemente correctas, y por eso la construcción de una epidemiología sociocultural implica reconocer las limitaciones de ambas disciplinas a partir de las cuales establecer una posible y necesaria complementación. Es decir, no permanecer en la crítica del Otro, sino asumir las críticas del Otro, para a partir de ellas –y por supuesto de otros aspectos– favorecer una articulación metodológica y técnica.” (Menéndez, 2010: 60)

Esta problematización conjunta de paradigmas permitiría que se problematizasen también los fenómenos objeto de estudio:

“Es decir, importa el encuentro entre dos perspectivas, pero más aún, la creación de condiciones propicias y en particular de escenarios concretos para que ese encuentro se verifique dentro de un formato crítico y reflexivo, proclive al análisis de las categorías utilizadas y de las teorías que sustentan el enfoque a seguir sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad.” (Hersch, Haro, 2007: 12)

Algo que posibilitaría un análisis más holista, teniendo en cuenta un abanico muy amplio de factores y procesos que hasta el momento se habrían estado abordando muy habitualmente de manera aislada, y que retroalimentaría la reflexión sobre la práctica:

“De allí que el primer paso en la aplicación de una epidemiología sociocultural debiera ser la problematización del proceso de s/e/a a estudiar y/o intervenir y la problematización de los presupuestos teóricos, empíricos y técnicos del propio investigador para, a partir de dichas problematizaciones, comenzar a decidir cuáles son las *variables* y/o procesos, los conceptos y los actores sociales con los cuales debiera trabajar. Este constituye un *trabajo* no sólo metodológico, sino además epistemológico que debería darse mediante el desarrollo de investigaciones diseñadas en forma conjunta para, a través de la práctica de la investigación, posibilitar la articulación y complementación a partir de las características particulares de cada disciplina.” (Menéndez, 2008: 41, las cursivas son suyas)

Esta complementación, según Menéndez (2008), no implicaría la aparición de una nueva disciplina sino el trabajo conjunto de ambas:

“(…) Concluyo que una real complementación sólo puede darse luego de reconocer las diferencias mutuas, así como asumir que cada una de estas disciplinas exige una formación profesional específica. Por estas y por otras razones, sostengo que es más factible y eficaz el desarrollo de una epidemiología sociocultural a partir de la complementación interdisciplinaria que a través del desarrollo de una nueva disciplina.” (Menéndez, 2008: 34)

“Considero que la complementación y articulación debe darse no forzando una integración que puede hacer perder las características básicas de cada disciplina, sino, por el contrario, respetando lo que cada una aporta a partir de sus propias características. En consecuencia, no propongo una nueva disciplina, dentro de la cual se disuelvan las dos disciplinas en cuestión, sino una articulación problematizada de las mismas.” (Menéndez, 2008: 16)

Se trata en mi opinión de una propuesta sensata en la medida en que, como hemos podido ver, aunque las diferencias entre ambas ciencias no generen incompatibilidad sí son lo suficientemente evidentes como para que plantear una nueva disciplina –tras algo así como una fusión– carezca de sentido visto desde el punto de vista de cualquiera de ellas. Sin embargo, encuentro una cierta incongruencia que la propuesta se defina precisamente como Epidemiología sociocultural (lo que parece ampliar los horizontes de la dominante Epidemiología social) pero el propio autor siga hablando de Antropología *médica* en sus escritos. Es posible que se trate de una mera cuestión semántica aunque parece más probable que continúe implícita una cierta subalternización que me inquieta considerablemente y que Menéndez (2008), sin embargo, niega en su propuesta:

“Con base en estos señalamientos, analizaré algunos aspectos y problemas referidos al desarrollo de la epidemiología sociocultural en México, constituyendo nuestra primera propuesta que dicho desarrollo debe basarse en la articulación y complementación entre la antropología médica y la epidemiología, a partir de ambas disciplinas y no sólo a partir de una de ellas en forma exclusiva o dominante.” (Menéndez, 2008: 14)

Y es que, a pesar de que la necesidad de un planteamiento de este tipo parece evidente si retomamos las reflexiones críticas sobre la práctica epidemiológica y antropológica de

los apartados anteriores –buena parte de ellas, como hemos visto en las citas concretas, procedentes de los autores que trabajan en esta propuesta–, y, parece, también, ser la consecuencia lógica de ellas, siguen existiendo ciertas dificultades para la definición de un campo de estudio. Así, Menéndez (2008) hace un esfuerzo de concreción:

“En este trabajo analizaré procesos de divergencia, convergencia y complementación que operan entre la epidemiología y la antropología médica, con la intención de contribuir al desarrollo de la epidemiología sociocultural en México, tendencia teórico-metodológica que con este nombre, o con los de etnoepidemiología o etnopsiquiatría, se ha desarrollado desde hace más de treinta años, especialmente en Canadá, los Estados Unidos y en algunos países latinoamericanos ([De]Almeida Filho 2000; Gaines 1992; Massé 1995; Menéndez 1990a). Mi análisis refiere a materiales producidos en los Estados Unidos y en países europeos, pero básicamente a la producción epidemiológica y antropológica latinoamericana, y en particular a la realizada en México. Y es a partir de ellos que considero que la epidemiología sociocultural se caracteriza por varios rasgos, pero en particular por tres. En primer lugar, por plantear la necesidad de incluir en los estudios de los procesos de salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante procesos de s/e/a) no sólo los aspectos sociales, sino también los culturales y los económico-políticos, junto, por supuesto, con los biológicos y ecológicos. Subrayo que estos aspectos deben ser tratados no sólo como variables epidemiológicas, sino sobre todo como procesos socioculturales y bioecológicos.

En segundo lugar, por proponer un tipo de trabajo que realmente utilice y articule las aproximaciones estadística y cualitativa. Y tercero, por la aplicación de un enfoque relacional que incluya no sólo los diferentes *factores* que operan respecto de un problema determinado, sino que incorpore el conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren y actúan respecto de dicho problema.” (Menéndez, 2008: 6-7, las cursivas son suyas)

Pero su propia propuesta y la de otros autores que trabajan en el tema parece encontrar dificultades para deshacerse tanto del culturalismo que ha caracterizado a parte de los enfoques que han abordado la salud desde la Antropología como del biologismo que sigue considerando *etno* tan sólo a los enfoques no declaradamente biomédicos. Puede verse en el comienzo de la cita anterior, ante una cierta equiparación de la Epidemiología sociocultural actual con la Etnopsiquiatría, o en las siguientes:

“La integralidad de este esquema vendría entonces signado en varios términos pertinentes, desde la identificación de factores asociados a los episodios del enfermar en términos de representaciones sociales, lo cual incluye la inclusión no solamente de entidades aceptadas o consignadas por la biomedicina, sino también de los llamados síndromes de filiación cultural, los cuales poseen modelos explicativos elaborados por los colectivos sociales, cuya pertinencia estriba en el hecho de que son elementos centinela de situaciones de vulnerabilidad percibida, lo cual puede ayudar a comprender mejor la forma en la que se gestionan diversos síntomas y malestares más allá de la mirada biomédica o epidemiológica. Es evidente la imposibilidad de plantear un campo como el de la epidemiología sociocultural si no se parte de la experiencia de los actores sufrientes como universo de estudio, dado que son ellos –y no el investigador– quienes integran los diversos mundos implicados en la confluencia de realidades sociosanitarias en juego. Punto nodal en esto es la reconstrucción de la ‘carrera del enfermo’ o ‘itinerario diagnóstico y terapéutico’, que pone de relieve el papel que juegan la autoatención, la medicina popular, las redes sociales y las medicinas alternativas como opciones de cuidado a la salud al lado de la medicina profesional. Las experiencias concretas evidencian el sistema real de atención a la salud y son también marcadores de situaciones de índole múltiple, el hilo oculto que une las disímiles cuentas de un collar, armado a menudo a lo largo de la vida, con piezas tangibles e intangibles.” (Hersch, Haro, 2007: 10)

“En concordancia con el cambio epistemológico, consideramos que una epidemiología sociocultural debe superar el naturalismo aun patente en ciencias de la salud, lo cual tiene diversas connotaciones teóricas en las formas de entender los problemas sanitarios. Una de ellas es la relativa a repensar la llamada ‘historia natural de la enfermedad’, que es el referente con que trabaja la epidemiología convencional para identificar diferentes tipos de prevención frente a las enfermedades o situar el curso clínico de una entidad patológica; para proponer que todo

esquema explicativo de los problemas sanitarios debe ser comprendido más bien como una 'historia sociocultural del enfermo o del colectivo humano de referencia', considerando las relaciones históricas y evolutivas entre naturaleza y cultura. Por esto, uno de los ejes teóricos de una epidemiología sociocultural radica en asumir como objeto de estudio un proceso dinámico que incluye la respuesta individual y social a los signos y síntomas de malestar o enfermedad, y que puede ser conceptualizado dialécticamente, como ha sido destacado por Eduardo L. Menéndez como proceso de salud/enfermedad/atención." (Hersch, Haro, 2007: 9-10)

Continúan, entonces, a pesar de los esfuerzos de sistematización, ciertas dificultades para un verdadero abordaje integral, para, podríamos decirlo así, encontrar el encaje de todas las piezas en un solo puzle, para perfilar una definición que no incida más en un aspecto que en otro, que no deje un factor o un proceso más o menos de lado o que ceda de manera más o menos explícita ante el peso de los paradigmas de procedencia.

Pero, a pesar de estas limitaciones, que habría que seguir atentamente, no puede negarse que la propuesta es prometedora (aunque lleve tiempo siéndolo) y estimulante desde un punto de vista intelectual, porque, como mínimo (¡y ahí es nada!) nos obliga a pensar y a pensarnos:

"Tanto en salud colectiva como en epidemiología sociocultural, bien podemos considerar que el principal reto estriba actualmente en analizar y atender los problemas de salud poblacional desde una perspectiva integradora, entendiendo por ello por una visión que sea capaz de contener con los factores determinantes del estado poblacional que resultan ser relevantes desde una perspectiva comprensiva, relacional y contextual, con interés tanto cognoscitivo como también de gestión de los problemas sanitarios con un enfoque eminentemente preventivo. En este tenor, y como hemos antes señalado, equivale a construir un nuevo modelo conceptual sobre el objeto salud, que no abandone radicalmente las posiciones biologicistas, clínicas y biomédicas, sino que más bien sea capaz de elaborar una nueva visión sobre lo que son la salud, la enfermedad y su atención desde una perspectiva integradora, pero con interés social y colectivo, que comprenda el amplio conocimiento desarrollado en las ciencias biomédicas, sociales, conductuales y ambientales sobre distintas problemáticas sanitarias. En ambos casos el objetivo alude al desarrollo de un diálogo interdisciplinario, que por la complejidad que representa apunta más bien hacia la conformación de equipos de trabajo en torno al estudio y gestión de problemas colectivos de salud concretos, área esta de colaboración en la que se ha comenzado a transitar a partir de varias experiencias pioneras, donde incluso un campo tan tradicionalmente acotado a la visión biomédica, como el de las enfermedades infecciosas, tiende hoy a ser actualizado y repensado considerando la emergencia de entidades antes controladas, como también debido a la aparición de nuevas enfermedades y epidemias (Farmer, 2003). La construcción de esta visión interdisciplinaria requiere de un conocimiento desde cada área de conocimiento, no solamente sobre los resultados de las investigaciones producidas por otras disciplinas, sino también de las teorías producidas y sus debates, sus enfoques epistémicos y metodológicos, lo cual debería conducir a su vez hacia la construcción conjunta de nuevas teorías, conceptos y categorías de confección común, la cual es una tarea pendiente dentro de la tradición académica que anima cada disciplina que hoy se reconoce en el concurso del objeto salud." (Haro, 2013: 34-35)

"(...) Dado que no sólo acepta sino que también promueve la interdisciplinariedad, una parte medular de la propuesta de la epidemiología sociocultural se centra en la recomendación de conjuntar métodos cuantitativos y cualitativos, de preferencia a partir de la conformación de equipos interdisciplinarios, para estudiar: (a) el contexto social y cultural en el que ocurre el proceso salud-enfermedad-atención; (b) las múltiples formas en que dicho proceso se expresa (biológicas, conductuales, culturales, políticas) y no únicamente la manifestación clínica o estadística de la enfermedad; y (c) la forma en que los colectivos humanos se organizan para atender el proceso salud-enfermedad, particularmente en aquellos escenarios donde la desigualdad y la vulnerabilidad en el ámbito de la salud son más evidentes. La anhelada conjunción de técnicas cualitativas y cuantitativas supondría la necesidad metodológica de crear indicadores con pertinencia cultural, social y biológica, pero además con suficiente validez empírica, toda vez que los datos para su construcción no se sujetarían al poder estadístico que

posean, sino a la factibilidad de su recolección y a la aceptación de los sujetos (sean éstos individuos o poblaciones) investigados.” (Álvarez, 2008: 68)

Y tampoco podemos negar que las dificultades de concreción se relacionan, como causa y a la vez como efecto, con las limitaciones en la aplicación práctica de este enfoque, en investigaciones y políticas sanitarias reales, que reconocen los propios los autores:

“Desde esta perspectiva, puede plantearse que el enfoque epidemiológico sociocultural ha sido apenas incipientemente desarrollado sobre todo en América Latina, donde abundan aportes empíricos y teóricos que son aplicables a la propuesta, pero con escasos ejemplos concretos de aplicación. Se aprecia, por una parte, un teoricismo que escasamente ha sido respaldado con trabajos empíricos, y por otra, valiosas aportaciones que inciden en relacionar lo sociopolítico (generalmente llamado ‘estructural’) con lo epidemiológico, o esta última dimensión con lo ideológico, sin documentarse apenas desarrollos que combinen las tres dimensiones desde una perspectiva crítica, y que den cuenta de que la tarea científica está lejos de ser una empresa políticamente neutral. Una excepción a esto son ciertos trabajos desarrollados en México, donde, gracias a la labor de Eduardo L. Menéndez, desde la antropología médica se han impulsado investigaciones que articulan las dimensiones epidemiológica y sociocultural mediante la triangulación metodológica, la inclusión de las visiones de los actores relevantes, con el señalamiento del papel activo que debe jugar el investigador en la problematización de su objeto de estudio. Otros desarrollos notables para la propuesta son contribuciones teóricas, metodológicas e investigaciones aplicadas realizadas especialmente en Brasil, Canadá, Ecuador, Italia, Argentina, Estados Unidos, Francia y España⁷³.” (Haro, 2013: 33-34)

La verdadera interdisciplinariedad pasaría por ser capaz de trascender los límites de los despachos académicos, de ambas disciplinas, y aplicar el conocimiento que son capaces de generar:

“Al confrontar las exigencias de la vida académica con las que supone la gestión política o de servicios, aparece diáfananamente una especie de contradicción, al menos aparente, entre el cometido de avance permanente que demanda la investigación académica, lo que se traduce en la búsqueda continua de diferenciación al interior de un campo que se nutre de nuevas aproximaciones, y la dinámica que supone la acción social, donde los responsables de su gestión han precisamente de socializar puntos de vista, construir perspectivas comunes y concitar consensos a fin de orientar su trabajo. Una academia sinceramente preocupada con el avance de sus aproximaciones demanda ideas originales, creatividad y también deslindar el origen de los aportes. Una gestión política demanda, por el contrario, sacar esos aportes de un entorno particular y proyectarlos, colocarlos como construcciones compartidas, y operativizarlos. En términos más concretos, el antropólogo médico es requerido como individuo para aportar elementos originales en el esclarecimiento de problemas de investigación relativos a la salud, la enfermedad y la atención que son identificados como tales por sus colegas, mientras que el ámbito político demanda propuestas y recomendaciones viables de dominio público. En este sentido, proponemos que en las actuales condiciones de democratización del conocimiento científico, resulta deseable que una perspectiva epidemiológica sociocultural como la que estamos proponiendo, se proyecte a sí misma hacia la difusión de sus hallazgos por diversos medios, generando debates y foros pertinentes de carácter inclusivo respecto a la multitud de actores involucrados en los problemas sanitarios. Esto requiere necesariamente del diseño de escenarios compartidos, como pueden ser los que corresponden a cursos de actualización e intervenciones de apoyo a personal médico y paramédico en jurisdicciones sanitarias, o mediante procesos de investigación que desde su diseño impliquen la incorporación de actores involucrados en los distintos pasos de indagación. Reconocer de entrada que una epidemiología integradora como la sociocultural no puede seguir siendo una cuestión académica o de expertos operativos, ni tampoco limitar su campo de acción a quienes actualmente toman las decisiones en materia de salud y políticas públicas.” (Hersch, Haro, 2007: 14-15)

⁷³ En dos notas a pie de página, el autor aporta un listado de autores excesivamente largo como para reproducirlo aquí.

Y no sólo esto, sino permitiendo esta misma aplicación sirva para reflexionar sobre la propia práctica y trascienda los límites de las disciplinas implicadas:

“Los esfuerzos de integración transdisciplinaria pueden plantearse de forma escalonada, distinguiendo diversos grados en su forja. En un primer plano ubicamos el diálogo entre disciplinas, susceptible de ser abordado con la realización de encuentros propiciatorios y la edición conjunta de materiales reflexivos. Un segundo paso sería la elaboración de estados del arte del conocimiento de problemas de salud que tomen en cuenta las realizaciones y desarrollos no solamente empíricos, sino también teórico-metodológicos, de las disciplinas que actualmente inciden en el ámbito de la salud. El tercer momento lo ubicaríamos en la conformación interdisciplinaria de grupos de investigación, y un cuarto en el diseño de programas integrales de capacitación, en los cuales se incluya el manejo combinado de herramientas tanto epidemiológicas como antropológicas y de ciencias sociales, bajo un objetivo de desarrollo transdisciplinar.” (Haro, 2013: 36-37)

“En este sentido, la epidemiología sociocultural podrá ser un bastión político-académico, con aportes en lo conceptual y lo metodológico que apoyen el proceso de incorporación del enfoque de la interculturalidad en los sistemas de salud; esto es, tan importante será conocer las estadísticas vitales de enfermedad y muerte, como aportar nuevos indicadores no solo de daño sino de desarrollo humano y social, así como conocer, comprender y respetar un saber construido a través de la experiencia, convertido en sabiduría, sentido común y eficiencia cultural que no deja de transformarse ni resignificarse según las circunstancias históricas de los grupos. Por supuesto que las nociones confusas o inadecuadas habrá que someterlas a dicho saber para tomar en cuenta los aportes biomédicos sin dismantelar el saber que sirve, ayuda y fortalece.” (Ortega et al., 2010: 303)

Dificultades que es comprensible que aparezcan si tenemos en cuenta la posición marginal de la Epidemiología y la Salud Pública dentro de la biomedicina, por un lado, y las dificultades de la Antropología para la aplicación del conocimiento que produce, por otro. Y es aquí donde quiero detenerme un momento, para cerrar este capítulo: en las dificultades para la aplicabilidad del conocimiento que la Antropología es capaz de generar y que pueden acabar haciendo, también en propuestas aparentemente integradoras como la de la Epidemiología sociocultural, que acabe perdiendo su terreno como ciencia aplicable y aplicada.

Estas reflexiones, en ocasiones muy duras, sobre la aplicabilidad del conocimiento antropológico proceden tanto de autores que trabajan desde la propia Antropología como de profesionales de la biomedicina que son buenos conocedores de ésta y que abogan por el trabajo interdisciplinar. En sus palabras:

“No obstante que estas cuestiones [se refieren a la pertinencia de la Epidemiología sociocultural] son pertinentes para el ámbito de las disciplinas académicas, consideramos que la propuesta de replantear la epidemiología desde una perspectiva integral debe tener como referente primordial la preocupación en torno al impacto que los estudios provenientes de estas disciplinas [Epidemiología y Antropología] ejercen en una temática que está lejos de ser inerte o aséptica, y que tiene que ver con problemas de salud que generan sufrimiento, cercenan posibilidades y ensombrecen la vida humana. Ahora bien, la cuestión del impacto de la antropología médica en los problemas de que se ocupa se puede formular a partir de variadas preguntas: ¿Qué tipo de influencia han ejercido en México los estudios que se pueden enmarcar en el campo de la antropología médica, en lo que respecta a los problemas de salud pública? ¿Han aportado algo esas aproximaciones a su redefinición operativa? ¿Han expandido la perspectiva usual en relación a su causalidad y a la respuesta social resultante de ellos? ¿Han ayudado los estudios de antropología médica a generar alternativas de gestión para enfrentar los problemas de salud pública? Pensamos que muy poco en lo que refiere al sector sanitario como tal en nuestro país, aunque ciertamente se ha avanzado en el reconocimiento de que las técnicas etnográficas pueden aportar mucho para un mejor conocimiento de los problemas de salud, aun a reserva de que se

realice una investigación más precisa en este sentido. ¿Cuáles son entonces los problemas o retos para una cabal integración? (Hersch, Haro, 2007: 2-3)

Sobre las causas para estas dificultades de aplicación y, por tanto, para tener una incidencia real en las prácticas y en las políticas, se ha escrito mucho pero me detendré aquí tan sólo en algunas cuestiones. Por una parte, cabría señalar que se derivarían a veces, en la Antropología de la salud, de la parcelación de enfoques de la que ya he hablado, que tendría como consecuencia la producción de trabajos en muchas ocasiones interesantes desde el punto de vista teórico pero insuficientes para su aplicación práctica:

“Ahora bien, si trasladamos este señalamiento al campo de la antropología médica, aún cuando distingamos diversas corrientes en su interior, no podemos dejar de advertir que tanto en sus versiones culturalistas y funcionalistas, como en aquellas de raigambre crítica y también interpretativa o las ligadas a los enfoques de investigación-acción, encontramos dos elementos que en mayor o menor grado han dificultado la traducción de sus aportes al nivel operativo. Por un lado cierto descuido acerca de la dimensión práctica de los problemas sanitarios, patente por una parte en la no inclusión de los aspectos epidemiológicos y clínicos de los problemas que estudia, y por la otra, dependiendo de los enfoques utilizados, del acentuar con demasía determinadas dimensiones del proceso salud-enfermedad-atención en detrimento de otras. Así, encontramos que la antropología médica culturalista o funcionalista se constituyó dentro de los límites establecidos por las ciencias médicas, privilegiando el estudio de sus omisiones, por ejemplo, estudiando grupos étnicos y síndromes de filiación cultural. Igualmente, varias investigaciones con este enfoque se caracterizaron por la no inclusión –o secundarización- de los factores políticos y económicos, al contrario de lo sucedido en antropología médica crítica, donde el acento en lo macroestructural se ha realizado a costa de menospreciar los aspectos interpretativos. En todas estas corrientes se documenta además la exclusión del estudio de la eficacia terapéutica, a costa del énfasis en la ‘eficacia simbólica grupal’.” (Hersch, Haro, 2007: 4-5)

A lo que habría que añadir la inaccesibilidad de parte de la producción científica antropológica a profesionales de otras disciplinas, derivada, a menudo, de la alta densidad de los trabajos, que los alejan del lenguaje empleado por los profesionales sanitarios (eminentemente orientados a la práctica):

“Podemos postular que estos aspectos son en parte responsables del desconocimiento de la producción antropológica por parte de los sanitarios, pero también que la relativa inaccesibilidad de los sectores operativos hacia el discurso generado por los antropólogos de la salud se debe a su densidad y sofisticación, todo lo cual ha tenido como consecuencia el aislamiento de estos aportes de los procesos decisorios en los escenarios biomédicos sustantivos, como la formación de sus cuadros técnicos y profesionales, la planificación y vigilancia epidemiológica, la regulación sanitaria o la asistencia médica misma. Estos aportes han quedado básicamente como una posición crítica frente al reduccionismo biomédico, en la cual se apoyan eventualmente programas dirigidos a ciertos problemas sanitarios que escapan a una definición estrictamente biomédica, o, como sucede con ciertas propuestas provenientes de una antropología médica aplicada a la clínica, que asuman una posición complementaria en la atención individual de pacientes en algunos escenarios ciertamente marginales.” (Hersch, Haro, 2007: 5)

Aunque no puede negarse tampoco que persiste un considerable nivel de corporativismo –no exento, a veces, de prepotencia– por parte de algunos profesionales de la biomedicina que creen poder encontrar solos todas las respuestas aun cuando éstas se encuentren en el análisis de dimensiones de la realidad que, por formación, y por las características de la orientación profesional dominante, no siempre estarían capacitados para aprehender.

Pero me preocupa más otra cuestión y es la existencia desde la Antropología y, en nuestro caso concreto, desde aquella que se ocupa de la salud, de un cierto descuido (si no generalizado –afirmación que sería excesiva– sí bastante extendido) en la atención a la dimensión práctica del conocimiento antropológico:

“Merecem atenção os questionamentos que freqüentemente têm sido feitos aos cientistas sociais pelos demais profissionais de saúde. Ao lado do reconhecimento da importância da abordagem das ciências sociais para o debate das estruturas e práticas que alicerçam o setor saúde, há uma crítica contundente em relação à pouca potencialidade de aplicação prática de seus conhecimentos. Embora essa observação seja generalizante, reflete a dificuldade de muitos profissionais da área em ultrapassar o formato das análises de alto nível de abstração teórica, mas pouco propositivas, distantes dos problemas imediatos e ausentes de uma perspectiva de ação que o campo da saúde demanda. Os representantes dessa postura mais distanciada argumentam que o papel do cientista social é teorizar, produzir conhecimento, refletir criticamente práticas, ideologias e saberes institucionalizados. Portanto, não lhe cabe resolver problemas práticos ou dar um receituário para solucionar questões do cotidiano. As duas perspectivas tensionam o antigo debate sobre o papel da ciência, da técnica e o que seja a construção de uma tecnociência (modelo mais difundido no campo da saúde). Por outro lado, colocam em jogo o sentido praxiológico da ciência (Japiassu, 1976).” (Minayo et al., 2003: 103)

Algo que parece relacionarse con una cierta tendencia de muchos autores a perderse en disquisiciones sobre si es o no aplicable e incluso si es deseable que lo sea. Un apunte sobre esto, breve y clarificador:

“Ciertamente, no todo cuanto conocimiento se produce en el seno de la disciplina es por sí mismo y de manera inmediata susceptible de aplicación y socialmente útil. No tiene por qué. Aún más, la búsqueda del conocimiento no debería estar constreñida por las previsiones de sus capacidades prácticas, porque muchas veces lo que en este sentido resulta inútil es lo que nos ayuda a comprender con mayor profundidad y acierto. Pero la cuestión no es si todo es o debería ser aplicable sino dilucidar si el conocimiento que se produce en Antropología es útil socialmente, por mucho que no lo sea todo él. A esto habría que decir que la Antropología, en la medida en la que sus análisis versan sobre cuestiones sociales es, en principio, aplicable. Estamos acostumbrados a entender la aplicación como intromisión manipuladora o bien como aquel tipo de investigación que se dirige concretamente a conocer los problemas -para alguien- sociales y a iluminar su resolución. Pero ésta es sólo una óptica estrecha para entenderlo.

La pregunta es si el conocimiento antropológico, o parte de él, puede tener *impacto en el cambio sociocultural y en las relaciones interculturales*. Ése sería el fundamento de su aplicación. Y visto desde esa perspectiva parece imposible negarlo. Esa aplicación va desde la pura investigación básica, cuya divulgación crea opinión, proporciona datos, argumentos y justificaciones -una intervención fuerte-, hasta los estudios ‘por encargo’ -de quien sea- para buscar orientación en la solución de los problemas socioculturales. La Antropología produce muchos conocimientos que, en principio, son *aplicables*; una buena parte de la teoría antropológica, la etnografía y la teoría, que de ella se deriva, se relacionan con problemas sociales y culturales que la gente o la sociedad o las instituciones tienen. De aquí, que exista en múltiples ocasiones una vinculación estrecha entre teoría e intervención, sea de forma activa o, más frecuentemente, latente o silenciada. Por tanto, habría que plantearse si el problema de la escasa incidencia de los estudios antropológicos en la práctica social no se deriva, precisamente, de que se realizan sin ninguna exigencia de aplicabilidad. De ser así, sería perjudicial no sólo porque se priva a la sociedad de unos instrumentos útiles para su orientación, sino también porque sería una falta de estímulo para mantener y aumentar el rigor y la seriedad que se precisan en la investigación antropológica: al no poner nada en práctica, ninguna afirmación fracasa, cualquier cosa plausible y brillante que se quiera decir, vale; al no poner nada en práctica, queda al margen la prudencia que nace de la responsabilidad social por nuestro trabajo.” (San Román, 2006: 379-380, las cursivas son suyas)

Cuestionamiento que encierran, a mi juicio, explicaciones que pueden resultar paradójicas y que se relacionarían, por un lado, con un cierto complejo de inferioridad –que a veces se esencializa convirtiendo las insuficiencias en opción romántica–:

“Algo similar ocurre con la ausencia de antropólogos académicos en los debates públicos que crean opinión. Salvo excepciones, pocas veces vemos a un antropólogo en esta tarea y, todavía menos veces, oímos a los antropólogos hablar de lo que realmente saben, del producto de su trabajo. Se escribe y, desde luego, se espera que sea leído por cuanta más gente, mejor. Pero esta actividad evita presentarse como lo que en realidad es, una intervención en las ideas, como mínimo, y también la entrega de un material aplicable, al menos. Sin embargo, cualquier antropólogo que publica sus resultados es, en el fondo, consciente de que son en gran parte aplicables y de que de una o de otra forma se van a aplicar. Esto explica que no todo se diga, que lo que se dice se diga de cierta forma y no de otra; en definitiva, se protege el conocimiento de un uso inadecuado ante el que quien escribe ya ha perdido, por escribirlo, control sobre él. Y lo sabe. A pesar de su propia experiencia, y contra ella, suele decir, sin embargo, que nosotros no podemos hacer ninguna predicción de ningún tipo -otros sí-, que nuestros conocimientos no son tan fiables como para que pueda pensar en que incidan de ninguna forma en la práctica social -los de otros, sí-, que nuestra forma de proceder no es científica realmente -la de otros, sí-, incluso que es estrictamente artística -como si el arte careciera de incidencia, además-. Yo no puedo estar más de acuerdo en la prudencia, en la ausencia de dogmatismo a la hora de defender nuestras posiciones, incluida ésta, pero otra cosa es no asumir con temor y humildad, confesadamente, nuestra responsabilidad, negar el uso social de nuestros discretos logros, evitar nuestro compromiso ocultándonos detrás de una pretendida incapacidad de la Antropología para generar un conocimiento que puede ser útil, incluso a veces necesario, a las personas y a la sociedad, detrás de una pretendida neutralidad de las palabras frente a las acciones, de las publicaciones frente a la cooperación social.” (San Román, 2006: 380-381)

Algo, claro está, que no es incompatible con conocer, asumir y trabajar desde el conocimiento de las potencialidades y las limitaciones de la disciplina:

“En conclusión, creo que el conocimiento antropológico suele ser *aplicable* en distintas medidas bajo diferentes condiciones; y de ellas creo que, por nuestra parte, sólo depende de la calidad del trabajo y preparación del investigador el que *pueda* o no ser aplicado a los problemas sociales.” (San Román, 2006: 386, las cursivas son suyas)

Y, por otro, con una cierta elusión de la responsabilidad científica, encontrándose algunos autores más cómodos en la discusión exclusivamente teórica, no sólo por opción epistemológica sino como medio de huir de una responsabilidad ciertamente complicada (San Román, 2006).

“Al publicar unos resultados de investigación estamos ya, queramos o no, devolviendo a las personas que han sido objeto-sujetos de nuestro estudio lo que antes ellos nos dieron de otra forma. Y pensaría que son mayoría los antropólogos que estarían de acuerdo en la necesidad de responsabilizarse del uso que se pueda dar a esos resultados, aunque no siempre es fácil y a veces incluso queda fuera de nuestra capacidad el control de lo que podamos decir en una publicación. Por eso, precisamente, se tiene cuidado de qué y cómo se dice. Pero la imagen extrema es la de un antropólogo que recibe un encargo de investigación y piensa que su tarea puede mejorar la situación de la gente que va a recibir la intervención, de los que van a realizarla y de la relación entre ambos o de otros más. Ésa es la situación que nos coloca en la recta de salida, ahí comienzan con toda su crudeza los problemas, dudas y decisiones éticas. Diría, de acuerdo con Aurelio Díaz, que en este punto lo primero es, por tanto, considerar el balance entre lo que pensamos que puede resultar del proceso de intervención y lo que pensamos que puede resultar de la ausencia de esa intervención en concreto para los sujetos implicados en ella; considerar el balance entre lo que pensamos que puede resultar del proceso de investigación que nos encomiendan, vinculado a esa intervención, y lo que pensamos que puede resultar de la ausencia de la investigación que podemos hacer, para los resultados de la intervención que va a realizarse. En la inmensa mayoría de los casos -por no decir todos- esto ocurre con o sin nuestra participación.” (San Román, 2006: 387-388)

“Sin embargo, cuando se hace Antropología y se dirige a la acción social o al desarrollo, la primacía de los objetivos, los efectos desiguales en unos y otros participantes, las facciones y los intereses discordantes, nos enfrentan dramáticamente a la simple realidad de que trabajamos con

y entre seres humanos como nosotros mismos y que necesariamente llegará el momento de disentir. Y pienso que la clave no está en con qué segmento de personas nos alineamos, que es como se suele plantear este tema en la literatura antropológica, sino *qué es lo que nosotros mismos creemos y priorizamos y, eso, al lado de quién nos coloca en cada momento*. Si la preocupación por la igualdad, en primer lugar, y por la diversidad, en segundo, fueran los ejes centrales de nuestro bagaje ético profesional, entonces parece claro que una intervención puede quedar invalidada al chocar con estas prioridades. Esto convierte, de golpe, cualquier prioridad concreta por nuestra parte en una propuesta que tendremos que defender, según mi criterio, sin recurrir a ningún tipo de poder más allá que el de nuestra propia capacidad de argumentar y debatir y negociar, de nuestra propia capacidad como profesionales de la Antropología.” (San Román, 2006: 389-390, las cursivas son suyas)

Sin dejar de lado, las presiones, de muy diversa índole a las que están sometidos los científicos sociales y a las que no somos ajenos los antropólogos, que pueden sesgar la producción científica y reclaman colocar la ética y la responsabilidad en primer plano, algo no siempre sencillo en el contexto investigador actual:

“En el caso de los proyectos financiados, existe un sesgo que favorece a quien financia. Pero puede ocurrir no sólo con los ‘encargos’, sino a veces también con los proyectos de las instituciones científicas, cuando fijan temas preferentes -que obligan a sesgos para ajustar los objetivos a las prioridades ministeriales, autonómicas o europeas, por ejemplo-. En uno y en otro caso, la actuación del investigador tiene que seguir una línea de honestidad intelectual y social, por una parte, y ofrecer resultados útiles a quien paga, por otra, lo cual a veces es complicado, pero sólo a veces. El primer filtro de honestidad está en el momento en el que se decide si se acepta participar o no en el proyecto. El segundo radica en la posibilidad de ajustar los objetivos de la entidad financiadora de forma satisfactoria para ambas partes. El último filtro, y sin remedio, sería salir del proyecto a medio trayecto, lo que no es deseable pero no debe ser nunca descartable. Pero entiendo que es más fácil decir esto desde una cátedra en la Universidad que cuando no se tiene un empleo suficiente y se está empezando a trabajar profesionalmente como antropólogo. Lo entiendo de la misma manera en la que entiendo que, cuando no existe otra salida, se robe una cartera. Pero en uno y en otro caso el límite de la comprensión es a quién se le roba y el daño que se infringe.” (San Román, 2006: 395)

En cualquier caso, el estudio de las desigualdades sociales en salud (como muchos otros campos) reclama superar este tipo de situaciones y asumir responsabilidades que pasan, en primer lugar, por mejorar la calidad de nuestras producciones:

“Decía al principio que sólo hay investigación aplicable y no aplicable, que la propia difusión académica de resultados -no digamos otro tipo de difusión crea impacto social porque ofrece datos, razones y fundamenta la opinión. La única diferencia que se me ocurre entre investigación antropológica básica y aplicada es que la segunda *incluye entre sus objetivos una meta social, que exige que ciertos temas sean investigados y se inserten en el contexto más amplio de indagación, y que deban considerarse críticamente a la luz del conjunto del conocimiento previo y del adquirido en ese proceso*. Quiero decir que la comprensión, el planteamiento de hipótesis y su contrastación se dilatan al añadir cuestiones específicas que también hay que investigar, pero no pueden prescindir de nada que les dé sentido y que pueda verter luz sobre las explicaciones, de nada de lo que es común a la investigación etnográfica en general. Requiere hacer una etnografía rigurosa y añade, en ese contexto, temas de indagación específicos que responden a la demanda de clarificación de problemas y temas sociales. La investigación aplicada es -debe ser-, por tanto, cualquier cosa menos una selección descontextualizada y fragmentaria. Por eso es exigente, por eso y por aquel plus de responsabilidad que supone su incidencia en la propia vida social. Los trabajos de Antropología en el contexto de intervenciones sociales son, ante todo, trabajos sujetos al mismo rigor que cualesquiera otros, si cabe, con más posibilidades para expandir los procesos de contrastación, y ésta es su primera responsabilidad social, no meramente intelectual o académica. Por lo demás, su orientación ética y la decisión de compromiso social son una guía que variará de unos a otros investigadores. Nosotros hemos pretendido aquí exponer nuestras opciones. Hay otras.” (San Román, 2006: 395- 396, las cursivas son suyas)

Bien, hasta aquí creo haber planteado algunas cuestiones fundamentales que dan sentido al resto del texto: las limitaciones del paradigma epidemiológico dominante para el estudio holista de las desigualdades sociales en salud, los déficits de parte de la producción antropológica relacionada con el tema y las tareas pendientes de acreditar la aplicabilidad del conocimiento antropológico sobre estas cuestiones y la necesidad de enfocar el trabajo de manera interdisciplinar. Quedan aún algunas cuestiones más que nos permitirán enmarcar mejor la cuestión. Continuemos, entonces.

CAPÍTULO 2. MIGRACIÓN Y SALUD

Una vez realizado un análisis crítico de la metodología y uso de las técnicas en las investigaciones realizadas desde la Epidemiología y Antropología sobre desigualdades sociales en salud, parece interesante y necesario abordar los principales datos que estas (y otras) investigaciones aportan respecto a la situación de salud y uso de los servicios sanitarios, centrándome, en este momento, en la población inmigrante en el contexto español y catalán y en el contexto temporal de referencia para este texto.

1. RELACIÓN DE LA EMIGRACIÓN CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN QUE PERMANECE EN EL PAÍS DE ORIGEN⁷⁴

La mayor parte de los estudios que hablan sobre el impacto de la migración en la salud se refieren a la población inmigrante, es decir, a la situación de salud o uso de los servicios sanitarios de este colectivo cuando ya está en nuestro entorno. Pocas veces se tienen en cuenta las consecuencias de la emigración para quienes permanecen en origen, amplias y que pueden contemplarse desde diversos puntos de vista, aunque aquí haga tan sólo una referencia muy breve.

La emigración supone para los Estados una pérdida de personas habitualmente (aunque no siempre) jóvenes, emprendedoras y sanas que dejan de contribuir al desarrollo de sus países para hacerlo en otros. Se producirán, entonces, diversos fenómenos que deben entenderse como interrelacionados: una pérdida de fuerza de trabajo sobre todo en las franjas de población potencialmente más productiva y que más contribuye al sostenimiento tanto de las familias como de los sistemas de protección social (el sanitario, entre ellos), un envejecimiento de la población y una tendencia al aumento de los sectores no productivos, que son, a la vez, los más dependientes (niños, ancianos o enfermos) y los que generan mayor presión sobre los sistemas sanitarios y de protección social. Lo señala así, por ejemplo, Meñaca (2010) en un artículo en el que defiende la necesidad de tener en cuenta el contexto de origen para estudiar el impacto de la emigración en la salud:

“La migración también supone una pérdida de la población activa con repercusiones tanto en los índices de desempleo, que han disminuido con la emigración, como en la financiación del sistema sanitario, de tal manera que, mientras las cotizaciones de los trabajadores extranjeros en Europa, y concretamente en España, son imprescindibles para una posible continuidad del sistema del bienestar, en Ecuador disminuye de una manera muy notable la población activa, lo que sería un elemento fundamental para la mejora y viabilidad de su Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Mientras, gracias al trabajo de los inmigrantes en España, se podrían contrarrestar las cargas que supone una población cada vez más envejecida para nuestro sistema de salud, en Ecuador se quedan los grupos de población por edades que más necesidades de salud y demanda tienen asociadas: niños y ancianos. Sin olvidar que entre las pérdidas de capital humano, y de las inversiones que han sido necesarias para su formación, se encuentran profesionales de la salud que también están emigrando, aunque en su mayoría no puedan ejercer en España estas profesiones sanitarias para las que están capacitados” (Meñaca, 2010: 290-291)

⁷⁴ Como expliqué en una nota a pie de página anterior, tanto en este como en los siguientes apartados, intento hacer un uso correcto de los términos migración, inmigración y emigración aunque no se me escapen ni las posibles imprecisiones ni un cierto aumento de la complejidad en lectura.

Y la última frase de la cita anterior es especialmente relevante, ya que, en contra de lo que se suele suponer, muchas personas entre quienes emigran son profesionales de disciplinas diversas, 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 deficitarios. En los últimos años, 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)

Por otra parte, las consecuencias de la emigración no son tan sólo económicas sino que comportan también alteraciones en las estructuras sociales, familiares y en las redes de reciprocidad y cooperación tradicionales, que tienen un papel fundamental en la atención a la salud, de tal manera que la emigración puede no sólo tener un impacto negativo en la salud de quienes emigran (como veremos más adelante) sino que fácilmente puede conducir al deterioro de las condiciones de vida y de salud de quienes permanecen en origen.

Se suele argumentar, para rebatir o matizar 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 parece enteramente cierto y ha sido señalado por diversos autores. Por ejemplo:

“Otro paso importante para profundizar en las relaciones entre salud y migraciones en el plano estructural es analizar las repercusiones del fenómeno migratorio en el estado de salud del contexto de origen. En este sentido, las remesas de dinero juegan un papel fundamental.

El valor de las remesas en la economía de los países con grandes flujos de emigración lleva mucho tiempo en el centro de los estudios económicos y políticos sobre las migraciones. Ecuador no se ha quedado al margen, y en los últimos años se ha producido una gran cantidad de materiales al respecto. [Acosta, López Olivares y Villamar, 2004; Benedixen & Associates, 2003; ILDIS, 2002; Jokisch, 2001; Larrea, 2004]. Se calcula que en Ecuador son en torno al millón de familias receptoras de remesas, que recibirían una media mensual de 117 dólares [Benedixen & Associates, 2003]. Así mismo, distintos estudios nacionales y regionales apuntan al consumo básico como el principal destino de las remesas, siempre por encima del 50% [Herrera, 2004⁷⁵; Sánchez Mendieta, 2004; López Olivares y Villamar, 2004], seguido del pago de la deuda. Se puede ver el papel fundamental de este ingreso por remesas para las familias si tomamos en cuenta que el coste medio de la cesta familiar básica en Ecuador, a diciembre de 2003, era de 378,34\$, y que con el ingreso mínimo mensual de una familia con 1,6 perceptores (253,17\$) se cubría sólo el 67% [Acosta, López Olivares y Villamar, 2004]. Gracias, entonces, a las remesas, muchas familias pueden cubrir de mejor modo sus necesidades básicas, con la importancia que esto tiene para la salud. Aún más allá; en una mayoría de las encuestas, la variable consumo básico no sólo incluye el pago de la renta y la compra de comida, sino también el gasto en salud: visitas y tratamientos médicos, con lo que se desvela la importancia directa de las remesas para el cuidado de la salud. Volveremos sobre ello al estudiar los flujos e intercambios dentro de la autoatención en las familias transnacionales. Por otra parte, las remesas inciden, también, de manera indirecta, en la calidad de vida de las familias al impulsar la economía.” (Meñaca, 2010: 289-290)

⁷⁵ La autora no proporciona no la referencia bibliográfica para este texto.

Pero también debe tenerse en cuenta que la situación no siempre es tan positiva: 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– o que los envíos se detengan en el momento en que reagrupan a los que consideran sus familiares más cercanos –que pueden no ser los únicos en beneficiarse de las remesas. Además, 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.

“Este papel que la emigración, principalmente a través de las remesas, ha tenido como factor de desarrollo en Ecuador, con su repercusión positiva en el nivel de vida y salud de la población, no debe ser idealizado. En primer lugar porque las remesas no se distribuyen equilibradamente en la población, beneficiándose más de ellas los sectores medios empobrecidos –con ingresos entre los 250 y los 500\$ mensuales– que los más pobres –con ingresos inferiores a los 250\$ [Benedixen & Associates, 2003, *op cit.*]–. Así, la inequidad tanto económica como en salud puede estar aumentando. En segundo lugar porque se estima que las remesas no van a seguir creciendo al mismo tiempo en los próximos años; es más, podrían incluso disminuir. Esto se debería, por una parte, a la drástica reducción de la emigración ocasionada por el cierre de fronteras en la Unión Europea, que incluye la demanda de visado de turista para viajar a España desde septiembre de 2003; y por otra, a que un número cada vez mayor de emigrantes disminuye sus aportaciones a la familia en Ecuador al proyectar asentarse en el país receptor e ir reagrupando a los principales miembros de su familia.” (Meñaca, 2010: 290)

2. RELACIÓN DE LA INMIGRACIÓN CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN RECEPTORA

El debate en cuanto a los posibles beneficios, riesgos e inconvenientes de la inmigración es constante. En cuanto a los aspectos positivos, suelen señalarse 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 –no siempre se reconoce que es, además, *barata*– y la revitalización de las cotizaciones a la Seguridad Social, además –aunque se señale menos a menudo– de la riqueza a nivel cultural que aporta. En cuanto a los riesgos, en algunos sectores políticos y mediáticos se señala con frecuencia a los inmigrantes –refiriéndose implícitamente a los procedentes de países pobres y /o pobres ellos mismos y a los pertenecientes a distintas minorías étnicas (como pueden ser gitanos, de diversas procedencias) o religiosas (especialmente, musulmanes)– como una seria amenaza a los valores culturales, a la seguridad ciudadana y los derechos y condiciones de vida de la población autóctona. Entre los riesgos se señala también el (supuesto) impacto negativo que su llegada tendría sobre la salud de la población receptora, tema este 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; Guerrero, Colomina; 2004; Jansá, 1998; Divisió d'Atenció Primària, 2006; Vall, García-Algar, 2004, por citar algunos).

No se trata, en realidad, de un debate nuevo: la figura del *extranjero* como portador de todo tipo de males y enfermedades ha estado presente a lo largo de la Historia y permanece en el imaginario colectivo. Sin detenerme ahora en esta cuestión –aunque sería francamente interesante– sí merece la pena recoger las siguientes citas al respecto:

“Si reprenem l'exemple de la pesta, observem com abans de conèixer la relació entre les puces de rata i la pesta es considerava que la malaltia era importada pels estrangers i pelegrins. La quarantena era una pràctica habitual i les processons religioses resseguien les muralles de la ciutat per intentar evitar l'entrada de la malaltia. Les acusacions de malaltia, quan es desconeixia l'etiologia, requeia sobre els 'altres', els estrangers i tots aquells restaven al marge de la societat dominant com els indigents o els jueus (Farrés 2006, Günzberg 2002).” (Mota, 2007: 46-48)

“Un altre exemple on els brots de malalties infeccioses identificaven al de fora, d'una manera essencialista, com el portador de les malalties el trobem en la sífilis i en la manera de nomenar-la. En el mateix segle XIX la sífilis era coneguda a Itàlia com a 'morbus gallicus', a França com a 'le mal de Naples', a Rússia com 'la malaltia polonesa', a Sibèria com 'la malaltia russa', al Japó com 'la malaltia portuguesa' o a Portugal com 'la malaltia castellana'. Els adjectius identitaris afegits a malalties infeccioses són recurrents i un dels exemples més recent el tenim amb l'epidèmia de grip del 1918 coneguda a tot Europa com la grip espanyola (Gandy, Zumla 2003).” (Mota, 2007: 46-47)

En la actualidad, en general, los autores que se ocupan del tema tienden a dividir en dos los tipos de patologías padecidas por la población inmigrante 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 puede adquirir en su lugar de origen (o en puntos intermedios del viaje) y *traer* al de destino, incluyéndose, fundamentalmente, dos tipos de procesos, por una parte las llamadas enfermedades tropicales (como la malaria, la esquistosomiasis y otros tipos de parasitosis) y, por otra, ciertas patologías infecciosas de amplia distribución mundial (llamadas, por ello, cosmopolitas), 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 medidas de protección de la salud y 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, en los términos que estamos empleando) 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)⁷⁶

⁷⁶ Este es un hecho tendría 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

Respecto a las enfermedades infecciosas, el tema es más complicado, fundamentalmente debido a la escasez de estudios completos 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 mayor a la nuestra, lo que vendría a incrementar las posibilidades de transmisión en destino. Para algunos profesionales es un hecho evidente 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. Veamos algunas de las argumentaciones:

“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, aparte 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)

“La mayoría de las enfermedades infecciosas típicas de los inmigrantes no tienen impacto, en términos de salud pública, en el país de destino puesto que su transmisión es muy difícil en nuestro medio, ya sea por la falta del vector o de los hospedadores intermediarios [Gascón, 2003]. No obstante, la tuberculosis, por su frecuencia e impacto en la salud pública merece una especial consideración. En general, desde el punto de vista de la tuberculosis la inmigración no supone un riesgo grave para la salud pública del país de acogida ya que, aunque la incidencia de tuberculosis en algunos de estos colectivos es superior a la de la población española, las tasas de tuberculosis en nuestro país continúan descendiendo y no se han visto claramente afectadas por la inmigración [Vieira, Bischofberger, Pérez de Oteyza, 2003; Comisión Europea, 2004]. No obstante, la disminución de la tuberculosis en algunos países de Europa occidental se ha detenido

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.

principalmente debido a la inmigración procedente de países con alta prevalencia [Heldal et al., 2003].” (Guerrero, Colomina, 2004: 566-567)⁷⁷

En lo que se refiere a enfermedades para las que existe cobertura vacunal en nuestro medio y para las que puede ocurrir 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 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 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 algunas de estas patologías. Por este motivo, sería necesario incrementar la información relativa a la importancia de las vacunaciones entre esta población y facilitar a los profesionales el acceso a los datos necesarios, algo, esto último, en lo que ya se trabaja activamente pero sin demasiado acuerdo en cómo debe hacerse. Y no conviene tampoco ignorar que la caída en las tasas de vacunación no se debería tan sólo a la población recién llegada sino también a la negativa por parte de ciertos sectores de la población autóctona, no necesariamente ni en su mayoría de nivel socioeconómico ni educativo bajo, a cumplir el calendario vacunal de sus hijos⁷⁸. Tener presentes estas cuestiones ayudaría a evitar informaciones sesgadas y estigmatizadoras y a mejorar la protección de toda la población.

Respecto al segundo grupo mencionado más arriba, las enfermedades adquiridas en nuestro medio (que podrían ser contraídas en mayor medida por parte de población inmigrante, 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, serían –sobre todo, aunque no en exclusiva– las situaciones de marginalidad, pobreza e insalubridad en las que viven algunos inmigrantes las que influirían en que contrajeran 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 algunas personas, inmigrantes y autóctonas, 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

⁷⁷ Se trata de un artículo editorial elaborado por dos autores especializados en el área Microbiología que han ocupado puestos de responsabilidad. Sin embargo, llama la atención que no se citan las fuentes de alguno de los datos y que parte de las argumentaciones son, como mínimo, parciales y tendenciosas.

⁷⁸ 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 España, una norma de cumplimiento obligatorio.

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 jurídic-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, 2006: 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 y la exclusión social que a veces se le asocia), de mejoras en sus condiciones de vida y en el acceso al sistema sanitario y de un mejor uso de los recursos de los que ya disponemos. Las continuas restricciones de índole política y económica (con un innegable trasfondo ideológico) que afectan a unos y a otros no vendrían, precisamente, a contribuir a mejorar la situación.

"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, por ser uno de los primeros, 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, ascariasis, 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 salud pública, a nivel internacional, y de inserción socioeconómica del inmigrante, a nivel local, que beneficiarían, ambas, tanto a éste como a la población general. Lo verdaderamente peligroso parece, por tanto, la pobreza, la exclusión y la marginación social, estén donde estén.

“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 [Gellert, 1993], 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.” (Roca et al., 2002: 619)

En ocasiones, se ha señalado la necesidad de realizar un cribaje activo de algunas enfermedades entre los inmigrantes, especialmente de la tuberculosis y el VIH/SIDA, aunque no existe acuerdo ni entre los responsables políticos de los distintos países ni por parte de los propios especialistas en cuanto a la conveniencia ni el modo adecuado de desarrollo de tales prácticas. Mota (2007) recoge esta cuestión:

“(…) Els EEUU i el Regne Unit són països pioners en el control fronterer i en els processos de monitoratge a les fronteres per a detectar casos de malalties infeccioses. En els darrers brots epidèmics com el de la SARS o el de la grip aviària, el DCD [Centre for Disease Control] va ser el que va marcar les pautes de control i de vigilància epidemiològica que s’aplicarien en la resta de països. Tot i la poca eficàcia demostrada per aquestes mesures ja que no detecten malalties amb llargs períodes d’incubació o simples portadors que no hagin desenvolupat la malaltia, el monitoratge és també una de les polítiques prioritàries per a les persones que vulguin residir al país. Recentment, el partit conservador britànic, actualment a la oposició, ha fet una proposta de llei per a realitzar un monitoratge complet als immigrants estrangers extracomunitaris que vulguin entrar al país com a mesura, per l’augment de casos de SIDA i de tuberculosi entre minories ètniques del Regne Unit. Les despeses de les proves mèdiques anirien a càrrec dels mateixos immigrants i els que donessin positiu o presentessin alguna malaltia no se’ls permetria l’entrada al país (Ramos 2005). El monitoratge i l’atenció sanitària a la diversitat ètnica compta amb estudis crítics per la discriminació que porten associades (Lurbe 2005a).” (Mota, 2007: 56)

Sin duda alguna, la reducción de las tasas de estas enfermedades 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 exclusivamente la inmigrante, por lo que tiene de generalizador y estigmatizador y porque tampoco debería olvidarse se trata de enfermedades que no padecen en exclusiva sino que afectan también a capas diversas de la población autóctona. El adecuado control de estas enfermedades sí pasa, con toda seguridad, por garantizar un adecuado acceso y acogida en el sistema sanitario, el establecimiento de programas adaptados a la detección y a incrementar el cumplimiento de los tratamientos y la mejora de las condiciones de vida (no sólo de los inmigrantes sino también de sectores vulnerables de la población autóctona).

“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] vinguin 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 definitiva, aunque no parece que pueda afirmarse con rigor científico que la inmigración suponga, en sí misma, un riesgo significativo para la salud pública en la sociedad de acogida, sí 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 desfavorides.” (Divisió d’Atenció Primària, 2006: 4, las cursivas son suyas)

“Antes de hablar de la salud de los inmigrantes hay que tener muy claros tres conceptos:

1. La inmigración no supone ningún riesgo grave para la salud pública del país de acogida.
2. Los problemas de salud de las poblaciones inmigradas son muy parecidos a los de la población autóctona.
3. La situación irregular de estancia en el país y las condiciones higiénico-sanitarias de vida suponen el verdadero riesgo para la salud de los inmigrantes. De hecho, en los barrios con peores condiciones sociosanitarias los inmigrantes presentan exactamente los mismos problemas de salud que el resto de la población. En cambio, las patologías ‘tropicales’ no tienen una prevalencia significativa.” (Vall, García-Algar, 2004: 2)

3. RELACIÓN DE LA MIGRACIÓN EN LA SALUD DEL MIGRANTE

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

La migración es un reto para las personas que la emprenden y supone cambios en muy diversas esferas de la vida, incluida la salud. Las circunstancias adversas en las que algunas veces –aunque, es necesario insistir, no siempre– tiene lugar el proceso migratorio comportan una serie de riesgos para la integridad física y psicológica 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 que a veces se obvia en la bibliografía sobre este tema y es que la migración puede ofrecer también la oportunidad de mejoras en la salud, bien debido a la posibilidad de obtener asistencia y tratamientos no siempre disponibles –o accesibles– en los países de origen (la terapia antirretroviral sería el mejor ejemplo), bien a través de la posibilidad de lograr mejores condiciones de vida.

En el estudio del impacto que la migración puede tener sobre la salud pueden establecerse varias etapas que tendrían efectos diferenciados⁷⁹: la situación previa a la partida, el viaje migratorio en sí mismo (que abarcaría desde la planificación hasta la llegada al país de destino, pasando, a menudo, por países intermedios en los que se realizan estancias más o menos prolongadas), la llegada a las fronteras (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 (cuando tal estabilidad se alcanza, lo que no ocurre siempre). Veamos cada una de ellas muy brevemente.

En lo que se refiere a las circunstancias previas a la partida, es importante tener en cuenta tanto la situación socioeconómica como sanitaria en origen y no sólo del país en general sino también de la zona de residencia concreta y de cada persona individualmente. Así, parece bastante evidente que la precariedad socioeconómica es uno de los motivos principales para la migración, aunque no sea el único, y que esta precariedad tendrá una incidencia en el estado de salud de las poblaciones en su conjunto y de cada migrante en particular. Meñaca (2010) lo explica así para el caso ecuatoriano:

“Ecuador, que sufre desde 1982 un largo periodo de estancamiento con el comienzo de los planes de ajuste neoliberal, ha finalizado el siglo XX con una crisis económica sin precedentes. Tómese como referencia la caída del PIB de 19.710 millones de dólares en 1998 a 13.769 en 1999, o el aumento de la pobreza –entre 1995 y 2000– del 34% al 71% de la población, y de la pobreza extrema del 12% al 31%. Un empobrecimiento que vino acompañado de una concentración de la riqueza; así, el 20% más pobre recibía en 1990 el 4,6% de los ingresos, y en 2000 tan sólo el 2,5%, mientras que el 20% más rico aumentaba su participación en los ingresos del 52% al 61% en esa misma década [ILDIS, 2003]. Esta crisis no es exclusivamente económica, sino también política y social, y en ella se incluyen detonantes de orden natural como el fenómeno del Niño en 1997; factores económicos como la caída de los precios del petróleo, un peso de la deuda externa equivalente al 128,4% del PIB y el congelamiento de los depósitos bancarios en marzo de 1999; y la inestabilidad política que supone el hecho de tener cinco gobiernos en cinco años [Centro de Investigaciones CIUDAD, 2001].” (Meñaca, 2010: 286)

⁷⁹ La división es, sin duda, artificial pero puede resultar útil para el análisis.

“Esta crisis, que está en el origen de la nueva oleada migratoria, también ha tenido sus repercusiones en el plano social, y concretamente en el gasto público. Así, en 1999 el Gobierno suspendió el pago de sueldos y salarios a maestros, enfermeras, médicos, policías y militares durante varios meses, sin poder al final sostener el servicio de la deuda, que se colapsó en agosto del mismo año [Acosta, López Olivares, Villamar, 2004]. Mientras, la inversión social se redujo de manera alarmante a la par que lo hacía el PIB, y con ella el gasto público en salud –del Ministerio de Salud Pública– (tabla I), lo que redundó en el consiguiente deterioro del sistema de salud. La consecuencia lógica de esta crisis incluye el empeoramiento de las condiciones de trabajo y de los servicios públicos, la caída de la confianza en el país y el deterioro de la calidad de vida y de la salud de la población.” (Meñaca, 2010: 287)

En cuanto a la situación sanitaria, habría, entonces, que tener en cuenta tanto la prevalencia de determinadas enfermedades (especialmente las infecciosas) como la disponibilidad y accesibilidad de servicios de atención o cuestiones relacionadas con aspectos no propiamente médicos pero que influyen en la salud (condiciones ambientales y saneamiento de las aguas, por ejemplo, pero también violencia e inseguridad). Continuando con el ejemplo de Meñaca (2010):

“En relación con el deterioro de la salud de la población ecuatoriana –que ya había comenzado en el período de estancamiento de la economía [CEAS, 1990] –, se puede añadir que, según los estudios de las Cuentas Nacionales en Salud, en 1997 el gasto total en salud habría sido equivalente al 3,8% del PIB, un 21% menos que en 1995, y de ese gasto casi un 40% correspondería a gasto directo de los hogares en adquisición de medicamentos, pagos de atención médica y otros insumos y exámenes [VVAA, 2001]. No sólo disminuyó el gasto público en salud, también los hogares tuvieron que recortar gastos, tanto en salud como en las dotaciones alimenticias. Así se comprende que también pudieran verse afectados los niveles de nutrición –en el censo de 2001 es la décima causa de muerte en orden de importancia– y que aumentarían las enfermedades infecciosas [Acosta, López Olivares y Villamar, 2004, *op cit.*]. Además, en el contexto de la crisis también crecieron la delincuencia y la violencia. Esta última es un problema de salud pública, dado que las agresiones ocupan el sexto puesto en cuanto a causa de mortalidad de la población en general, siendo la causa declarada del 3,6% de las defunciones en 2001. En 1990 ocupaban no el sexto sino el noveno puesto en cuanto a causa de mortalidad.” (Meñaca, 2010: 288)

A todo ello habría que añadir las condiciones de vida concretas de cada uno de los migrantes: estado de salud (física y psicológica), formación, actividad laboral, redes de apoyo, etc. y también 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, sus repercusiones sobre la salud dependerán en buena medida de las circunstancias de la partida y de la legalidad de la migración. 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 a pie parte África y saltar la valla de Ceuta o Melilla o cruzar el Estrecho de Gibraltar 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 –durante el trayecto y ya incluso en sus países de origen (como suele ser frecuente en el caso de los refugiados) –, bien por parte de quienes se encargan de traerlos a su destino, de las autoridades de los países intermedios o de delincuentes comunes.

En este sentido, un informe de la ONG Médicos sin Fronteras (2006) pone de manifiesto la repercusión sobre la salud de las políticas migratorias no sólo de los países de destino sino también de los de tránsito. Basándose en datos obtenidos a partir de su trabajo sobre el terreno, denuncia las frecuentes situaciones de violencia a las que se enfrentan los inmigrantes irregulares de origen subsahariano 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 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 sexual ejercida contra mujeres y menores y las repercusiones de todo ello en la salud física y mental de estas personas.

“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 perpetradores 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 [inmigrantes subsaharianos], 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)

En otro informe, cuatro años después, la misma ONG (Médicos sin Fronteras, 2010) señala la peligrosidad creciente de los viajes y el deterioro de las condiciones de vida de estas personas consecuencia de la aplicación de políticas migratorias restrictivas por parte de los países de la Unión Europea y, de acuerdo con las directrices marcadas por éstos, del propio Marruecos:

“Los países de obligado tránsito migratorio, como es el caso de Marruecos, se han visto en la necesidad de adaptarse a las exigencias de las políticas europeas, orientadas desde hace años al endurecimiento del control de las fronteras externas de la Unión Europea (UE). Estas políticas, junto a medidas que tienden a facilitar la expulsión de los migrantes en situación irregular, como

la firma de acuerdos de readmisión con los países de origen, constituyen el marco sobre el que se regula la migración a día de hoy y tienen graves consecuencias en las vidas de estas personas.” (Médicos sin Fronteras, 2010: 3)

“Durante el último año, la crisis económica mundial y el endurecimiento de los controles fronterizos, junto a la participación de migrantes subsaharianos (MSS) en los programas internacionales de retorno voluntario, han contribuido a la reducción del número de MSS en Marruecos. No obstante, la combinación de estos factores ha fomentado la consolidación de bolsas de migrantes, originariamente en tránsito, bloqueados en este país. A falta de cifras oficiales, a través de un censo realizado en enero de 2010, MSF estima que actualmente hay 4.500 MSS en Marruecos.” (Médicos sin Fronteras, 2010: 3)

“De la misma manera que el Gobierno de Marruecos debe dar una respuesta integral a las MSS víctimas de violencia sexual que se encuentran en su territorio, también los países de la Unión Europea deben asumir la responsabilidad de las graves consecuencias que tienen sus políticas de migración y asilo, cada vez más restrictivas, sobre el aumento de la violencia en general y sobre la salud y la dignidad de los migrantes, en especial los más vulnerables, como las mujeres y las niñas.” (Médicos sin Fronteras, 2010: 10-11)

Y muestra cómo la violencia continua presente y constituye la causa de una parte importante de los problemas de salud, aunque no la única:

“Lamentablemente, su disminución en número no ha supuesto una mejora de su situación de vulnerabilidad. **La violencia sigue presente al igual que en años anteriores: el 39% de los MSS [migrantes subsaharianos] entrevistados durante el censo reconoció haber sufrido algún tipo de agresión.** En base a las actividades médicas directas de MSF [Médicos sin Fronteras] en sus proyectos de Marruecos, de las 5.231 consultas realizadas durante 2009, el 14% fueron por lesiones y traumatismos producto de la violencia, tanto fortuita como intencionada. De esas mismas consultas, un 25% no tuvieron un motivo médico aparente, correspondiendo a cuadros clínicos como cefaleas, dolores inespecíficos, insomnio o anorexia, ligados principalmente al estrés y la ansiedad.” (Médicos sin Fronteras, 2010: 3-4, las negritas son suyas)

“Aunque oficialmente la frontera administrativa [de Marruecos] con Argelia sigue cerrada, los migrantes subsaharianos detenidos en ésta y otras ciudades son expulsados y abandonados en esta frontera desértica. Junto a las ya de por sí precarias condiciones de vida de los MSS, las expulsiones se suelen realizar durante la noche, aumentando la probabilidad de agresiones.” (Médicos sin Fronteras, 2010: 7)

Este informe vuelve a resaltar que las condiciones en las que se realiza el viaje y la retención en países fronterizos intermedios son especialmente peligrosas para las mujeres y los menores que, además de a las actuaciones de delincuentes comunes y redes de tráfico de personas, se ven expuestos a violencia ejercida por las redes de trata:

“Desde el inicio de las actividades de MSF con la población de MSS en Marruecos, la atención de casos de violencia sexual ha sido una constante en los proyectos, registrándose un aumento progresivo desde julio de 2009 que muestra una tendencia preocupante. Entre mayo de 2009 y enero de 2010, **una de cada tres mujeres atendidas por MSF en Rabat y Casablanca admitió haber sufrido uno o múltiples episodios de violencia sexual**, ya fuera en su país de origen, durante el proceso migratorio y/o una vez en territorio marroquí. Esta cifra podría ser incluso más elevada, ya que algunas mujeres no aceptaron hablar o no reconocieron lo que su propio testimonio evidenciaba. **El uso de la violencia sexual se convierte así en una de las prácticas violentas más habituales contra la mujer en el marco del fenómeno migratorio.**” (Médicos sin Fronteras, 2010: 5, las negritas son suyas)

“La mayoría hace el trayecto en condiciones físicas muy duras. En general viajan hacinadas durante varios días en la parte posterior de las *pick-ups* que atraviesan el desierto, sin detenerse para dormir ni comer y sin apenas agua. En algunos tramos son obligadas a caminar para evitar los controles policiales. Según varios testimonios recogidos, se dan casos de hombres, mujeres y

niños que mueren a causa de las condiciones del trayecto o de la violencia. Las mujeres además, corren un elevado riesgo de ser víctimas de violencia sexual.

Hasta en un **45%** de los testimonios, las mujeres sufrieron uno o múltiples episodios de violación durante el trayecto migratorio⁸⁰, fuera a manos de la delincuencia organizada o por individuos que se aprovechan de la situación de vulnerabilidad para explotar o incluso violar a lo largo del camino a estas mujeres.” (Médicos sin Fronteras, 2010: 6, las cursivas y las negritas son suyas)

Todas estas situaciones pueden suponer riesgos inmediatos para la salud tanto física como psicológica:

“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)

“Una vez más, las mujeres víctimas de violencia sexual suponen un segmento particularmente vulnerable dentro de esta población: tomando solamente el total de mujeres que prestaron su testimonio a MSF, el 23% quedaron embarazadas como consecuencia de dichas violaciones. Además, el 35% tenía diversos problemas de salud sexual y reproductiva vinculados a los episodios de violencia sexual, y el 33% manifestó problemas de índole psicológica derivados también de las violaciones: insomnio, anorexia, pesadillas, estados de estrés y ansiedad, depresión, pasividad emocional, fuerte sentimiento de culpa o vergüenza, pensamientos suicidas, etc.” (Médicos sin Fronteras, 2010: 9)

Así como efectos negativos también a medio y largo plazo (reactivación de enfermedades latentes, patología psicológica, secuelas físicas...) que han sido señalados también por la OMS (2003):

“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:

“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)

Aunque la situación que se describe sea extrema y no pueda generalizarse, ni muchísimo menos, a todos los viajes migratorios, sí es lo suficientemente grave como para reclamar un abordaje urgente a nivel internacional. Continuemos.

⁸⁰ En una nota a pie de página en este texto dice: “Un 14% de estas mismas mujeres ya habían sido violadas en sus países de origen.” (Médicos sin Fronteras, 2010: 6)

Una vez llegados a las fronteras de los países de destino algunos migrantes 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 para estabilizar su situación 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 se denominan genéricamente Centros de Migraciones y son de dos tipos (aunque a menudo coincidan físicamente): Centros de Acogida a Refugiados (CAR) (cuyo objetivo, teórico, es el primero) y Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) (cuyo 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 centros⁸¹ y que indica claramente que se trata de lugares de retención con finalidad cautelar y no de detención (es decir, no son centros penitenciarios) y que deben reunir condiciones adecuadas de habitabilidad, las denuncias respecto a las carencias en su funcionamiento son constantes. Por ejemplo, Jarrín, Rodríguez y de Lucas (2012)⁸² denuncian “el oscurantismo y la ambigüedad en el funcionamiento de estas instituciones” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 1), en donde se darían abusos físicos, condiciones de salubridad y habitabilidad deficientes y escasa atención a la salud física y psicológica:

“Durante el trabajo de campo, a través de la observación directa y de los testimonios de los internos, se constató abuso, arbitrariedad y maltrato de los funcionarios hacia los migrantes detenidos expresados a través de la utilización de fuerza física, el uso de celdas de aislamiento e incluso de fármacos. (...)” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 9)

“De acuerdo a la información recabada y corroborada por los testimonios de los entrevistados, las dependencias internas de los CIE corresponden a las de un centro penitenciario. En el

⁸¹ En el momento de la realización del trabajo de campo, la legislación vigente se encontraba en los artículos 62, 62bis, 62 ter, 62 quáter, 62 quinquies, y 62 sexies de las modificaciones introducidas en la Ley Orgánica 4/2000 por la Ley Orgánica 2/2009 y 14/2003, relativos a los centros de internamiento de extranjeros, y en la Orden de 13 de enero de 1989 sobre centros de acogida de refugiados. El lector puede encontrar información actualizada sobre legislación y normas de funcionamiento en el Portal de la Inmigración, de la Secretaría General de Inmigración y Emigración –dependiente del Ministerio de Empleo y Seguridad Social– (<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/index.html>) y en el apartado dedicado a extranjería en la página web del Ministerio del Interior (<http://www.interior.gob.es/es/web/servicios-al-ciudadano/extranjeria>).

⁸² Se trata de un trabajo que combina diferentes fuentes de información:

“La información etnográfica contenida procede del trabajo de campo (según la observación directa, la realización de historias de vida, entrevistas, testimonios y el seguimiento y revisión de los informes y documentación sobre la situación de los internos) realizado en 2010 en el Centro de Internamiento de la Zona Franca de Barcelona (Jarrín Morán, 2010); con seguimiento y revisión posterior de los informes elaborados por Asociaciones y ONG sobre la situación de los CIE en España y el seguimiento de las noticias y debates publicados por los medios de comunicación en torno a este tema.” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 2)

Con los siguientes objetivos:

“Se realiza, además, una descripción detallada de la situación actual de los CIE, centrándose en tres aspectos: 1) las irregularidades en la aplicación del Reglamento, 2) el estado de las dependencias y 3) las condiciones personales de los migrantes detenidos, que están expuestos sistemáticamente a la vulneración de sus derechos.” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 2)

informe *Voces desde y contra los Centros de Internamiento de Extranjeros* (2009: 36-37) [Ferrocarriil Clandestino, Médicos Mundo, SOS Racismo, 2009] se expone que seis de los nueve CIE existentes en España fueron centros penitenciarios o campamentos militares antes de ser reconvertidos en CIE. Es el caso del CIE de Aluche en Madrid, por ejemplo, que funciona en las antiguas dependencias de la cárcel de Carabanchel. En Barcelona, hasta 2006 el CIE funcionaba en los calabozos de la Comisaría de Policía de La Verneda hasta que se construyó el CIE de la Zona Franca. Las instalaciones del CIE de Capuchinos en Málaga funcionan en las antiguas dependencias de un cuartel militar. Una trabajadora de CEAR, que ingresó en las dependencias internas del CIE de Zapadores en Valencia, describe las habitaciones de la siguiente manera: “Cuando digo celdas hablo de barrotes de hierro, de llaves que las cierran y las abren, no existen mecanismos automáticos de apertura. (...) Las camas se organizan en literas, no tienen baño, únicamente hay una pila que la tienen que utilizar para hacer sus necesidades dado que en la noche no hay posibilidad de ir al servicio.”

En los CIE los espacios de uso común son reducidos, existe restricción en los horarios de acceso; la mayor parte del día los internos se la pasan en los pasillos y el comedor. El espacio y el tiempo del patio lo aprovechan para lavar ropa y utilizan las vallas como tendederos, debido a que no existen lugares destinados para lavandería.

Las actividades que pueden realizar son escasas, más allá de ver la televisión no existen materiales de ocio, como juegos de mesa, libros, revistas, etc. Sin embargo, sí está permitida en los CIE la celebración del culto religioso, se permite la entrada de sacerdotes y pastores para la celebración de la misa y el culto cristiano, respectivamente, y se establecen horarios diferenciados de comida durante el tiempo de la celebración del ramadán para la población musulmana. En la celebración de los ritos religiosos se constituye espacios generadores de lazos de acompañamiento, solidaridad y reciprocidad entre los internos.” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 10, las cursivas son suyas)

“Para la asistencia sanitaria existe un espacio dispuesto como enfermería, pero no hay regularidad en la presencia de personal médico debido a que el servicio lo prestan empresas privadas subcontratadas que trabajan en horarios limitados, fuera de este tiempo los internos carecen de cobertura médica. (...)” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 10)

De acuerdo con estas informaciones, la estancia en este tipo de centros tendrá con frecuencia consecuencias negativas para la salud: además de los efectos psicológicos evidentes que puede tener la retención 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 y se sienten, además, tratados como delincuentes, hay que añadir los efectos del hacinamiento (muy frecuente), 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. Jarrín, Rodríguez y de Lucas (2012) relatan:

“Los migrantes internos en los CIE sufren un deterioro físico y psíquico importante al estar sometidos a un régimen penitenciario. La ambigüedad de estar detenidos sin haber cometido un delito provoca un cuestionamiento identitario; frases como ‘yo no he cometido un delito’, ‘yo no soy un criminal’, ‘yo no le he hecho mal a nadie’ fueron frecuentes en las conversaciones con los internos. El apartado psicosocial del informe de CEAR (Pérez-Sales, 2009: 177) señala que un 33% de los detenidos manifestaron que ‘este encierro les está destruyendo como persona’. Otras consecuencias psicológicas recogidas en una encuesta realizada para este informe son el cuestionamiento de la visión del ser humano, sentimientos de odio y deseos de venganza debido a la afectación del sistema de creencias y sentimientos de rabia contra sí mismos o hacia los demás (Pérez-Sales, 2009: 178).” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 11)

“Debido a que no están establecidas las fechas ni los horarios para la concreción de la expulsión, éstas se realizan de forma sorpresiva cualquier día y a cualquier hora del día. Por este motivo los internos permanecen en un estado permanente de vigilia. Al referirse a este tema, un interno entrevistado señaló:

‘Es una cosa horrorosa, ¿sabe lo que hace falta ahí? No uno, sino dos o tres psicólogos que te orienten, porque si no estamos ahí las personas dando vuelta al cerebro pensando, pensando, pensando, en los papeles, el contrato. No podía dormir, escuchaba las rejas que sonaban y decía me van a llamar, ya me llevan. No hay justicia.’” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 11)

Resultan especialmente graves las limitaciones en cuanto a la asistencia sanitaria, que comportarían evidentes riesgos para la salud:

“En cuanto a los tratamientos médicos de los internos que padecen enfermedades crónicas como síndrome de inmunodeficiencia humana VIH, diabetes, hepatitis, cáncer, etc., son interrumpidos puesto que no se permite el ingreso de fármacos al centro. Excepcionalmente en CIE como el de Aluche, en Madrid, se han atendido ciertos tratamientos sin que exista una garantía respecto al tipo y dosis del fármaco administrado.” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 11)

Todo ello ha sido señalado también por la OMS para el caso de los centros y campos 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 PTSD⁸³, 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 inmigrante, aunque, según Jarrín, Rodríguez y de Lucas (2012), no parece esta la intención prioritaria:

“De acuerdo al Reglamento las revisiones médicas son obligatorias tanto en el momento de la entrada como en el de salida del CIE. El examen médico se traduce en una inspección exhaustiva para confirmar que la persona no porta ningún tipo de sustancias ilícitas. Este procedimiento carece de justificación puesto que los internos están detenidos por encontrarse en situación administrativa irregular y no por haber cometido algún delito. Uno de los entrevistados en su testimonio explica este evento de la siguiente manera: ‘Me llevaron a la parte interior del centro y me hicieron el procedimiento de rutina, revisión corporal, desnudo y a profundidad, y cuando digo en profundidad digo en profundidad’.” (Jarrín, Rodríguez, de Lucas, 2012: 11)

La OMS destaca, además, que el estado de salud no puede considerarse en ningún caso un criterio para evitar la entrada o proceder a la expulsión:

⁸³ Trastorno por estrés posttraumático.

“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, definitivo 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 he dicho, se acepta, en general, que los inmigrantes no constituyen, en sí mismos, un grupo de riesgo sino que son las condiciones deficientes en las que a veces tiene lugar la partida, 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 pobreza, exclusión o marginación social, de tal modo que si éstas no se produjeran y una vez superadas las dificultades iniciales inherentes a cualquier traslado de residencia, 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 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)⁸⁴

Sin embargo, como veremos al tratar los aspectos relacionados con la accesibilidad del 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 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 menores –mucho más frecuentemente y con necesidades de salud 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 España 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

⁸⁴ Una referencia prácticamente en las mismas palabras se encuentra en: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003: 5.

los posibles factores implicados, muchos de ellos relacionados con las condiciones del proceso migratorio:

“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 SOCIALES 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 Reino Unido tienen una larga experiencia, tanto por la mayor tradición migratoria hacia ellos como por disponer de fuentes de información que recogen de manera exhaustiva datos sobre el origen de los pacientes. En el caso de EEUU, incluso se elaboran *clasificaciones* de los inmigrantes (y de la población en general) de acuerdo con criterios supuestamente raciales o étnicos que hacen que hayan proliferado los estudios sobre desigualdades sociales en salud donde la variable *raza* u *origen étnico* ocupan un papel central. Aunque algo he dicho ya, no puedo dejar de señalar que a pesar de proporcionar un volumen de datos del que carecemos en nuestro medio, se trata de una manera de proceder no exenta de riesgos y, por ello, éticamente cuestionable.

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 biomédico, el análisis de la situación de salud de comunidades inmigradas está todavía poco desarrollado. En general, los estudios realizados desde el punto de vista biomédico y de acuerdo –habitualmente– con el modelo de estudio de las desigualdades sociales 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 identificada como inmigrante, con patrones de uso y necesidades percibidas como específicas y respecto a las que en un momento determinado se vieron impelidos 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 y estar elaborados por equipos especializados en epidemiología aunque, habitualmente, con experiencia limitada (al menos al principio) a la población general. En Cataluña, las primeras investigaciones se realizaron en dos centros sanitarios: 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 del siglo pasado, y la Unitat de Malalties Tropicals i Importades, situada en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona. Han trabajado también desde hace años sobre este tema profesionales del Hospital del Mar de Barcelona, del Hospital de Olot y el CAP de Salt, entre otros. Desde el punto de vista institucional, son destacables los sucesivos trabajos e informes del Institut Català de la Salut y, muy especialmente, de la Agència de Salut Pública de Barcelona.

Estos estudios han vivido también una cierta evolución desde sus comienzos: aunque en la actualidad pueden encontrarse publicaciones de temáticas y enfoques muy variados, los primeros trabajos se centraron fundamentalmente en enfermedades tropicales avanzando, poco después, el interés hacia las enfermedades cosmopolitas y el impacto de las condiciones de vida en la salud física, y muy especialmente, mental. Vall·llosera, Saurina y Sáez (2009) lo recogen así en un estudio muy completo sobre morbilidad en población inmigrante:

“La llegada de los primeros inmigrantes a España generó gran cantidad de trabajos científicos que estudiaron dichas diferencias de morbilidad atendida entre la población inmigrante y la autóctona, centrándose básicamente en las enfermedades importadas del tipo *exótico/tropical* (aquéllas que el inmigrante trae de su país de origen y que son exclusivas de su región) [Colectivo IOE, 2004; Farias Huanqui, 2001; Balanzó, Bada, González, 1984]. Posteriormente, partiendo de la base de que las condiciones de vida repercuten sobre los niveles de salud y los patrones de morbilidad, surgieron estudios que pusieron énfasis en el hecho de que las que generan dichas diferencias en la morbilidad atendida⁸⁵ son las enfermedades importadas del tipo *cosmopolita* (aquellas patologías derivadas de la situación socioeconómica del país de origen del inmigrante o de aquellas adquiridas y/o agravadas en el país de acogida debido a la subsistencia del inmigrante en situaciones de precariedad laboral y social).” (Vall·llosera, Saurina, Saez, 2009: 292, las cursivas son suyas)

De la revisión de las fuentes bibliográficas, llama la atención la escasez de datos consistentes relativos a las posibles 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, incluso teniendo presentes estas dificultades, es posible apuntar ciertas cuestiones. Lo haré de manera somera ya que no se trata éste de un trabajo sobre epidemiología de la inmigración, tan solo con el objetivo de esbozar algunos de los motivos de consulta de la población y la situación en cuanto a las desigualdades sociales en salud (de acuerdo, fundamentalmente, con su enfoque epidemiológico).

En general, no hay consenso sobre la existencia de diferencias significativas en cuanto al estado de salud y la percepción del mismo entre la población inmigrante y la autóctona. Algunos estudios llevados a cabo apuntan a un peor estado de salud subjetivo de la población inmigrante: por ejemplo, una investigación 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 y el estudio tiene unas características metodológicas que, de acuerdo con lo señalado en el Capítulo

⁸⁵ Los autores incluyen (fuera del cuerpo del texto) un listado de referencias bibliográficas excesivamente largo como para reproducirlo aquí.

1, 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). Aun 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.

“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)

También algunos trabajos, esta vez 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. Pylori, l'hèrnia hiatal i els restrenyiments molt relacionats amb el tipus de dieta i els canvis d'hàbits higiènics. Les dermatopaties, les micosis i especialment la pruija 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)⁸⁶

Sin embargo, otros (aunque con similares limitaciones metodológicas) concluyen que estas diferencias no siempre existirían:

“In terms of health problems reported by the autochthonous population in 2003, we failed to find data to support the existence of a worse state of health among immigrants, inasmuch as they are present with diseases that are similar to those of the autochthonous population [Sanz, Torres, Schumacher, 2000] and, in some cases, e.g. hypercholesterolaemia or allergy, have significantly lower prevalence values. Although different studies, such as that conducted by the ‘Report on the Mental Health in Europe’ working group, alert to the vulnerability of this group against certain disorders, such as anxiety and depression (both accompanied by a worse perception of health)⁸⁷ this circumstance is not reflected in our study population.” (Carrasco-Garrido et al., 2007: 505)

Y en algunos textos se incide de manera especial en que lo verdaderamente relevante no sería tanto (o no sólo) la migración como la desigualdad social:

“El inmigrante tipo que llega a nuestro país es una persona joven y sana que busca trabajar y que ha conseguido revertir la tendencia al envejecimiento de la población con un crecimiento positivo: la natalidad ha aumentado, principalmente, gracias a la población inmigrante. Sin embargo, además de las diferencias étnicas, de idioma, de cultura o de religión, los inmigrantes comparten en general (y a su vez con muchas de las personas autóctonas con las que viven) una situación social, laboral y económica precaria. Esto los convierte en una población vulnerable a los problemas de salud derivados de las desigualdades en las condiciones de vida.

⁸⁶ Aunque en esta publicación existen abundantes referencias bibliográficas, no se aportan datos concretos respecto a la información a la que se refiere esta cita.

⁸⁷ Los autores incluyen (fuera del cuerpo del texto) un listado de referencias bibliográficas excesivamente largo como para reproducirlo aquí.

En general, y también desde el punto de vista de la atención sanitaria, el colectivo de los inmigrantes no es en absoluto homogéneo. Las realidades de las diversas poblaciones de procedencia son bien distintas y sólo coinciden en el hecho de ser extranjeros. Por ejemplo, el idioma –que no las dificultades culturales y de comprensión–, no resulta un problema para las personas procedentes de América Latina, mientras que es una barrera muy grave para las personas de otros orígenes. También es cierto que la propia población autóctona es heterogénea debido a la diversidad de los factores socioculturales.” (Vall, García-Albar, 2004: 2)

“Antes de despedirme de la enfermera, de apagar el ordenador y de recoger las recetas, sentada en mi silla y con la estatua del ‘emigrante’ Cristóbal Colón iluminada a mi espalda, me da por pensar que la tarde hubiera sido igual de densa si en vez de Ali hubiera venido Manuel, que es analfabeto, o si en vez de buscar a Chaudry hubiera buscado a Antonio, que es indigente. Que Sadar se hubiera podido llamar Jennifer, y Teresita, Rocío. Y a lo mejor Elbia sería diagnosticada de fibromialgia si se llamara Carmen. Llego a la conclusión, a las ocho y media de la noche, que lo que acaba con mi energía no es la diferencia, sino la desigualdad disfrazada de inmigración.” (Pertíñez, 2010: 15)

Profundicemos un poco (sólo un poco) en todo ello.

3.2.1. Mortalidad

Como ya he 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, parece tratarse de una población, en general, joven y sana. Los datos de la Agència de Salut Pública de Barcelona (2008) apunta en esta dirección:

“Mentre la població d’origen estranger a la ciutat ha crescut de manera exponencial des del 1999, no ha estat així en el cas de les defuncions, que han augmentat de manera molt més moderada. Aquest fet corrobora la hipòtesi de l’arribada d’un contingent de persones immigrades, per regla general, joves i sanes. L’any 2004, la població immigrada nascuda a l’estranger representava el 14% del total de la població de Barcelona, però contribuïa només a un 3,3% de les defuncions. (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 82)

“La taxa de mortalitat total és sempre superior per a les persones nascudes a l’Estat espanyol respecte a les procedents de l’estranger, i d’especial manera respecte als immigrants de PVD. La tendència es repeteix en la mortalitat específica per als principals grups de causes.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 82)

En lo que se refiere a las causas de muerte, el mismo texto apunta a diferencias entre población autóctona e inmigrante que parecen coherentes con las características demográficas de ambos grupos:

“Quant a les causes de mortalitat específiques, en el grup de 15 a 44 anys s’han observat importants diferències en les causes més freqüents, en canvi, no s’observen diferències en els altres grups d’edat, essent el càncer de pulmó i la malaltia isquèmica del cor les causes més freqüents en el grup de 45 a 64 anys i en els majors de 65 anys respectivament. En les persones de quinze a quaranta-quatre anys autòctones, les causes més freqüents han estat les lesions per accidents de vehicles de motor (10,3%), la sida (10,0%), el suïcidi (8,7%), les sobredosis (8,1%) i la resta de lesions (5,6%). En els joves nascuts en PVD [països en vies de desenvolupament], la categoria més freqüent ha estat la de la resta de lesions (17,6%), seguida per les sobredosis (8,8%), el suïcidi, la sida (6,9% cadascuna) i la malaltia isquèmica del cor (6,5%). La resta de lesions per causes externes inclou morts traumàtiques sense informació sobre la causa, així com homicidis o enverinaments accidentals.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 83)

No obstante, 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.

3.2.2. Enfermedades infecciosas

Son variados los estudios que apuntan a una mayor prevalencia e incidencia de ciertas 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 pueden compartir condiciones de vida, además de que, en ocasiones, la metodología y uso de las técnicas podrían, como ya he señalado reiteradamente, provocar sesgos significativos en los datos.

3.2.2.1. *Tuberculosis*

En relación con la tuberculosis, el dato que más llama la atención es el incremento en la incidencia en pacientes inmigrantes frente a su progresivo descenso en los últimos años entre 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 muchos de pequeños estudios, los datos más fiables para el ámbito catalán proceden de las memorias anuales sobre estado de salud de la población y la situación epidemiológica de la infección elaboradas por la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Barcelona. Para Catalunya (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012), el último informe referido al marco temporal de este texto señala que a pesar de que la incidencia de tuberculosis ha descendido entre los años 2000 y 2010 continúa siendo superior respecto al resto del Estado y Europa. En cuanto a la población extranjera, la tasa de incidencia es 5 veces superior –lo que se relaciona con el freno en la caída de las cifras globales– y presenta diferencias en cuanto a la procedencia y mayor porcentaje de abandono del tratamiento:

“Tot i que des de l'any 2000 la incidència de malaltia tuberculosa a Catalunya ha disminuït un 3,6% de mitjana cada any, la incidència de l'any 2010 continua més elevada que la mitjana europea. Entre les persones estrangeres s'observa una taxa d'incidència més de cinc vegades superior a la de les autòctones. El 85%, com a mínim, dels casos més contagiosos han completat el tractament.” (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 83)

“Quant al lloc d'origen dels casos de tuberculosi notificats l'any 2010, la meitat es corresponen a persones nascudes fora de l'Estat espanyol. En els darrers deu anys s'ha observat com aquesta proporció quasi s'ha triplicat i ha passat del 16,8% l'any 2000 al 49,5% l'any 2010. La incidència de tuberculosi el 2010 és més de cinc vegades superior en les persones nascudes a l'estranger (58,2 casos per 100.000 h.) que en les autòctones (11,5 per 100.000 h.). Els immigrants procedents d'Àsia i Àfrica són els més afectats per la malaltia, amb incidències dotze i nou vegades superiors, respectivament, a les de la població autòctona (Figura 3).” (Observatori

del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 83-84)

“La tuberculosi és més freqüent en homes (25 casos per 100.000 h.) que en dones (12,8 casos per 100.000 h.). El perfil d'edat dels malalts difereix entre la població autòctona i la immigrant. El grup d'edat que presenta més incidència entre la població autòctona és el de 65 anys i més, mentre que, entre la població immigrant, el grup amb més incidència és el de 15 a 44 anys.” (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 84)

“Durant el període 2000-2010 la taxa d'incidència, tant en la població autòctona com en l'estrangera, ha disminuït al voltant d'un 5% anual (5,2% i 4,9% respectivament), tot i que la mitjana global de declivi anual és només d'un 3,2% (Figura 2). El creixement progressiu del pes de la població immigrant, amb taxes més elevades, sobre la població catalana ha frenat el declivi de la taxa global. Per sexes, la disminució mitjana anual no presenta gaire diferències, amb variacions mitjanes anuals del 3,3% i del 3,0% en homes i dones, respectivament.” (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 84)

“Les causes de no compliment del tractament són molt diverses. El motiu més freqüent és la pèrdua de contacte amb el pacient, interrupció o abandonament del tractament, que ha afectat un 4,7% dels casos de tuberculosi que van iniciar tractament el 2009, excloent-hi els casos que han acabat en defunció per tuberculosi o una altra causa. La interrupció del tractament és més freqüent en població estrangera (7,0%) que en l'autòctona (2,3%).” (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 85)

Para la ciudad de Barcelona (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2011) los datos indican unas tendencias muy similares en cuanto a la evolución de las cifras, el perfil demográfico y la comparación con la población autóctona, señalando, además, diferencias por distritos:

“L'any 2010 s'han detectat a Barcelona 619 casos de tuberculosi (TB), dels quals 429 eren residents a la ciutat. Això representa una incidència de 26,5 casos per 100.000 habitants. Aquest any la malaltia ha augmentat respecte de l'any anterior gairebé el 10% i ha passat de 392 a 429 casos. La malaltia és més freqüent en els homes (279 casos) que en les dones (150 casos). Si es miren les dades segons el país de naixement, la incidència més elevada es troba en els immigrants, sobretot en els homes, on s'ha observat l'augment més important (50%). La incidència en la població autòctona és inferior i també és més elevada en els homes. Cal destacar que el declivi mitjà anual des de l'any 2000 ha estat del 6% i el 2% en els homes i les dones autòctones, i del 2% i 5% en els homes i les dones immigrants (vegeu la figura 3). De les 150 dones amb TB, 74 havien nascut fora de l'Estat espanyol (50,3%), sobretot a Bolívia, Perú i Pakistan. Respecte als 279 homes, 157 eren immigrants (56,3%), i, pel que fa a la seva procedència, destaca el Pakistan, amb 60 pacients, seguit del Marroc i del Perú. Els pacients immigrants amb TB procedien de 40 països diferents.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2011: 53)

“El grup d'edat més afectat en persones autòctones ha estat el de més de 65 anys, tant en homes com en dones. En canvi, en el cas dels immigrants, el grup d'edat més afectat ha estat el de 15 a 39 anys, tant en homes com en dones. Cal assenyalar que, en aquest grup d'edat, els homes immigrants tenen una incidència superior a 100 casos per 100.000 habitants (vegeu la figura 4). Ciutat Vella ha estat el districte amb més casos, 74 homes (incidència 134/100.000 h.) i 30 dones (60/100.000 h.), seguit de Sants-Montjuïc, Sant Andreu i Sant Martí, tant en homes com en dones. La incidència a Ciutat Vella ha augmentat més d'un 50% respecte de l'any 2009 (vegeu la figura 5).” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2011: 54)

En un informe referido exclusivamente a la salud de la población inmigrante, la misma Agència de Salut Pública de Barcelona (2008) señala dificultades para el manejo de

estos pacientes, que relaciona con las diferencias idiomáticas y la situación administrativa:

“ (...) D'altra banda, el maneig individual de cada pacient s'ha anat complicant, ja que la proporció de pacients nouvinguts amb problemes de comprensió de la llengua i en situació administrativa irregular cada vegada ha estat més gran (figura 2). I també ha augmentat la resistència primària als fàrmacs.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 72)

“L'impacte de la immigració en l'epidemiologia de la TB a Barcelona és important, i s'han hagut de fer esforços per adaptar el Programa de prevenció i control⁸⁸ a aquesta nova realitat. La possibilitat de disposar de professionals d'infermeria de Salut Pública i d'Agents Comunitaris de Salut ha permès fer un millor control d'aquests pacients, i aquest darrer any s'han obtingut resultats comparables a la població autòctona tant en la realització d'estudis de contactes com en el compliment del tractament. Sembla que en els propers anys, i tal com ha passat en altres països de l'Europa occidental, la proporció de casos de persones immigrants anirà augmentant, i per tant els recursos específics per a aquest tipus de població s'hauria de mantenir i consolidar.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 73)

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%⁸⁹.

“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)

Un estudio realizado entre personas identificadas como inmigrantes en el Hospital Universitario de Elche encuentra también disparidades en cuanto a la procedencia y cifras muy inferiores a las citas anteriormente en cuanto al cumplimiento de los

⁸⁸ Se refiere al Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosis de Barcelona. Dentro del marco de referencia temporal de este texto, el lector puede encontrar datos completos para el año 2010 en: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2011.

⁸⁹ 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.

tratamientos prescritos (aunque incluyen personas asintomáticas con tuberculosis latente):

“La ITL [infección tuberculosa latente] se diagnosticó con más frecuencia entre los originarios de Europa del este (27,4%) y con menos frecuencia entre los latinoamericanos (5,9%). Se diagnosticaron 93 casos de TB activa, que fue menos frecuente en los latinoamericanos (5,9%) y más en los subsaharianos (15,7%). (...)” (Ramos et al., 2011: 189)

“La ITL [infección tuberculosa latente] fue la infección que con más frecuencia se diagnosticó en nuestra consulta, igual a lo que se ha encontrado en otros estudios realizados en nuestro medio [Roca et al., 2002; Manzardo et al., 2008; Monge-Maillo et al., 2009]. La prevalencia de la ITL varía entre el 18 y el 61%, según la procedencia de los inmigrantes [Manzardo et al., 2008; Monge-Maillo et al., 2009]. La prevalencia en este estudio está sesgada, ya que generalmente se hacía preferentemente a las personas que acudían con síntomas respiratorios. El tratamiento de la infección tuberculosa latente previene la aparición de la enfermedad tuberculosa [Ramos et al., 2003], si bien es difícil que estas personas a los que se les diagnostica la ITL y que se encuentran asintomáticas tomen el tratamiento correctamente [Anibarro et al., 2010]. En este estudio tan solo completaron el tratamiento el 20% de los casos a los que se les prescribió. Por todo ello, hay controversia en si hay que hacer un cribado indiscriminado a los inmigrantes por el hecho de ser inmigrantes y sobre si hay que dar o no tratamiento en los casos de ITL no relacionados con casos índice de tuberculosis activa, VIH positivos o convertidores recientes [Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona, 2003]. La TB activa fue una parte importante de la patología atendida en nuestra consulta. La proporción fue superior a otros estudios [Manzardo et al., 2008; Monge-Maillo et al., 2009], probablemente debido a que casi todos los inmigrantes que son diagnosticados de TB en nuestro hospital son seguidos en nuestra unidad. La prevalencia fue alta en todos los colectivos, pero mayor entre los africanos, en relación con la prevalencia de la TB en dicha área geográfica [Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona, 2003].” (Ramos et al., 2011: 191)

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 y 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 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 de TB [tuberculosis], així com el percentatge de la seva participació en la incidència de la malaltia (Figura 1), 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 (taules 4 i 5), 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 refere al seguimiento de la enfermedad, las recomendaciones que aporta este informe, aun siendo impecables desde un punto de vista estrictamente biológico, llevan a plantear la necesidad de un debate en profundidad respecto las posibles medidas específicas en cuanto a la asistencia a personas inmigrantes y los límites y condiciones en los que éstas deberían establecerse y muestran una cierta tendencia a ofrecer recomendaciones genéricas, escasamente contextualizadas, potencialmente estigmatizadoras y que frecuentemente requieren de medidas de coordinación entre organizaciones o estamentos sanitarios que no siempre 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 dona. El millor és disposar d'interprets 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 [estreptomina] 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 dona 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 difícil, 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: ¿es posible en todos los CAPs de Cataluña que el paciente salga con todas las exploraciones y pruebas complementarias realizadas en una sola consulta?, ¿qué entendemos por material didáctico adaptado y cuántos centros disponen de él?, ¿cuáles son los criterios que permiten definir, *a priori*, que se tratará de una persona poco colaboradora?, ¿los criterios para establecer el Tratamiento Directamente Observado son equivalentes a los que se emplean con población autóctona?, ¿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.

3.2.2.2. *VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual*

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, podrían aumentar los prejuicios y estigmatización hacia estas poblaciones. 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)

Para Cataluña, el ya citado *Informe de Salud de Catalunya 2011* (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012) informa que:

“Pel que fa al lloc d’origen dels casos de VIH notificats [para el año 2010], el 42,9% són de població nascuda fora de l’estat espanyol. La taxa de 2009 era quatre vegades superior en les persones nascudes fora de l’Estat espanyol (24,0 per 100.000 h.) que en les autòctones (6,1 per 100.000 h.)” (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 87)

En Barcelona, el informe de la Agència de Salut Pública de Barcelona (2008) *La salut de la població immigrant de Barcelona* establece que un 30% de los nuevos diagnòstics de VIH se realizan en població estrangera e informa de diferències en los perfiles sociodemogràfics respecto a los autóctonos, también en cuanto a los casos de SIDA:

“Durant el període 2001-2006, s’han detectat als quatre hospitals universitaris de Barcelona 1.018 nous diagnòstics de VIH en persones residents a Barcelona, de les quals 343 casos (33,7%) corresponien a persones nascudes fora de l’Estat espanyol, 467 (45,9%) havien nascut a l’Estat espanyol, i en 208 casos (20,4%) no constava el lloc de naixement.

Segons la regió de naixement, el 56,0% de les persones nascudes fora eren de l’Amèrica Llatina i el Carib; el 18,7%, de l’Europa occidental i altres països de renda alta (EUA, Canadà); el 5,5%, del Magrib i l’Orient Mitjà; el 12,2%, de l’Àfrica subsahariana; el 5,5% d’Europa de l’est, i el 2,0%, de la resta d’Àsia i el Pacífic.

Entre els nascuts fora, el 74,6% dels casos van ser homes. L’edat mitjana de les dones va ser de trenta-dos anys, i la dels homes, de trenta-tres. La via de transmissió més freqüent entre les dones va ser l’heterosexual (90,0%), i entre els homes, les relacions homosexuals (68,0%). (...)” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 75-76)

“Les principals diferències entre el grup de nascuts fora respecte dels nous diagnòstics de VIH quan es comparaven les característiques amb les dels autòctons van ser: la diferent distribució en relació amb el sexe –els nascuts fora tenien més proporció de dones (el 27,0% dels casos eren dones en el cas dels nascuts fora, i el 20,0% en el cas dels autòctons); eren més joves (l’edat dels nascuts fora va ser de trenta-tres anys, i la dels autòctons, de trenta-set), la via de transmissió (el 6,0% d’UDI en el cas dels nascuts fora, enfront del 20,0% en els autòctons).” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 76)

“En resum, podem concloure que el 20,0% dels casos de sida i el 30,0% dels nous diagnòstics de VIH a la ciutat de Barcelona són de persones que han nascut fora de l’Estat espanyol, més joves que els casos en autòctons, i en els quals la principal via de transmissió de la infecció ha estat la sexual.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 76)

En cuanto a las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), Ramos et al. (2011) en su estudio entre población inmigrante encuentran:

“Se diagnosticaron 114 (10,6%) episodios de ITS. Estas enfermedades fueron más frecuentes entre los originarios de África del norte (17,8%) y en varones (75,7%) ($p < 0,001$). Cuarenta y nueve pacientes tenían uretritis (38 no gonocócica y 11 gonocócica), 41 sífilis latente, 12 condilomas genitales, 7 herpes genital, 3 sífilis secundaria y 2 enfermedad pélvica inflamatoria, tricomonas y *moluscum contagiosum*. La frecuencia del diagnóstico de sífilis fue similar en todas

las áreas geográficas (tabla 5), si bien la uretritis fue más común entre los norteafricanos. Sesenta y ocho personas tenían infección por el VIH. Uno de ellos era una infección por el VIH-2 en un paciente senegalés. La infección por el VIH fue más frecuente entre los nacidos en África subsahariana (11,8%) y menos común entre los norteafricanos (2,8%).” (Ramos et al., 2011: 189, las cursivas son suyas)

“Las ITS fueron relativamente frecuentes en nuestro estudio, especialmente las uretritis entre los pacientes varones de África de norte y la sífilis latente en todas las áreas geográficas. La prevalencia de uretritis fue mayor a la encontrada en otras series [Manzardo et al., 2008; Monge-Maillo et al., 2009]. Las ITS entre los africanos del norte (uretritis, herpes genital y úlceras genitales) pueden deberse a su situación social; en la mayoría de los casos, son varones que viven alejados de la familia. Esta mayor prevalencia en nuestro medio puede deberse a que las ITS en nuestra área sanitaria son remitidas a nuestra unidad para el correcto diagnóstico y tratamiento. En un estudio reciente de prevalencia de ITS realizado en Europa se ha detectado un aumento significativo de las ITS en el colectivo de inmigrantes [Lowndes, Fenton, 2004]. La infección por VIH en población inmigrante es una realidad en el Estado español, casi un tercio de las personas con infección por VIH que se atendieron recientemente fueron inmigrantes [Caro-Murillo et al., 2009]. Sus características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas reflejan la epidemia en sus lugares de origen [Caro-Murillo et al., 2009]. En nuestro estudio fueron diagnosticados 68 pacientes, algo más frecuentemente en las personas procedentes de África subsahariana como ocurrió en la Cohorte de la Red de Investigación en sida (CoRIS) [Caro-Murillo et al., 2009] y en el estudio de Perez-Molina et al. [Pérez-Molina et al., 2009]. (...)” (Ramos et al., 2011: 191)

Para Cataluña, el *Informe de Salut de Catalunya 2011* (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012) reporta tasas superiores en todas las Infecciones de Transmisión Sexual estudiadas en la población extranjera:

“La taxa d’incidència [de sífilis] de la població provinent d’altres països (17,4 casos per 100.000 h.) és cinc vegades superior a la taxa de la població autòctona (3,5). De fet, gairebé la meitat dels casos notificats el 2010 han afectat població estrangera (Figura 2).” (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 80)

“La taxa d’incidència [de gonocòccia] de la població provinent d’altres països (18,2 casos per 100.000 h.) és quatre vegades superior a la taxa de la població autòctona (4,7). De fet, el 44,9% dels casos de 2010 han afectat a població estrangera (Figura 2).” (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 81)

“La taxa d’incidència [de linfogranuloma venéreo] de la població provinent d’altres països (0,8 casos per 100.000 h.) és tres vegades superior a la taxa de la població autòctona (0,2).” (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 81)

3.2.2.3. *Otras enfermedades infecciosas*

Además de las anteriores, en las que se centran la mayor parte de las publicaciones, se han realizado también investigaciones respecto a otras enfermedades infecciosas. Continuando con el ejemplo del trabajo de Ramos et al. (2011):

“Ciento once pacientes tenían infección crónica por virus de la hepatitis: VHB (n = 70; 63,1%), VHC (n = 35; 31,5%) y coinfección por VHB y VHC (n = 6; 5,4%). La prevalencia fue mayor entre los originarios de Europa del este (26,3%) y de África subsahariana (16,9%). La prevalencia de positividad del antígeno de superficie de la hepatitis B entre los que se realizó la prueba fue significativamente mayor entre los asiáticos, subsaharianos y europeos del este (el 35,3, el 19,4 y el 16,7%, respectivamente) (tabla 5). La prevalencia del VHC fue significativamente mayor entre los originarios de Europa del este (23,4%) (tabla 5). Sólo se

diagnosticaron 13 episodios de hepatitis aguda (5 hepatitis B, 4 por citomegalovirus y 2 hepatitis A), sin diferencias significativas por área geográfica.” (Ramos et al., 2011: 189)

“La hepatitis crónica fue un diagnóstico frecuente en nuestro medio, especialmente la hepatitis B crónica entre los inmigrantes de África subsahariana, Asia y Europa del este y la hepatitis C en los de Europa del este. Este perfil de la hepatitis crónica coincide con el descrito en otros estudios nacionales [Manzardo et al., 2008; Monge-Maillo et al., 2009; Valerio et al., 2008; Pérez-Molina et al., 2010], donde la prevalencia de hepatitis B y C entre los latinoamericanos es baja y en los que se cuestiona la relevancia del cribado en este colectivo [Valerio et al., 2008].” (Ramos et al., 2011: 191)

“Trescientos diez pacientes (28,9%) tenían infecciones comunes: 134 (12,5%) tenían una infección respiratoria, 67 (6,3%) presentaron infección de piel y partes blandas, 50 acudieron por infección urinaria, 36 consultaron por fiebre y no se llegó a ningún diagnóstico, 21 acudieron por una infección gastrointestinal no parasitaria y 15 fueron diagnosticados de una infección osteoarticular. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas de las infecciones comunes por área geográfica, salvo en el caso de la infección urinaria, que fue más prevalente entre la población latinoamericana (8,4%) y menos entre la norteafricana (2,1%) y en la fiebre sin foco, que fue más común entre los originarios de Asia (19,0%). La infección urinaria fue significativamente más frecuente en las mujeres (82,0%) que en los varones (18%) ($p < 0,001$).” (Ramos et al., 2011: 190)

“Otro hallazgo destacado en este estudio fue que muchos de los inmigrantes atendidos en la unidad tenían enfermedades infecciosas comunes, como neumonía, pielonefritis, celulitis o gastroenteritis, que se comportan igual que las infecciones de los autóctonos y que, en general, no hay diferencias entre los inmigrantes de las diferentes áreas geográficas. Únicamente destaca la mayor prevalencia de las infecciones urinarias en los procedentes de Sudamérica. Estas infecciones son el grupo de enfermedades que con más frecuencia se atiende en nuestra unidad y son también las más frecuentes en inmigrantes. Por tanto, hay que tenerlas en cuenta y no siempre pensar en enfermedades tropicales o infecciones transmisibles en los inmigrantes.” (Ramos et al., 2011: 191)

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 o criados en destino, que nunca la adquirieron) (Balanzó, 1991; Roca et al., 1999; 2002; Ramos et al., 2011).

“En 173 (16,1%) personas se diagnosticó alguna enfermedad infecciosa tropical. Este conjunto de enfermedades fue más frecuente entre los originarios de África subsahariana y Latinoamérica y menos en el resto de las áreas geográficas.” (Ramos et al., 2011: 187)

“La enfermedad de Chagas fue la enfermedad tropical más frecuente en la población latinoamericana y refleja el perfil de la enfermedad de Chagas importada descrito en España, que predomina en los bolivianos, y hasta en el 40% de los casos puede acompañarse de daño orgánico [Muñoz et al., 2009a]. En nuestro estudio, destaca una proporción mayor de la enfermedad en los nacidos en Paraguay, que puede deberse a una mayor inmigración procedente de este país en nuestro medio o al esfuerzo diagnóstico que se está realizando en este colectivo de latinoamericanos. La enfermedad de Chagas es el mejor ejemplo de enfermedad tropical con repercusión en la salud pública en los países occidentales por la posibilidad de transmisión por hemoderivados, trasplantes y materno-infantil [Muñoz et al., 2009a; Muñoz et al., 2009b; Piron et al., 2008].” (Ramos et al., 2011: 191)

“La malaria fue diagnosticada en 20 pacientes, en 18 subsaharianos y en 2 latinoamericanos (Ecuador y Colombia). Todos los enfermos presentaron la infección al regreso de un viaje a sus países de nacimiento. En 15 ocasiones la infección fue por *Plasmodium falciparum*, en un caso por *P. vivax* y en los otros cuatro no se llegó a la identificación de la especie, ya que el

diagnóstico se estableció mediante técnicas de biología molecular. Todos evolucionaron favorablemente.” (Ramos et al., 2011: 188)

“La malaria en nuestro estudio se diagnosticó fundamentalmente en inmigrantes procedentes de África subsahariana y sólo dos pacientes eran latinoamericanos. Todos los pacientes eran lo que se conoce como ‘inmigrantes en visita a familiares y amigos’ (VFA, del inglés immigrants visiting friend and relatives). Esto se debe a que no siguen la quimioprofilaxis antipalúdica cuando se van de viaje [Salvadó et al., 2008; Valerio et al., 2009; Arnáez et al., 2010]. Se cree que la inmunidad se pierde con el cese de la exposición al parásito, como sucede con los inmigrantes que llevan tiempo residiendo en nuestro medio [Salvadó et al., 2008; Valerio et al., 2009; Arnáez et al., 2010]. La frecuencia de complicaciones de la malaria en inmigrantes originarios de zona endémica es menor que en los autóctonos. En nuestra serie, los dos casos de complicación fueron hijos de inmigrantes.” (Ramos et al., 2011: 191)

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)

3.2.3. Salud sexual y reproductiva

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 señalar 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.

El *Informe de Salut de Catalunya 2011* (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012) explica:

“Gairebé un de cada tres nascuts vius a Catalunya és de mare estrangera (30,4%). De fet, la taxa de fecunditat de les dones estrangeres és de 61,6 nascuts vius per 1.000 dones de 15 a 49 anys, mentre que la taxa de les autòctones és de 41,0. La mitjana d’edat a la maternitat és de 31,1 anys. El 29,3% dels nadons són de mares de més de 34 anys i un 11,5% de mares de més de 37 (Figura

3). A l'altre extrem, un 1,9% dels nascuts vius són de mares menors de 20 anys i un 0,5% de mares entre 14 i 17 anys. Els naixements de mares joves són més freqüents entre població immigrant que en l'autòctona: més de la meitat de les mares de 14 a 17 anys han nascut fora de Catalunya (51,8%). En canvi, en termes de natalitat tardana, el 79,7% de les mares de 35 anys i més són autòctones. (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2012: 55)

Los datos de los indicadores de salud maternoinfantil recogidos por el Departament de Salut de la Generalitat para 2010 (Direcció General de Salut Pública, 2011) señalan que el 28,4% de los recién nacidos tienen una madre no procedente del Estado español, CE ni países desarrollados⁹⁰, siendo los colectivos más importantes los procedentes de “Magreb y Valle del Nilo” y “América Central y del Sur”, con un 10,4% y un 9,2% respectivamente. Estas madres utilizarían la red sanitaria pública para la atención al embarazo y el parto en porcentajes superiores al 90% (frente al 59,6% de las españolas y el 55,5% de las procedentes de la Unión Europea y países desarrollados).

En la ciudad de Barcelona, para 2009 se informa de un descenso global en las tasas de natalidad respecto al año anterior, acompañado de un freno en el número de interrupciones voluntarias del embarazo y de embarazos no planificados, que se relaciona con que estas mismas cifras, aun siendo superiores a la autóctona, han caído entre la población inmigrante:

“La reducció de les taxes de fecunditat, d'avortaments i d'embarassos és degut en gran part a la reducció de la fecunditat i al descens dels avortaments de les dones que provenen de països no desenvolupats. En els darrers dos anys, la fecunditat ha passat de 56,6% a 40,8%; els avortaments, de 43,7% a 31,9%, i els embarassos, de 100,2 a 71,3 per 1.000 dones (vegeu la taula 1, pàgina 92). D'altra banda, les xifres d'aquest col·lectiu de dones, tot i presentar una davallada, es mantenen per sobre de les dones que tenen el seu origen en països desenvolupats o a l'Estat espanyol (dades no mostrades). Cal destacar que, entre les dones immigrants que provenen de països no desenvolupats, el percentatge d'embarassos no planificats és més elevat que el del total de dones (43,8%).” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2011: 52)

“També en aquest grup d'edat [15-19 años] s'observa una franca reducció de la fecunditat, dels avortaments i dels embarassos de les dones que provenen de països no desenvolupats. Tot i la davallada, la fecunditat en aquest col·lectiu de dones és tres vegades superior a les xifres de totes les dones de 15 a 19 anys, i la taxa d'avortaments en les dones de països en desenvolupament és el doble que en el global de dones d'aquesta edat.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2011: 53)

En lo que se refiere al patrón de uso de los Servicios por parte de la población inmigrante, el informe *La salut de la població immigrant de Barcelona* (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008), en este aspecto con datos para el período 2000-2005, explica que:

“(…) Les parelles de PVD [països en vïas de desenvolupament] han utilitzat menys els serveis sanitaris relacionats amb l'embaràs: menys visites, ecografies i proves invasives. D'altra banda, una proporció més baixa de dones immigrades eren fumadores.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 64)

“En el cas dels indicadors del part s'observa una clara disparitat quant al tipus d'hospital, que és públic en el 90,7% dels parts de mares de PVD, i en el 38,6% dels de les mares de l'Estat espanyol. Les diferències observades en la proporció de cesàries, més elevada en dones de

⁹⁰ De nuevo, el tipo de indicador utilizado para valorar la procedencia de la madre, introduce ligeras discrepancias en los datos.

l'Estat espanyol, s'anul·len totalment estratificant pel tipus d'hospital. En les dones de PD [països desenvolupats], la proporció de parts en hospitals públics és similar a la de la població espanyola (41,5%), i la de cesàries (25,6%), inferior (dades no mostrades)." (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 64)

Otros autores, como Cots et al. (2002), han señalado 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)

Los autores no especifican qué entienden por "componentes culturales" ni los datos en los que basan esta afirmación más allá de la referencia a las mayores tasas de fecundidad de las mujeres 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 más adelante.

En lo que se refiere a las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres inmigrantes y las posibles dificultades para acceder a una correcta planificación familiar, también han sido destacadas por otros autores 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, Marroc, Colòmbia, República Dominicana i Filipines (Pasarín i Salvador, 2001)." (Borrell, Benach, 2003: 232-233)⁹¹

Circunstancias, todas ellas, en las que a menudo se combinan cuestiones sociales y culturales, que no han pasado desapercibidas para algunos profesionales:

⁹¹ 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.

“Muy bien vestidos y correctísimos están esperando, al otro lado de la sala, Sukhdev y su mujer, Gurpreet. Son hijos de familias adineradas de la India. Sukhdev se expresa alternativamente en castellano y en inglés, y muy educadamente me dice:

– He perdido la fuerza del hombre.

Y Gurpreet mira al suelo y no dice nada. Él sigue:

– Hace un año estamos casados y no hijos. ¿Puedo hacerme una prueba?

No necesito preguntar demasiado porque, antes de romperme el coco, descubro que durante el año que llevan casados ella ha estado viviendo en la India con la familia de él, y él la ha visitado sólo en tres ocasiones con lo cual las probabilidades de acierto eran pocas. Hablamos y nos entendemos con cuatro dibujos sobre el ciclo reproductivo de la mujer.” (Pertúñez, 2010: 11-12)

“Detrás de mi puerta está Jaba llorando como para echarme en cara la hora que le he hecho esperar. Es un bebé de cuatro meses, hermanita de una niña de 18 meses, hija de Sadar, de 22 años, que habla muy poco castellano, y nieta de Sultana, de 60, que es la suegra de Sadar, y que cree saber castellano, aunque no se le entiende nada. Las cuatro entran en mi consulta sonriendo. Sadar tiene un retraso de su regla, pero han decidido, ella y su marido, que en este momento no quieren tener otro bebé, y me pide que le dé una caja de anticonceptivos. Pido refuerzos, entra la enfermera y me ve con la cara desencajada. Siento que necesito calma y apoyo para aclarar conceptos con ellas, para aconsejar, aunque no me guste. Al final, bajaremos las seis a hablar con la ginecóloga, pero antes, también se visitará Sultana, que es hipertensa. (...)” (Pertúñez, 2010: 13-14)

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)

Finalmente, consideración aparte 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, me limitaré a reproducir lo señalado por autoras especializadas, insistiendo, además, en la necesidad de que en la bibliografía que trata el tema (biomédica o no) se realicen análisis responsables y en profundidad, teniendo en cuenta todas las posibles implicaciones de manera que se contribuya a la salud física y psicológica y a la integración social de niñas y familias, y no a la estigmatización –tan frecuente y tan extensiva– ni a la violencia –no siempre sólo simbólica.

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 *ñyaka* 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 más 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 circuncisión⁹²:

“Tanto Olayinka Koso-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:

⁹² 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. 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.

“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 *sunikutó 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 cuestiones 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 más 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. Ocorre 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)

Álvarez (2001) defiende, por su parte, 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 facilitadoras 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 encuentro y las diferencias, apenas una expresión de la diversidad entre sus 'demonios' y los nuestros.*" (Álvarez, 2001: 123-124, las cursivas son suyas)

Desde las administraciones con responsabilidades en salud pública se han elaborado también diferentes documentos y circulares. Destaca el *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*, elaborado por la Secretaria per a la Immigració y el Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya que en su segunda edición, de 2007, recoge reflexiones de la Comissió de Seguiment integrada, además de por los departamentos citados, por los de Educació, Salut, Interior y Relacions Institucionals i Participació. Este documento (Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per a la Immigració, 2007) recoge el marco jurídico en el que se deben encuadrar las actuaciones e incluye recomendaciones para los distintos tipos de profesionales implicados (del ámbito educativo, sanitario y de trabajo social o comunitario) entre las que destacan la especial atención a colectivos de las etnias que desarrollan esta práctica, sobre todo antes y después de los viajes al país de origen.

3.2.4. Salud en la infancia y la adolescencia

En lo que se refiere a la salud infantil, tanto los indicadores sanitarios como la mayor parte de las investigaciones se centran especialmente en el período neonatal. Los datos de los indicadores recogidos por el Departament de Salut de la Generalitat para 2010 (Direcció General de Salut Pública, 2011) indican que los niveles de prematuridad (menos de 37 semanas de gestación) son mayores en las madres de procedencia no española, ni de la Unión Europea y países desarrollados para todas las regiones, siendo muy superiores los de las madres procedentes del África subsahariana (23,3%, frente al

10,4% de las españolas) que, de manera coherente, son las que presentan también mayores niveles de bajo peso al nacer. Llama la atención que respecto a este indicador, los niveles en madres autóctonas son mayores que en inmigrantes. En lo que se refiere a la lactancia materna, las madres de origen español son las que menores niveles tendrían (78% frente al 93,2% de, por ejemplo, las norteafricanas).

Para Barcelona (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008) destacan los siguientes datos:

“Com a complement de la informació mostrada en la taula 4, cal assenyalar que, malgrat la menor proporció de BPEG [Bajo peso para la edad gestacional] entre els fills de persones immigrants, hi ha una més alta proporció de casos amb pes superior al percentil 97 per edat gestacional: el 5,8% en el cas dels PVD [països en vies de desenvolupament] (amb una punta del 8,7% en els fills de marroquins) i el 4,4% per als de PD [països desenvolupats], respecte al 3,1% dels fills de persones autòctones. El sobrepès no comporta necessàriament un risc per a la salut, tot i que pot ser conseqüència d'un sobrepès matern o d'una diabetis gestacional materna, i incrementa la possibilitat de part distòcic. Així mateix, la prematuritat extrema (menys de 32 setmanes de gestació) afecta el 0,9% dels parts de parelles de PVD, enfront del 0,5% de les parelles autòctones i el 0,3% de les parelles de PD. Els nombres petits fan difícil la comparació entre àrees i països, però sí que es pot destacar el cas de Romania, amb un 4,4% (sis casos) de prematuritat extrema.” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 65-66)

“Un altre fenomen que convé remarcar és el dels parts múltiples, que mostren una tendència creixent en la població total, paral·lelament a la difusió de les tècniques de fecundació assistida, però que són menys freqüents en les parelles de PVD: representen l'1,8% del total de naixements, enfront del 3,6% entre els nadons amb progenitors de PD i el 4,0% entre els fills d'autòctons. (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 66)

“Els resultats mostren alguns aspectes comuns destacables. Les dones entrevistades es troben en les primeres fases del procés migratori. Identifiquen clarament els principals determinants de la salut reproductiva de la cultura d'origen: paper de la religió en el control reproductiu, de la discriminació de gènere legislativa i econòmica, de l'asimetria en les relacions afectives i de la manca d'educació i formació professional, sobretot en l'àmbit rural. Les dones entrevistades mostren una autonomia creixent paral·lela a l'increment de la capacitat laboral i econòmica. A més, el discurs mostra una gran capacitat de reflexió i acció més enllà de la cultura originària quant al nombre de fills desitjats i l'edat de la primera maternitat. Llevat del grup de dones filipines, apareix una acceptació progressiva dels mètodes contraceptius. En aquest estudi, les dones s'allunyen de les restriccions religioses al control reproductiu. S'explicita l'acceptabilitat, completa o com un mal menor, de la interrupció de l'embaràs entre les dones llatinoamericanes i romaneses. Pràcticament totes les comunitats admeten la interrupció voluntària molt precoç, abans del segon mes de gestació o mitjançant mitjans 'naturals'. Les novingudes mostren un esperançat i enorme desig de tenir fills, pocs, educats, en entorns amb estabilitat afectiva, econòmica i laboral. Els resultats textuais estan disponibles a: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut-2004.pdf> (p. 54-63).” (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008: 66)

En un estudio retrospectivo relativo a los datos diagnósticos el momento del alta hospitalaria de los recién nacidos vivos en Hospital del Mar de Barcelona entre 2003 y 2005, Puig et al. (2008) encuentran diferencias entre población inmigrante y autóctona gitana y no gitana que relacionan directamente con el grado de control médico del embarazo:

“Los RN [recién nacidos] no autóctonos tenían mayor riesgo de presentar las siguientes categorías diagnósticas en comparación con los RN autóctonos: macrosomía o peso elevado para la edad gestacional, riesgo o sospecha de infección por causa materna o perinatal, y madre con embarazo poco o no controlado; sin embargo, tenían riesgo de bajo peso al nacimiento, de prematuridad, de consumo materno de sustancias tóxicas y de alteraciones derivadas de este consumo, y madre con problemas metabólicos, hipertensión arterial o enfermedades sistémicas.

Los RN gitanos tenían mayor riesgo de presentar diagnósticos contenidos en las categorías de riesgo de infección y embarazo no controlado, en comparación con los RN autóctonos⁹³, y tenían menor riesgo de la categoría diagnóstica de bajo peso al nacer (tabla 2). Sin embargo, sólo son dos las categorías que continúan teniendo significación estadística después de ajustar por embarazo poco o no controlado: los RN no autóctonos tenían menor riesgo de bajo peso al nacimiento y consumo materno de sustancias tóxicas.” (Puig et al., 2008: 557)

“El alto porcentaje de RN que cumplen criterios de ingreso en la unidad de neonatología (68,2%), a diferencia de otros hospitales de nuestro entorno, está relacionado con la categoría diagnóstica más frecuente en todos los grupos por origen, el riesgo de infección, debido a controles clínicos o analíticos incompletos durante el embarazo. En este sentido, el ingreso neonatal en nuestro hospital probablemente cumple un cierto papel preventivo que no se consigue en atención primaria, ya que muchas pruebas de cribado que deberían haberse realizado durante la gestación (p. ej., las serologías maternas) se acaban realizando durante el ingreso neonatal tras el parto. Las posibles causas de este escaso control del embarazo serían similares a la interpretación de otros resultados obtenidos en este estudio: menor acceso a los recursos sanitarios o menor conocimiento de los circuitos de atención en el sistema sanitario por parte de los padres inmigrantes. Estas cifras son aún mayores entre los RN gitanos, que ingresan casi 2 veces más que los RN autóctonos, lo cual coincide con el menor cumplimiento de los protocolos preventivos en este grupo publicado por otros autores [Ferrer, 2003; Sastre et al., 2000].” (Puig et al., 2008: 558-559)

Estos autores relacionan las diferencias en el control del embarazo con los siguientes factores, aunque, como no deja de ser habitual, no indican los datos concretos en los que se basan sus afirmaciones:

“Los RN de origen no autóctono y gitano presentaron más riesgo de infección, diagnóstico considerado tradicionalmente como indicador de riesgo sociosanitario. El riesgo de infección en ambos grupos se debió a pruebas diagnósticas maternas incompletas. Además, cuando esta asociación se ajusta por la categoría 10 (embarazo poco o no controlado), la asociación se pierde. Hay pocos trabajos comparativos que estudien el riesgo de ingresar o el riesgo de infección entre poblaciones neonatales, pero sus resultados [Martín et al., 2006; Marqueta, Romagosa, 2002; Sastre et al., 2000] coinciden con los de este estudio. Otros autores [Marqueta, Romagosa, 2002; Sastre et al., 2000] han citado como factores causales los socioeconómicos. En este caso, el factor económico de la atención sanitaria tendría poca relevancia, por ser el sistema de salud español de financiación estatal. Sin embargo, los aspectos sociales cobrarían importancia. Por una parte, los del usuario: la heterogeneidad cultural de la población usuaria, el bajo nivel de educación sanitaria o la creencia de que el embarazo no precisa control médico, y la dificultad para acceder a la atención sanitaria, por barrera idiomática, precariedad laboral o temor a la expulsión por situación de ilegalidad. Por otra parte, hay que considerar las condiciones del sistema sanitario: carencia o limitación del horario de los mediadores culturales, presión asistencial y falta de conocimientos del profesional sanitario sobre otros hábitos y culturas. Por tanto, el incumplimiento de los controles gestacionales supondría un riesgo potencial de infección neonatal que precisaría un ingreso preventivo para completar el estudio prenatal no efectuado y realizar el tratamiento oportuno.” (Puig et al., 2008: 559-562)

Al mismo tiempo, señalan el efecto protector sobre la salud de los recién nacidos que tendría el bajo consumo de tabaco y sustancias ilegales en madres inmigrantes así como algunos hábitos de vida más saludables, en comparación con la población autóctona, tanto gitana como no gitana:

“El riesgo de abuso de sustancias y de alteraciones neonatales derivadas de éste fue menor en las madres inmigrantes, lo que coincide con la bibliografía revisada [Martín et al., 2006; Pérez-Cuadrado et al., 2004; Forna et al., 2003]. En nuestro país, el consumo de drogas, ilícitas y lícitas, como el alcohol y el tabaco, se constata también en las mujeres en edad fértil, con la

⁹³ Los autores muestran, a lo largo de todo el artículo, ciertas dificultades para encontrar la manera adecuada de diferenciar entre recién nacidos autóctonos gitanos y no gitanos.

consiguiente repercusión en sus RN [Echeverría, 2003; Martín et al., 2003]. Las mujeres inmigrantes podrían estar protegidas por el efecto del inmigrante sano, por ser una emigración reciente y por una menor incidencia de consumo en sus países de origen. Al igual que las mujeres de etnia gitana, también estarían protegidas como consecuencia del rol cultural femenino, las creencias religiosas o el estilo de vida [Pérez-Cuadrado et al., 2004; Marqueta, Romagosa, 2002; Guendelman et al., 1999; Ferrer, 2003]. También, esta diferencia podría deberse a que la población procede de uno de los barrios de la ciudad donde el consumo de sustancias tóxicas es más elevado.” (Puig et al., 2008: 562)

“Sin embargo, está cobrando importancia la presencia de factores protectores [Forna et al., 2003; Rodrigues, Robinson, 2000] en madres inmigrantes, como el efecto del inmigrante sano, los estilos de vida saludables o la procedencia de clases sociales con buen nivel adquisitivo en sus países de origen. Además, podría influir la tendencia al retraso de la maternidad y el uso más frecuente de las técnicas de fertilización observadas en la población autóctona [Maroto-Navarro, García-Calvente, Mateo-Rodríguez, 2004], que podrían condicionar el adelanto del parto. También cabría destacar la importancia de hábitos perjudiciales más frecuentes en las mujeres autóctonas, como el tabaquismo, ya que está demostrado que su consumo determina un menor peso al nacimiento [Echeverría, 2003; Martín et al., 2003].” (Puig et al., 2008: 562)

Y, de manera similar a lo que han hecho otros profesionales (Cots et al., 2002; Puig et al., 2008), señalan el incremento en las necesidades asistenciales de su centro relacionado con el aumento de la población de origen inmigrante:

“El aumento de forma progresiva de la población inmigrante en el área de influencia de nuestro hospital en los últimos 5 años ha supuesto un incremento de las necesidades de atención sanitaria maternoinfantil. El porcentaje de RN de progenitores de origen no autóctono fue, en el momento de realizar el estudio, del 46,7%, y en 2005 esta cifra alcanzaba el 62%. Estos datos pueden indicar la necesidad de adaptar los recursos que incluyan actuaciones de atención primaria para mejorar el control de los embarazos de mujeres inmigrantes, y hospitalarias para reorientar los circuitos de atención al parto, de atención durante el ingreso, incluida la mediación cultural, y de control ambulatorio tras el alta.” (Puig et al., 2008: 558)

En cuanto a patologías en la infancia, destacan trabajos elaborados desde el Hospital de Mataró, con amplia experiencia en estas cuestiones. Por ejemplo, Cabot (2006) realiza un repaso de las enfermedades más importantes encontradas en “niños de familias inmigradas”. Aunque no da datos de prevalencia concreta, aporta orientaciones para el diagnóstico y síntomas de alerta y bibliografía relevante sobre raquistismo, anemia ferropénica (de la que dice que puede aparecer en aproximadamente la mitad de todos los niños de familias inmigradas atendidos), talasemias, drepanocitosis, circuncisión masculina y femenina, paludismo, Chagas, parasitosis intestinales, esquistosomiasis, tuberculosis, hepatitis A y “problemas psicosociales”.

Por otra parte, existe un protocolo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (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 immigrants 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 immigrants que arriben per primera vegada al nostre país.
- Infants, fills d’immigrants, 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 este 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), hemoglobiopatías 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 destacable y muy razonable, aunque un tanto alejada de las posibilidades reales de los centros –aunque, afortunadamente, existen excepciones–, 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.

3.2.5. Vacunación

De manera paralela a las investigaciones sobre enfermedades infecciosas y también sobre salud infantil, 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 constata 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, [Nebo], 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 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)

3.2.6. Alimentación

Suele señalarse la existencia de déficits nutricionales en la población inmigrante, especialmente aquella en peor situación socioeconómica, aunque en estas posibles 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, a cambios en la estructura familiar a raíz de la inmigración y también, aunque casi nunca se reconozca, a los criterios que se utilizan para valorar la adecuación de los hábitos alimentarios en cada caso concreto; en definitiva, 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, 1992a; VVAA, 1992; VVAA, 1994⁹⁴).” (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

⁹⁴ En la bibliografía del texto del que procede esta cita constan como Carrasco, 1992 dos referencias bibliográficas distintas. Las autoras no especifican a cuál se refieren en esta cita. Las recojo ambas en la bibliografía referida como Carrasco, 1992a y Carrasco, 1992b. Las referencias VVAA, 1992 y VVAA, 1994, no figuran en la bibliografía del texto, de manera que no me resulta posible recogerlas.

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 anemia 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)

3.2.7. 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 y también de los adultos, 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 perteneciente a los sectores socioeconómicos más bajos, lo que remite más a la existencia de carencias en 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)

3.2.8. Patología de base genética

Diversas investigaciones y documentos de referencia (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003; Divisió d'Atenció Primària, 2006) señalan la existencia de cierto 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 población africana– 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, segundo, los posibles factores 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 –como a veces ha ocurrido– afirmaciones tendenciosas o usos estereotipados de datos poco contextualizados que puedan contribuir, deliberadamente o no, a estigmatizar o marginar a estas poblaciones.

3.2.9. Salud mental

3.2.9.1. Consideraciones generales en torno a la relación entre 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 la patología mental. Como ya he señalado, la migración supone una situación de cambio vital en la que 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).

En los primeros estudios detallados 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 hospitales psiquiátricos 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 una vulnerabilidad biológica) y el hecho de que sean los individuos vulnerables a la enfermedad (o que la padecen) quienes migren con mayor frecuencia –de sus explicaciones cabe suponer que no por razones de búsqueda de tratamiento sino por lo que podría calificarse de características de su personalidad–, siendo éstos precisamente los que están en peores condiciones para soportar el estrés asociado a la migración por lo que es más probable que acaben desarrollando la patología.

Estas hipótesis 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 parece achacable 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 those of non-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 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 y 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 [1981] had argued that religious experiences reported by African-Caribbean patients were being misunderstood and misdiagnosed by the clinicians. However, Leff [1988] 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 [1986] 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)

Teniendo en cuenta todo esto, parecen existir considerables limitaciones en la investigación sobre la relación entre psicopatología y migración, de manera que los datos aportados no serían concluyentes. Diversos autores lo han señalado así y han reclamado la necesidad de mejorar la investigación sobre el tema:

“Si tradicionalmente se dio por hecha esta asociación, estudios posteriores más rigurosos desde el punto de vista metodológico no llegan a las mismas conclusiones y sugieren que se trata de una correlación espuria, resultado de problemas metodológicos o, incluso, fruto de otros factores moderadores colaterales. Se puede afirmar que la migración no siempre se relaciona con la aparición de trastornos psiquiátricos, incluso es cuestionable si debe considerarse un factor de riesgo que en función de su intensidad y de la vulnerabilidad del emigrante pueda facilitar la aparición de psicopatología [Tinghog, Hemmingsson, Lundberg, 2007].” (Collazos et al., 2014: 756)

“La etnia, la inmigración y la cultura influyen de distinta manera sobre la salud mental, sin embargo, en el caso de los inmigrantes, resulta muy complicado identificar con precisión en qué medida lo hace cada uno de ellos. Esto podría ser la razón por la que, frecuentemente, estos factores son confundidos y llevan a los investigadores a encontrar correlaciones positivas con un determinado factor cuando, en realidad, la correlación ‘verdadera’, si existe, es con otra variable. En los últimos años se viene señalando que varios términos que se utilizan para marcar las diferencias, sea la raza, la cultura, la etnicidad, inmigrante, minoría, etcétera, son mal definidos con demasiada frecuencia, lo que lleva a que sean empleados unos en sustitución de otros o a que se empleen alternativamente para oscurecer o resaltar su importancia, según sea la perspectiva ideológica desde la que se opina.

Por otro lado, hay que reconocer que resulta insuficiente el término ‘emigrante’ con el que tiende a conceptualizarse al inmensamente heterogéneo grupo de personas que deciden dejar su país de acogida para probar suerte en otro. La historia personal que lleva consigo cada persona, las condiciones en que se produjo la ‘premigración’, el proceso migratorio que haya vivido, sus expectativas, sus capacidades personales, la posible red social de apoyo, la posible presencia de psicopatología previa, el grado de estrés y los mecanismos para afrontarse a lo que se verá expuesto acaban siendo variables que condicionan enormemente el resultado de su migración e influyen, de manera más o menos directa, en la posible aparición de psicopatología en el contexto del proceso migratorio. Abarcar todas las variables resulta demasiado complejo y, con frecuencia, termina siendo una limitación fundamental en los estudios que se hacen con el objetivo de analizar esa relación [Byrne et al., 2009].” (Collazos et al., 2014: 756)

“Para acabar de comprender la dificultad que implica establecer la relación entre migración y salud mental cabe señalar la escasez de estudios epidemiológicos actualizados y bien diseñados en los países de origen, estando la mayoría de ellos realizados en población general de países europeos o norteamericanos. Esto implica que la posibilidad de realizar un análisis correcto del antes y el después de la migración sea muy escasa, con lo que no puede determinarse en qué grado los problemas actuales de salud mental han aparecido *de novo* o ya existían previamente.” (Collazos et al., 2014: 756, las cursivas son suyas)

De este modo, la mayor parte de los autores nacionales e internacionales (Bhugra, 2003; García-Campayo, Sanz, 2002; Achotegui, 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, la discriminación percibida 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.

“Los problemas de salud de este colectivo no pueden ser homogéneos, ya que sus contextos geográficos, su situación administrativa y sus diferencias de idioma, cultura, religión y economía determinan distintas necesidades y aproximaciones desde el sector de la salud. En general, la población inmigrante parece gozar de buen estado de salud. Quizá la habitual dureza del trayecto migratorio determine cierta selección, aunque hay datos contradictorios [Cheng, Chang, 1999]

Una vez en el país de acogida, los inmigrantes se ven forzados en ocasiones a sobrevivir en condiciones precarias que pueden repercutir negativamente en su estado de salud psíquica. Ésta se ve influenciada por la falta de soporte familiar y psicosocial, la precariedad laboral e irregularidad legal, condiciones de vivienda y habitabilidad, discriminación racial, marginación social y políticas de exclusión.

Así, ante el desarraigo y su vivencia sociocultural pueden surgir cuadros desestructurantes evaluados como síndromes de ansiedad o de depresión, trastornos del

sueño, irritabilidad o paranoias. Pueden aparecer síndromes psicopatológicos agudos o crónicos (síndromes depresivos, trastornos adaptativos, alcoholismo u otras drogodependencias) [García-Campayo, Sanz, 2002; Achotegui, 2000; Haasen et al., 1998; Achotegui, 2002].” (Ochoa, Vicente, Lozano, 2005: 117)

“Se acepta que la emigración *per se* no produce un incremento del riesgo de padecer enfermedades mentales, sino que depende, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio. También parece afectarse por la densidad étnica de su grupo en su vecindad, considerándose que a menor número, menor soporte social y mayor la discriminación y aislamiento [García-Campayo, Sanz, 2002].” (Ochoa, Vicente, Lozano, 2005: 117)

Estos hechos parecerían 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 inserción 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 sexo y la edad (Collazos et al., 2014), así como la personalidad del individuo (García-Campayo, Sanz, 2002) y la accesibilidad a los servicios de salud (Bhugra, 2003).

“En cuanto a estudios en los que existe un interés en detectar la relación entre los distintos subgrupos definidos sociodemográficamente y salud mental [Del Amo et al., 2011] se detectan distintos factores de riesgo, como serían las diferencias de género, con una peor condición de salud mental de las mujeres comparada con la de los hombres. Las mujeres tienen peor calidad de vida y salud mental que los hombres. (...)” (Collazos et al., 2014: 758)

“Diversos estudios inciden en la relación entre los factores sociodemográficos y el riesgo de enfermedad mental [Font, Moncada, Benavides, 2012; Esteban et al., 2012], siendo un perfil de riesgo encontrado habitualmente el de ser mujer, joven, inmigrante económico, consumo de tóxicos (tabaco y alcohol) y tener una enfermedad crónica. Factores todos que se asocian con enfermedad mental. Otros encuentran que la mayor tasa de malestar psicológico se encuentra en la población inmigrada, mujer, irregular y de origen rural [Aerny et al., 2010].” (Collazos et al., 2014: 758)

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 existen aún menos datos respecto a lo que puede ocurrir en las mal llamadas *segundas generaciones*. Uno de estos estudios comparativos se llevó a cabo en el CAP de Drassanes de Barcelona (Pertiñez et al., 2002). Los autores investigaron 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. Aunque 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), concluyen que no parecían existir diferencias significativas entre inmigrantes y autóctonos salvo en que los primeros presentaban mayor proporción de depresión y somatizaciones y recibían tratamiento con menos frecuencia. Las diferencias encontradas, afirmaban, 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 (tabla 2) 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 (tabla 3), no se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los diagnósticos registrados, aunque se evidencia una tendencia del grupo etnia (sic) 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 (tabla 4), 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 y los procesos migratorios 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, Sanz (2002); Ochoa, Vicente, Lozano, 2005; Tizón (1989) – que es menor para los trastornos psicóticos (algo que no coincide con la bibliografía internacional), que la patología más específica es el trastorno por estrés post-traumático seguido de las somatizaciones y la depresión y que pueden existir diferencias en cuanto a las prevalencias y formas de presentación respecto a la población autóctona y también entre los diferentes colectivos de inmigrantes, especialmente en relación con su situación administrativa y socioeconómica.

“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 depresión. 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)⁹⁵

“Pese a las importantes peculiaridades individuales, los inmigrantes pueden presentar problemas específicos comunes como procesos de adaptación, síndromes depresivos u otros problemas psiquiátricos específicos [García-Campayo, Sanz, 2002; Achotegui, 2000]. El ‘síndrome de Ulises’, la depresión y la distimia parecen ser las patologías psiquiátricas que con más frecuencia sufren los inmigrantes extracomunitarios en España en estudios en población no regularizada que son atendidos en dispositivos específicos para ellos [Achotegui, 2002]. Sin embargo, entre los inmigrantes atendidos en los Servicios de Salud Mental (CSM) que llevan años en nuestro país y se encuentran en situación regular, los diagnósticos más frecuentes son trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y trastornos depresivos, de forma semejante a la población autóctona española que demanda asistencia psiquiátrica en el CSM [Ochoa, Muelas, Moreno, 2004]. Destaca en estos estudios la falta de demanda asistencial de la población recién llegada al distrito o en situación irregular [Ochoa, Vicente, Díaz, 2004]. Respecto a los pacientes inmigrantes que ingresan en la Unidad de Psiquiatría, el diagnóstico afectivo más frecuente es depresión mayor y trastorno adaptativo, observándose entre ellos una mayor tendencia al uso del recurso hospitalario como primera línea de asistencia, una estancia media mayor a la esperada (lo que parece indicar una mayor dificultad para proceder al alta por posibles dificultades en el apoyo familiar y/o cobertura social) y una escasa cumplimentación del seguimiento ambulatorio recomendado al alta [Díaz, et al., 2003].” (Ochoa, Vicente, Lozano, 2005: 117)

Merece la pena detenerse en este punto, de especial interés en el contexto de esta tesis. Y es que, independientemente de la etiqueta diagnóstica concreta, se ha señalado la posible existencia de diferencias en las formas de presentación de estas enfermedades

⁹⁵ 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.

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...), diagnosticándose, en inmigrantes, un predominio de los últimos sobre los primeros de tal manera que parecería existir entre ellos una tendencia a la somatización de las quejas frente a la psicologización que se entiende como más característica de la población autóctona. Así, se identificarían 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) (Achotegui, 2002). 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 –no siempre bien conocido– 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. Algunos autores, que critican este tipo de diferenciación, apuntan otros factores implicados:

“Otra imagen reduccionista para comprender las diferencias culturales es la distinción entre culturas somatizadoras y culturas psicologizadoras. Según esta visión algunas culturas transforman las quejas fisiológicas en un idioma de malestar, mientras que otras potencian el trabajo psicológico de las emociones. Tendría lugar entonces una descompensación de carácter psicológico, ante una situación de transformación cultural que se considera una creación de la modernidad y que afecta a las clases altas de las sociedades no occidentales, mientras que la somatización es la manifestación de las culturales más tradicionales, de las clases bajas y del campesinado occidental. Por eso, los profesionales sanitarios en Occidente suelen considerar la somatización como una respuesta primitiva e infantil, asociada a un nivel cultural bajo, a una fe religiosa activa y tradicional, y a una situación socioeconómica pobre con antecedentes rurales.” (Gailly, 2010: 26)

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 (desde el punto de vista biomédico) 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-IV⁹⁶, las enfermedades ligadas a la cultura o *culture bound syndromes* son escasamente conocidas y menos aún diagnosticadas por los profesionales de salud mental (a pesar del impacto que este tipo de diagnóstico 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.

⁹⁶ 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).

Por otra parte, y en la misma línea, cabe señalar que la identificación de síntomas somáticos –especialmente los relacionados con el insomnio– no resultaría excesivamente complicada 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 problemas psicológicos acudan a los servicios sanitarios en busca de apoyo; como tampoco lo es que sean derivados por su médico de familia a diversos tipos de especialistas, iniciando un periplo habitualmente infructuoso tanto para los profesionales como para los propios pacientes, que no encuentran en la Medicina occidental respuestas adecuadas a sus demandas. No es infrecuente tampoco la situación contraria en la que el conocimiento del clínico de la tendencia a la somatización puede llevar 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. Y así, puede ocurrir que el paciente encuentre en la escucha del profesional la respuesta que busca (o que cree que puede obtener), pero, también, la incompreensión mutua puede hacer que no reciba la atención adecuada, que el médico encuentre dificultades para realizar su labor eficazmente y que el sistema sanitario no responda a los criterios que unos y otros pueden tener respecto a un funcionamiento óptimo.

“Después entra Paula. Es argentina y la conocí hace un año cuando me contó que había emigrado por amor. Se había enamorado de un hombre español, mayor que ella, que le prometió una vida dichosa si se venía con él. A Paula no le ha ido bien, pues no se ha cumplido lo que le habían prometido. La pérdida de su amor le ha hecho perder también su trabajo... y sus papeles. Conmigo viene a hablar y a veces llora un poco, la escucho, me da las gracias y se va.” (Pertíñez, 2010: 9)

“A estas alturas estoy mentalmente saturada de vidas y problemas, pero no me puedo tomar un descanso con tanta gente esperando ahí fuera. Le toca a Elbia. Al llegar no me he fijado si estaba en la sala. Muchas veces pide cita y luego no viene. Ojalá hoy fuera un día de esos, pero no, ahí está, con cara de angustiada.

– ¿Cómo estás, Elbia?

– Fatal doctorcita, vengo a decirle que me siento debilitada, con mareos, se me duermen las manos, tengo un dolor continuo en la cabeza, una ‘picaazón’ en el vientre y creo que no veo bien, además, deme algo para el pelo porque se me cae mucho.

Elbia es una chica separada, con dos hijos pequeños que dejó en Colombia a cargo de una hermana hace ya dos años. Trabaja de mujer de la limpieza en varias casas y manda casi todo el dinero que gana a su tierra, para pagar una deuda familiar y una casa que se están construyendo. Hasta que no esté todo resuelto no va a volver. Aquí vive con una amiga y no se relaciona con nadie más. Yo la conozco desde que llegó y cada vez que está mal de ánimo viene con múltiples motivos de consulta distintos y no me perdona ni uno, empezamos por la debilidad y acabamos con la caída del cabello.” (Pertíñez, 2010: 12)

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.

Y si los síntomas son difíciles de interpretar, más complicado aún puede resultar hacerlos encajar en las categorías diagnósticas habitualmente utilizadas en Psiquiatría, de tal manera que se corre el riesgo de incrementar los errores o las imprecisiones tanto por la no identificación de los síntomas como por las dificultades en la estimación 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.

“Existe mayor grado de somatización en inmigrantes y que probablemente existe un infradiagnóstico en la población inmigrante en depresión y ansiedad por falta de los instrumentos, de donde se desprende la importancia de la adaptación cultural de los mismos. (Collazos et al., 2014: 760)

“En general no se tiene en cuenta los conceptos de competencia cultural, sensibilidad cultural, o bien validez de todos los constructos e instrumentos de cribado, evaluación o diagnósticos que se utilizan en esta población. Se constata que existe una carencia de instrumentos de cribado, psicométricos y de evaluación clínica que estén validados culturalmente para las poblaciones de estudio. Esta suele ser una limitación que se presenta habitualmente en el marco de la investigación en salud mental de los grupos étnicos minoritarios.” (Collazos et al., 2014: 760)

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.

3.2.9.2. *Duelo migratorio y Síndrome de Ulises: reflexiones críticas*

La migración comporta, además de aspectos positivos, una serie de pérdidas y riesgos cuyas consecuencias conformarían lo que J. Achotegui (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), 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, Achotegui (2002) señala claramente que no se puede equiparar la migración al duelo patológico puesto que ésta, aun 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 migran 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 de la persona).

Achotegui (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 crítica⁹⁷:

⁹⁷ Reproduzco, a grandes rasgos, lo expuesto en Achotegui, 2002.

Primero: Es un duelo parcial

Para Achotegui (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 tiempo-espacial más que por pérdida.

Parece interesante añadir a este razonamiento algunos matices. Aun cuando el objeto que se deja no desaparece por completo sí podría decirse en cierto sentido que se produce una pérdida de algunos 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 del tiempo implican cambios en los grupos humanos, de manera que, a parte de sus propios cambios individuales, lo que el migrante encuentra cuando vuelve no es nunca, exactamente, lo mismo que dejó cuando partió.

Segundo: 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.

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 Achotegui (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, éstas 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.” (Achotegui, 2002: 8)

La crítica que podría hacerse a esta posición es que parecería vincular todo lo que le ocurre al inmigrante en el país de destino (o de estancia) 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 origen 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 Achotegui de un planteamiento que dificulta considerar al inmigrante como un ciudadano más, con independencia de su éxito adaptativo y su nivel de integración, que está sujeto a los estresores habituales de otros ciudadanos por mucho que ciertas circunstancias, especialmente en los primeros momentos, hagan peculiar – y muy compleja– 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.

Tercero: Es un duelo vinculado a aspectos muy arraigados de la personalidad Achotegui (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.

Cuarto: 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 migración, 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.” (Achotegui, 2002: 11)

- La tierra: que abarcaría el paisaje, la luz, los colores, etc. de la zona de origen.
- El nivel social: teniendo en cuenta que la inmigración implica, en ocasiones, no siempre, 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 llegada.

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 SAPPiR⁹⁸ 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.” (Achotegui, 2002: 10, las cursivas son suyas)

La crítica, en este punto, podría referirse a 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, podría cuestionarse la pertinencia de considerar la discriminación dentro del duelo por la cultura y no 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 muy relevante que debe ser tomada en cuenta. La cuestión aparece insinuada por el autor aunque no llega a plantearla del todo en este texto. 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 que hasta ese momento pueden haber sido 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, podrían conducir 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 aun cuando no lo sea o, incluso, darse el fenómeno contrario, que la persona opte por la asimilación. Podría ser 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 migración 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.

Finalmente, no puede dejar de señalarse que aunque la pérdida de estatus social es algo común en parte de inmigrantes no es lo que ocurre siempre. De hecho, precisamente el deseo de superar un estatus social bajo – relacionado con las condiciones económicas o la pertenencia étnica, en origen– puede ser lo que conduzca a la emigración. Pensemos, por ejemplo, en el caso de la población amazigh emigrada en Catalunya, que, aun

⁹⁸ El SAPPiR (Servicio de Atenció Psicopatològica y Psicosocial a Inmigrantes y Regufiados) es uno de los servicios pioneros en el Estado español en cuanto a la investigación y atención a inmigrantes extracomunitarios y refugiados. Está en funcionamiento, como centro específico de atención a estas poblaciones, desde 1994. Depende de la Fundació Sanitària Sant Pere Claver (Barcelona) y está dirigido por Joseba Achotegui. Puede consultarse información relativa a este servicio en:

manteniéndose en destino en estratos socioeconómicos medios o bajos, pueden ver incrementado su estatus social si se compara con la situación que viven en origen.

Quinto: Afecta a la identidad

El autor reconoce la existencia de cambios en la identidad a raíz del proceso migratorio, entendiéndolo 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.” (Achotegui, 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.

Sexto: Comporta una regresión

Achotegui (2002) 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 explica 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 directamente 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, Achotegui (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 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 a 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. La clave, supongo, está en los criterios que empleemos para diferenciar la una de la otra.

“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.” (Achotegui, 2002: 14)

Séptimo: La elaboración del duelo discurre en una serie de fases

Según Achotegui (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 SAPPPIR, 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 SAPPPIR 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.” (Achotegui, 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 realizar estudios que trataran de apuntar las causas o factores que intervienen.

Octavo: 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 particulares⁹⁹.

Noveno: 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 ‘triumfo 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.” (Achotegui, 2002: 17)

Décimo: Es un duelo transgeneracional

Achotegui (2002) defiende que el duelo afecta a los hijos de los inmigrantes, aun 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 que 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, aun educados en destino, han adquirido los vínculos con el lugar de origen a través de sus padres. Achotegui no parece, sin embargo, contemplar 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 éstos.

⁹⁹ El comentario, en este punto, sería el mismo que para la cita anterior.

“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.” (Achotegui, 2002: 18)

La postura del autor parece también encontrar dificultades para trazar la línea que separaría el duelo de las dificultades de integración. 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 es necesario reflexionar sobre si, en niños nacidos y criados tras la emigración, puede hablarse propiamente un duelo migratorio, si es adecuado y lo suficientemente preciso utilizar esta categoría para referirse a las –a veces, muchas– 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 esto teniendo en cuenta que 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 exclusión social y marginalidad en la que a veces se encuentran estos jóvenes. ¿Cómo denominaría, entonces, Achotegui, 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, aunque con diferencias, a los que atribuye a los jóvenes inmigrantes de segunda generación. Habría que tener presentes también 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 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, cabe reflexionar sobre la necesidad de incorporar puntos de vista más amplios.

Undécimo: Se repite con el retorno

Achotegui (2002) defiende que el duelo debe ser reelaborado si el inmigrante vuelve al país de origen: durante el tiempo que haya durado la emigración tanto él como su país y a quienes allí 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 a un 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” (Achotegui, 2002: 18-19)

Duodécimo: Afecta también a los autóctonos y a quienes permanecen en origen

El autor defiende que la migración 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 tanto en el primero. Es obvio que, sobre todo si la convivencia 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 parte de 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 – aunque estos existan– 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 otros¹⁰⁰.

Avanzando, ahora, otro paso más en las argumentaciones de Achotegui (Achotegui, 2002; Achotegui et al., 2015), éste defiende que 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. En sus palabras:

“El Síndrome de Ulises es un cuadro de duelo migratorio extremo que se caracteriza por la existencia de dos elementos:

- por un lado el padecimiento unos estresores de gran intensidad que son las adversidades, peligros, soledades que viven millones de inmigrantes en el mundo de hoy.

¹⁰⁰ El lector interesado en estos temas puede consultar: San Román, 1996.

- y por otro lado como por una sintomatología que sería la respuesta, la reacción de estas personas ante estos estresores.” (Achotegui et al., 2015: 71)

Achotegui (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.” (Achotegui, 2002: 46)

Y, por otro lado, su definición iría también orientada a lograr una mejor atención de los cuadros que presentan estas personas en el sistema sanitario:

“El Síndrome de Ulises es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas. Consideramos que plantear la denominación ‘Síndrome de Ulises’ contribuye a evitar que estos inmigrantes, por no existir un concepto para su problemática sean víctimas:

- por un lado de la desvalorización de sus padecimientos, que se les diga que no tienen nada, a pesar de padecer a veces hasta 10 síntomas.
- y por otro lado el peligro de que sean incorrectamente diagnosticados como enfermos depresivos (a pesar de no sólo no tienen apatía sino que son proactivos, no sólo no tienen ideas de muerte sino que están llenos de proyectos e ilusiones...), ó como trastornos adaptativos (a pesar de que su reacción es totalmente proporcional a unos estresores de pesadilla que padecen), o como trastorno por estrés post-traumático a pesar de no tener conductas de evitación, ni pensamientos intrusivos en relación a situaciones traumáticas.” (Achotegui et al., 2015: 72)¹⁰¹

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

Primero: Síntomas del área depresiva

Los síntomas serían:

- Tristeza: Achotegui (2002) 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.

¹⁰¹ Citar un texto del año 2015, de entre los muchos que el autor (junto con diversos colaboradores) ha publicado desde que propuso la categoría Síndrome de Ulises, es deliberado. En un primer momento, esta propuesta tuvo un considerable eco a nivel académico y mediático, llevando a algunos profesionales a minusvalorarla y afirmar que se trataría de una especie de moda provocada por el aumento reciente de la población inmigrante en los servicios sanitarios. La defensa de esta categoría, más de diez años después de las primeras publicaciones, parece desmentir que se trate de una posición pasajera.

- 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 y 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. Aun 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 Achotegui, 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 que, aparte 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 Achotegui (2002), 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.

Segundo: Síntomas del área de la ansiedad

- Ansiedad: Según Achotegui (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 Achotegui, 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 una hipótesis que es necesario contrastar.

Tercero: 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 (Achotegui, 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 descende 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.” (Achotegui, 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.” (Achotegui, 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.

Cuarto: 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.” (Achotegui, 2002: 55).

Achotegui (Achotegui et al. (2015) continúa defendiendo su vigencia y relevancia años después de la primera propuesta:

“Se ha de señalar que el porcentaje de inmigrantes con este cuadro de estrés crónico y múltiple se mantiene similar al de otros estudios (Achotegui et al. 2010) y se sitúa en torno al 15% de la muestra (15,6%), lo que señala que nos encontramos ante un cuadro de estrés crónico y de duelo migratorio extremo que es relevante a nivel asistencial y que continúa reflejando las extremas condiciones en las que se sigue viviendo la migración en los tiempos actuales.” (Achotegui et al., 2015: 71)

Y mantiene las argumentaciones iniciales, citando a otros autores que corroborarían la definición del cuadro:

“Consiste en una sintomatología ansioso-depresiva, considerándose un cuadro a caballo entre el estrés agudo y los trastornos adaptativos, pero que no se ajusta específicamente a ninguno de ellos al presentar algunos aspectos propios: presencia de múltiples estresores, cronicidad (>3 meses), posibilidad de interpretación cultural (mágica) del inmigrante, estresores de gran intensidad y relevancia, con peligro de autoagresión, sin existencia de apatía, sentimiento de culpa, pensamientos de muerte o baja autoestima, sentimiento indefensión, déficit de apoyo social que empeora el pronóstico, los síntomas son un handicap para salir de la situación, presencia de nueva lengua, cultura, paisaje, falta de atención adecuada del sistema sanitario, banalización del problema y diagnóstico, tratamientos inadecuados y somatizaciones no entendidas [Marcos, Rodríguez-Palancas, 2005]. Se considera que el Síndrome de Ulises engloba cuatro áreas sintomatológicas, depresiva (tristeza, llanto), ansiosa (ansiedad, lucha, pensamientos recurrentes e intrusivos, tensión, irritabilidad, insomnio, preocupación), somatomorfa (cefalea (sobretudo tensional), astenia, fatiga, molestias osteoarticulares, sudores) y disociativa (confusión, desorganización, despersonalización, desrealización, desorientación temporoespacial, déficit de atención y

memoria) [Ochoa, Vicente, Lozano, 2005; Marcos, Rodríguez-Palancas, 2005; Mora, 2007; Romaní, 2002; López, 2002].

La etiología del área depresiva está originada por las 'pérdidas' o 'duelo migratorio'. Este duelo migratorio no desaparece nunca, es recurrente, tiende a cronificarse y renace con las adversidades. Se trata de un duelo múltiple, constituido por 7 duelos: por la separación de personas queridas (familia y amigos), de la lengua materna, de la cultura, de la tierra, de la situación social, del contacto con el grupo étnico y por pérdida de la seguridad física. De estos duelos los más importantes son los que se hacen por la familia, por la situación social y por la pérdida de la seguridad física [López, 2002].

También es transgeneracional, siendo más complejo en hijos, que como no se tienen que preocupar de la subsistencia comienzan a desarrollar conflictos con la nueva cultura.

En su elaboración puede tener una influencia el contexto histórico y social. El desarrollo del último siglo en Europa ha propiciado que el inmigrante tenga que cambiar rápidamente, que los medios de comunicación generen en ocasiones rechazo por parte de los autóctonos y que, debido al fenómeno de globalización, el inmigrante permanezca en continuo contacto con su país [Mora, 2007; Romaní, 2002; López, 2002].” (Achetegui et al., 2010: 24-25)

En lo que se refiere a la prevalencia entre la población inmigrante y al perfil sociodemográfico de los pacientes, Achetegui et al. (2010, 2015) explican que la edad de mayor riesgo se situaría en la franja de 30 a 44 años, sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo y con tiempos de estancia en destino menores de 5 años:

“Como conclusión, diremos que de los resultados del presente estudio se extrae que el perfil del paciente con Síndrome de Ulises será un inmigrante casado, recientemente llegado al país en unas condiciones de viaje estresantes (como la patera) y cuyo alojamiento pudiera ser en la calle o en asentamiento. Estas conclusiones están totalmente en coherencia con la bibliografía publicada al respecto, apoyando la existencia ya descrita por otros autores de la existencia de tres focos de tensión o estresores esenciales para el desarrollo del cuadro [Marcos, Rodríguez-Palancas, 2005; Mora, 2007]:

- Familiares: al ser casados tienen una familia a su cargo de la que se sienten responsables, que en muchas ocasiones está además lejos, en su país de origen, lo que añade el problema de la soledad.
- De posición social: presentan un importante sentimiento de fracaso al no progresar, al no conseguir trabajo y al estar sometidos a duras situaciones de supervivencia (falta de comida y de vivienda).
- Riesgos para la integridad física: a las duras situaciones de supervivencia se añaden las situaciones traumáticas de acceso al país (pateras, mafias...).” (Achetegui et al., 2010: 28)

“El perfil del paciente con S. Ulises es un hombre/mujer entre 18-44 años, procedente predominantemente de Latinoamérica, y África que lleva menos de 5 años en España y que se halla indocumentado.

Por otra parte que el Síndrome de Ulises sea con el 15,6% uno de los cuadros más frecuentes de la muestra consideramos que nos plantea que es muy importante prestar atención a la temática del estrés crónico y múltiple en la migración y lamentamos que por no tener en cuenta es realidad con frecuencia muchos inmigrantes ven sus problemas de estrés convertidos en trastornos mentales y son psiquiatrizados innecesariamente.” (Achetegui et al., 2015: 75)

A parte de lo dicho hasta el momento, es posible realizar varios comentarios 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 de manera que todo ello podría dificultar que recibieran una atención médica de calidad. Aun así, el propio Achetegui (2002) reconoce que 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, de muy diferentes orígenes y estatus, cabe reflexionar sobre si debería hacerse para todos los grupos de la sociedad autóctona que presentaran formas de expresión diferenciadas: mujeres, ancianos..., lo que sería inviable y haría imposible el diagnóstico.

Respecto al papel de las variaciones culturales, Achotegui (2002) 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. Podría, entonces, decirse que lo que el autor estaría 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 de la adaptación en cada individuo. Se trataría, por tanto, de la fabricación de un *culture bound syndrome*, con el inconveniente (grave) de que el grupo al que se adjudica no es homogéneo ni comparte una misma tradición cultural, por lo que también –de manera extrema– podría llegar a ser aplicable a la población autóctona, igualmente dotada de cultura y de diversidad.

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 explicar 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.

En tercer lugar, puede señalarse que este tipo 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. Es lo que se denomina estrés psicosocial general, que 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.

“General psychosocial stress includes housing, health, finances, and management of day-to-day life may well be more stressful for immigrants. A variety of studies have indicated that general psychosocial stressors such as poverty, unemployment and irregular immigration status have a toxic impact on the mental health of Latin American immigrants (Zarza & Sobrino Prados, 2007).” (Revollo et al., 2011: 85)

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. pueden padecer también situaciones de extrema violencia que ponen en riesgo sus vidas.

En relación con todo esto, frente al modelo propuesto por Achotegui, otros autores también han prestado atención al estrés provocado por la migración y 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, Revollo et al., 2011).

“The relationship between immigration and depression and anxiety is unclear, with research showing both higher and lower levels relative to the native born population (Alegria et al., 2007; Breslau & Chang, 2006; Grant et al., 2004; Levecque, Lodewyckx, & Vranken, 2007; Shaw, Creed, Tomenson, Riste, & Cruickshank, 1999), suggesting that immigration in and of itself is not a risk factor. Research indicates that there are a host of factors associated with the risk for the development of depression and/or anxiety in immigrants which include low socioeconomic status, linguistic barriers, limited social network, racial or ethnic discrimination, and acculturation (Finch & Vega, 2003; Hovey & Magaña, 2002b; Morales, Lara, Kington, Valdez, & Escarce, 2002). These factors, in some combination, constitute the notion of acculturative stress, which is increasingly posited as a risk factor for depression and anxiety in immigrants.” (Revollo et al., 2011: 84)

El interés se centraría, por parte de algunos autores (Revollo et al., 2011; Qureshi et al., 2013), especialmente en el estrés aculturativo y el relacionado con la discriminación percibida. El primero 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.

“Berry introduced the concept of acculturative stress in 1970 as a means of better understanding the impact of migration on mental health. Acculturative stress pertains to stress resultant from the migratory process and cultural contact (Berry, 2001). For the purposes of this study, the construct is understood in the context of those stressors experienced by immigrants, and comprised of perceived discrimination, intercultural contact stress¹⁰², homesickness¹⁰³ and general psychosocial stress (Collazos, Qureshi, Antonin, & Tomas- Sabado, 2008).” (Revollo et al., 2011: 85)

¹⁰² “Intercultural contact stress can occur when an individual from one culture is exposed to a new cultural context. Pressures derived from the acculturative process can result in stressors associated with changes in language, gender roles, family values (Finch & Vega, 2003; Padilla & Borrero, 2006), as well as differences in lifestyles, norms, beliefs, family structure and function, work hours, and identity (Boekstijn, 1988; Timotijevic & Breakwell, 2000). Stressors derived from intercultural contact have been found to be related to mental distress (Arbona et al., 2010).” (Revollo et al., 2011: 85)

¹⁰³ “Homesickness refers to losses associated with moving away from one’s home environment and includes the loss of identity and social support. In part related to some of the intercultural contact stress listed above, the loss of family and social ties has been identified as an important stressor for Latin American immigrants (J.F. Smart & D.W. Smart, 1995).” (Revollo et al., 2011: 85)

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 deliberadamente –aunque no siempre con entera libertad de elección.

El papel del estrés relacionado con la discriminación percibida, diferenciado del estrés aculturativo o formando parte de él, es también motivo de debate entre los autores que escriben sobre este tema. 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).

“Perceived discrimination refers to the perception on the part of the individual that he or she is being discriminated against on the basis of immigrant status or racial/ethnic difference (Bhui et al., 2005; Finch, Kolody, & Vega, 2000). It pertains to the experience of the individual rather than the objective occurrence of discrimination. Perceived discrimination has been associated with mental distress in Latin American immigrants in the United States in a variety of reviews and studies (Caplan, 2007; Dawson, 2009; Finch, Frank, & Vega, 2004; Salgado de Snyder, 1987) and Spain (Llacer et al., 2009) to the extent that it could be considered one of the most robust risk factors for the development of psychopathology in Latin American immigrants.” (Revollo et al., 2011: 85)

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.

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.

Finalmente, aclarar que la crítica realizada hasta el momento no pretende, en absoluto, negar valor al abordaje de Achotegui, 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. Lo que pretendo es llamar la atención sobre si la solución a las dificultades de abordaje debería pasar por la creación de una nueva categoría diagnóstica, con sus ventajas e inconvenientes, o, más bien, por la reflexión sobre aquellas de las que ya disponemos. Entremos brevemente en esta cuestión.

3.2.10. Desigualdades en cuanto al uso de los servicios sanitarios

3.2.10.1. Consideraciones generales en torno a la accesibilidad del sistema sanitario para población inmigrante

Merece la pena realizar aquí un pequeño apunte sobre la accesibilidad del sistema sanitario para población inmigrante que nos permita contextualizar, al menos de manera preliminar, los datos sobre patrón de uso descritos en la bibliografía.

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 (SEMFyC) (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. Publicación Científica n° 534, 1992¹⁰⁴)” (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 vigente en el momento de realización del trabajo de campo para esta tesis, la mayor parte de los inmigrantes tenían garantizado el disfrute de este derecho en igualdad con los demás ciudadanos¹⁰⁵, por lo que el sistema sanitario debería estar en condiciones de cubrir sus necesidades, por mucho que éstas puedan ser

¹⁰⁴ Los autores sólo proporcionan la referencia de Frenk, 1992 que está, además, incompleta. La referencia correcta consta en la Bibliografía referida.

¹⁰⁵ En el momento de realizar el trabajo de campo la ley vigente era 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, publicada en el BOE n° 10 de 12 de enero de 2000 (corrección de errores en BOE n° 20, de 20 de enero). Posteriormente, pero también dentro del margen temporal aplicable a este trabajo, la Ley Orgánica 4/2000 fue reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre (BOE n° 307, de 23 de diciembre de 2000; corrección de errores en BOE n° 47, de 23 de febrero de 2001), por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre (BOE n° 234, de 30 de septiembre de 2003), por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre (BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 2003) y por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre (BOE n° 299, de 12 de diciembre de 2009).

De modo resumido, señalar que el artículo 12 de esta Ley contemplaba que tendrían 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.

Sin embargo, en el momento de presentación de esta tesis, la normativa vigente (a través del Real Decreto Ley 16/2012, del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones y el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud) limita los derechos de asistencia a extranjeros en situación administrativa irregular a los supuestos: atención de urgencias, atención a menores y atención al embarazo, parto y postparto. El grado de aplicación y los requisitos que en la práctica ha impuesto cada Comunidad Autónoma para la obtención de la TSI han sido, a lo largo de estos años, muy variables.

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 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, en el momento actual y también en el pasado) pone en cuestión su capacidad para ofrecer la misma protección a todos los 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, puesto que es materia del tercer capítulo y no de este, 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, subrayarían también esto último pero añadirían 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. Sugereixen 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 dèficit 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 biomédico 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 muy pocas veces se aportan, en estas publicaciones, ejemplos concretos y adecuadamente justificados que apoyen con solidez 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 parezca ser, ni mucho menos, igual.

Entre los profesionales y gestores sanitarios y en algunas publicaciones especializadas es frecuente también 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, aunque, de nuevo, pocas veces se realiza un análisis en profundidad, primero del alcance real de este fenómeno y sus implicaciones clínicas y, después, de sus posibles causas. Y es que las explicaciones serían casi siempre complejas y, en ocasiones, crudas. A las trabas legales y burocráticas que dificultarían el acceso habría 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– puedan decidir esperar todo lo posible para ir al médico, ir cuando las molestias les impidan hacer una vida normal y dejar de hacerlo en cuanto puedan reanudarla. Y esto podría 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, tendría un papel fundamental: la atribución causal que se haga de la enfermedad y, por tanto, el tipo de respuesta que se considere 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 hablaré con detenimiento en el Capítulo 3, tan sólo aclarar aquí que no se trataría –al menos de manera generalizada–, 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, sino que, simplemente, no siempre la primera opción tiene que ser la biomedicina y aun cuando lo sea, la calidad del acceso ofrecido puede condicionar en buena medida el tipo de relación que se establezca, además de que, a veces, las necesidades preeminentes pueden ser otras y éstas sólo se aplazarán cuando la mala salud impida atenderlas.

“La percepció de la salut i dels riscos, 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 podrían influir en que no se perciba la utilidad de la prevención: si determinadas enfermedades son debidas a designios divinos, al destino o al mal de ojo –atribuciones, por otra parte, también frecuentes en ciertos sectores de nuestra sociedad hoy y que coexisten con otras como la suerte o la envidia –, la prevención, en el plano biomédico al menos, tiene poco sentido. Por otra, de nuevo, sería la solución de los problemas inmediatos la que capte la atención y la preocupación por la prevención de riesgos o por problemas futuros pasaría, comprensiblemente, a segundo plano o a acciones extrasanitarias (como la confesión, ciertos rituales que restauren el equilibrio...). Pero, además, si ya sería 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 pueden vivirse como ajenos, complejos o incluso agresivos respecto a actividades de tipo preventivo. Nada, en el fondo, que parezca 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)

3.2.10.2. *Patrones de uso de los servicios de salud 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 sexo, a los motivos de consulta y a la vía de acceso al sistema sanitario, así como diferencias en cuanto a la frecuentación de los distintos tipos de servicios y 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 sexo femenino, características que podrían explicar y condicionar al mismo tiempo el tipo de procesos más frecuentes que motivan la consulta: las causas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y los cuidados pediátricos, 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)¹⁰⁶ a través del análisis de las altas del Hospital del Mar de Barcelona en el año 2000 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% (tabla 1).” (Cots et al., 2002: 379)¹⁰⁷

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:

¹⁰⁶ 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. Aun así, de manera muy honesta, 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 [Balarajan, Soni, Yuen, 1991].” (Cots et al., 2002: 383)

¹⁰⁷ 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.

“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 [Stronks, Ravelli, Reijneveld, 2001]. En tercer lugar, la situación laboral más precaria puede obligar a buscar dispositivos sanitarios que no planteen problemas de horarios [Ruíz-Beltrán, Kamau, 2001]. 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 [Manzanera et al., 1998].” (Cots et al., 2002: 381-382)

Añadir, respecto a esto, un comentario en la línea de las críticas a la metodología de las investigaciones realizadas hasta el momento y la necesidad de realizar una contrastación de todas las hipótesis que se formulan: 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.

Otro estudio realizado en las Urgencias de Medicina del Hospital Clínico de Barcelona (Junyent, Miró, Sánchez, 2006) llegó a conclusiones similares al anterior. En él se estudia una muestra de 2819 pacientes, 181 de ellos considerados inmigrantes, entre los que se destaca una edad más joven (unos 36 años, 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 consulta¹⁰⁸ 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 sensación de inseguridad del personal médico generada por 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%). La tabla 1 recoge las características sociodemográficas estudiadas en la PI [Población Inmigrante]. 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) [Miró, et al. 1999] y que más de la mitad de ellos procedían de países iberoamericanos.

Cuando se compararon las características clínicas y sanitarias de la PI con las de la PA [Población Autóctona] (tabla 2), 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].

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). 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)

¹⁰⁸ 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 considera 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 [Cots et al., 2002; Sanz, Torres, Schumacher, 2000] y en consultas externas [Roca et al., 1999] como en primaria [Esteban, 2001]. 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)

El ya mencionado estudio de Vall·llosera, Saurina y Saez (2009) encuentra también diferencias en cuanto a la edad y sexo –respecto a esto último, en sentido inverso a Cots et al. (2002)– entre la población inmigrante y la autóctona así como en cuanto a diferentes variables de índole socioeconómica:

“(…) Las diferencias estadísticamente significativas permitieron detectar una población inmigrante más joven (53,3% frente al 21,6% de población mayor de 45 años), con un elevado contingente masculino (34,9% de mujeres frente a un 50,1% de hombres), con una mayor situación de precariedad laboral (5,6% frente al 9,4% de población en paro), con un menor nivel educativo (17,4% frente a un 38% de población que no sabe leer ni escribir o con estudios primarios incompletos) y con unas peores condiciones de vivienda (85% frente a un 46,5% de población con vivienda de propiedad) que la población autóctona. Cuando se analizaron las diferencias entre colectivos, destacaron los usuarios africanos (subsaharianos y africanos del norte) con condiciones laborales (tasas de paro del 11,1% y 12,2%, respectivamente), con niveles educativos (70,6% y 48,8%, respectivamente, de analfabetos o de individuos con estudios primarios incompletos) y con condiciones de vivienda (tasas de hogares de alquiler del 46% y 42%, respectivamente) mucho más precarios que el resto de grupos de inmigrantes.” (Vall·llosera, Saurina, Saez, 2009: 296)

“(…) Se hace evidente que a peores niveles de formación (25,5 visitas/paciente cuando no se sabe leer ni escribir frente 9 cuando se poseen estudios de licenciatura) y mayor precariedad laboral (19,7 visitas/paciente en situación de paro frente 11,1 en situación de trabajo remunerado) mayor es la frecuentación de los servicios de salud, independientemente del origen del paciente. Cabe destacar que a iguales condiciones sociodemográficas, mientras dentro del colectivo inmigrante los hombres y las mujeres presentan tasas de frecuentación no estadísticamente diferentes entre ellos, dentro del colectivo autóctono las variables sociodemográficas son factores relevantes en cuanto a las diferencias de frecuentación entre hombres y mujeres en el sentido que a peores condiciones sociodemográficas los hombres son más frecuentadores (74 frente 26,8 visitas medias al año cuando no se sabe leer ni escribir; 23,7 frente 9,7 visitas medias al año cuando se vive de alquiler). Referente a las variables de salud, una peor salud real y/o percibida influye en una mayor frecuentación de los servicios de salud mientras que un mayor conocimiento de métodos de planificación familiar y su utilización, favorece un menor uso de los servicios médicos, independientemente del origen específico del paciente. Las principales divergencias de género se dan, de nuevo, en el colectivo autóctono. La frecuentación es mayor en las mujeres que en los hombres autóctonos cuando la percepción de salud es peor, cuando el motivo de visita son los controles/receptas/vacunas o el dolor. Contrariamente, la frecuentación es mayor en los hombres autóctonos que en las mujeres del mismo grupo, cuando se sufre diabetes mellitus, enfermedades pulmonares o neoplasia. Referente a las diferencias entre colectivos autóctonos e inmigrantes para el grupo de mujeres se observa una mayor frecuentación en el colectivo autóctono cuando peor se considera la propia salud (27 frente 14,9 visitas medias al año) mientras que esta es mayor en las mujeres inmigrantes cuando no se conocen los métodos de planificación familiar (14,2 frente 16,5 visitas/paciente y año).” (Vall·llosera, Saurina, Saez, 2009: 301-302)

En lo que se refiere también a la situación social y económica de estas personas, otros autores encuentran que el uso de los servicios es menor entre aquellos que se encuentran en una situación de irregularidad jurídica de la estancia –lo que, dada su previsible situación de precariedad laboral y económica, reclamaría medidas de atención a la salud

específicas– (Torres, Sanz, 2000) así como diferencias en función del tiempo de estancia en destino y la red social de apoyo (Llosada et al., 2012):

“Our findings suggest, after adjusting for severity of illness, number of years living in the country, and other possible confounders, that sick illegal immigrants use health services significantly less often in Spain than legal ones. Studies in other settings tackling some of the limitations in our study would be desirable. As illegal immigrants live in especially precarious circumstances the low utilisation of curative services found in this study raises important concerns whether the strategy of health care provision through alternative providers is effectively able to meet the health needs of illegal immigrants. The large percentage of illegal immigrants found in our study adds to the concern. As the needs of illegal immigrants are rarely heard specific policies have remained unquestioned. Although the health problems of immigrants have received attention in Europe [Carballo, Divino, Zeric, 1999], public health has often played a dubious part towards illegal immigrants mostly guided by a concern to detect and control infections, but insufficient support to guarantee access to health care services. The health of illegal immigrants should be reconsidered, and, as a basic human right, be of primary concern to public health [Mann, 1996; Krieger, Birn, 1998].” (Torres, Sanz, 2000: 479)

“El caso de los pakistaníes en el Raval es un claro ejemplo de cómo una comunidad arraigada en la zona conoce mejor el funcionamiento de los servicios sanitarios y accede a ellos de una forma más parecida a lo que está establecido por el sistema (...).” (Llosada et al., 2012: 86)

“Otros factores influyen, y están estrechamente relacionados con la integración social de los miembros de estos colectivos¹⁰⁹. Formar parte de un colectivo que lleva tiempo instalado en el país de acogida permite al paciente disponer de toda la información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, y facilita tanto el acceso al sistema, como su utilización¹¹⁰. Las investigaciones que han estudiado y comparado la utilización de servicios sanitarios entre autóctonos e inmigrantes, concluyen, en la misma línea, que a medida que aumenta el tiempo de residencia en el país de acogida disminuye la probabilidad de acceder al servicio de urgencias y aumenta la probabilidad de acceder al médico especialista [García-Gómez, 2007; Rodríguez et al., 2008].

La situación familiar y social del paciente en destino, disponer de un núcleo familiar y una red social estables favorecen un acceso y un uso de los servicios más cercano al establecido [Scheppers et al. 2006].” (Llosada et al., 2012: 87)

En lo que se refiere a la vía de acceso al sistema sanitario, Cots et al. (2002) señalan que la hospitalización a través de urgencias se da en un porcentaje mayor entre población inmigrante que para 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 [Berk et al., 2000; Balaran, Soni, Yuen, 1991; Torres, Sanz, 2000]. 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

¹⁰⁹ Los autores aportan un listado de referencias bibliográfico demasiado largo como para reproducirlo aquí sin interrumpir la lectura.

¹¹⁰ De nuevo, el listado de referencias bibliográfico es demasiado largo como para reproducirlo.

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 [Sanz, Torres, Schumacher, 2000; Reichman, Kenny, 1998; Santoro et al., 1998].” (Cots et al., 2002: 381)

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.

Aunque, respecto a esto, y aun aceptando un porcentaje de uso mayor (Llosada et al., 2012), algunos autores señalan la existencia de datos contradictorios (Regidor et al., 2009):

“En la consulta al servicio de urgencias se observan dos patrones diferentes: algunas encuestas reflejan una utilización elevada de este servicio asistencial (en Cataluña y Canarias, respectivamente, un 31,5% y un 30,1% de utilización por el conjunto de la población) y otras recogen un grado de utilización menor (en Madrid y Valencia un 15,9% y un 17,6%, respectivamente). La utilización del servicio de urgencias por parte de la población española y de la población inmigrante en cada ámbito geográfico también refleja esa heterogeneidad, como puede observarse en la tabla 5. En esta tabla también se ve que, en todos los ámbitos geográficos analizados, la frecuencia de utilización de los servicios de urgencias es mayor en la población inmigrante que en la española, excepto en la encuesta realizada en Canarias, donde ocurre lo contrario. Cuando se analizan por separado los diferentes grupos de población inmigrante, se observa que el colectivo que más usa los servicios de urgencias es el procedente de América Central y del Sur.” (Regidor et al., 2009: 7-8)

“La tabla 6 muestra la OR de la frecuencia de consulta al servicio de urgencias y de hospitalización en la población inmigrante con respecto a la española, después de ajustar por variables sociodemográficas, posición socioeconómica y estado de salud. En el uso del servicio de urgencias no se observan diferencias significativas entre las dos poblaciones, excepto en las estimaciones realizadas por la encuesta de salud de la Comunidad Valenciana. Concretamente, los análisis realizados en esta encuesta muestran que la frecuencia de uso de los servicios de urgencias es un 36% mayor (OR=1,36) en la población inmigrante que en la población española. Cuando se analizaron los diferentes colectivos de inmigrantes, la OR en la mayoría de ellos no fue estadísticamente significativa, excepto para los inmigrantes procedentes de América Central y del Sur en Cataluña y en la Comunidad Valenciana. Con respecto a la población española, el porcentaje de individuos de América Central y del Sur que utiliza los servicios de urgencias es un 40% más alto (OR=1,40) en Cataluña y un 110% más alto en la Comunidad Valenciana (OR=2,10). Así mismo, hay que destacar la heterogeneidad en la magnitud de las OR en algunos colectivos, inferior a la unidad en algunos lugares y superior a la unidad en otros.” (Regidor et al., 2009: 8-9)

Respecto a las posibles explicaciones sobre esta utilización preferente de los servicios de urgencias, son variadas y merecerían estudios más detallados:

“Los servicios de urgencia, según indican estudios previos, son más utilizados por parte de la población inmigrante en relación con otras modalidades de atención [Torné et al., 2003; Junyent, Miró, Sánchez, 2006; Cots et al., 2007], resultados también obtenidos en este estudio. En nuestro país la atención urgente además de pública es gratuita y universal, prestada independientemente de la nacionalidad y del tiempo de residencia. Puede realizarse a cualquier hora, lo que permite la conciliación con los horarios de trabajo y reduce los trámites para obtener atención, superándose así barreras idiomáticas, culturales y legales. En este estudio las variables que se han visto asociadas a la utilización de los servicios urgentes hospitalarios han sido el sexo, la autovaloración de la salud y la interacción de las variables colectivo y tiempo de estancia. La mayor utilización de los servicios de urgencia por parte de la mujer inmigrante puede explicarse

tanto como reflejo de componentes culturales y/o roles de género, que determinan peores resultados de salud percibida, como por la edad, relacionada con una mayor fecundidad y un menor control del embarazo en atención primaria en las mujeres inmigrantes¹¹¹. La inmigración latinoamericana presenta un claro patrón femenino, lo que permite explicar el hecho de que en el análisis bivariado el grupo de población inmigrante latinoamericano apareciera asociado con una mayor utilización de la urgencia hospitalaria, asociación que desapareció tras ajustar por sexo. Este patrón femenino explica también que en el análisis segmentado por colectivos, sólo en el latinoamericano el sexo apareciera asociado con la utilización de estos servicios.” (Rodríguez et al., 2008: 217-218)

“(…) En Barcelona, como en el resto del Estado, se garantizan las prestaciones sanitarias de cobertura pública, lo que no sucede en la mayoría de los países de origen de estos colectivos, refuerza la concepción de fácil accesibilidad al sistema sanitario por parte de los profesionales. Las características del servicio de urgencias: ser público, gratuito, donde no es necesario concertar cita previa y disponible las veinticuatro horas del día, aparecen como un argumento de peso para explicar por qué los pacientes de los distintos colectivos inmigrantes acceden mayoritariamente a este servicio [Cots et al., 2007].” (Llosada et al., 2012: 87)

En cuanto al recurso al médico de familia, el nivel de uso sería menor que entre la población autóctona aunque las características de los datos vuelven a llamar la atención sobre la necesidad de estudios en profundidad:

“En todos los ámbitos geográficos estudiados, el porcentaje de población inmigrante que consulta al médico general es ligeramente menor que el porcentaje de población española que hace uso de este servicio (tabla 3). No obstante, algunas categorías de inmigrantes realizan un uso de los servicios de medicina general marcadamente superior al de la población española, como es el caso de la población procedente de África en Madrid (22,4% frente a 16,7%); o marcadamente inferior, como ocurre con la población procedente de África en Cataluña (6,6% frente a 12,5%) y la Occidental en Canarias (53,2% frente a 74,1%).” (Regidor et al., 2009: 6)

“Después de ajustar por variables sociodemográficas, posición socioeconómica y estado de salud se observa que, en cualquier lugar de los estudiados, el uso de los servicios de médico general en el conjunto de la población inmigrante es muy similar o ligeramente inferior al de la población española (tabla 4). La razón de porcentajes es significativa en Canarias [RP (IC95%): 0,90 (0,84–0,98)] y en Valencia [RP (IC95%): 0,97 (0,94–0,99)]. Cuando se compara la frecuencia de consulta al médico general en las diferentes categorías de población inmigrante respecto a la española, se observa que en líneas generales es similar o inferior, aunque hay algunas excepciones. Así, algunos grupos de inmigrantes muestran una heterogeneidad en los hallazgos dependiendo del ámbito geográfico estudiado. La población procedente de África es la que presenta el patrón más heterogéneo: en Canarias y en la Comunidad Valenciana, el uso del servicio de medicina general es similar al de la población española, pero en Madrid la población africana lo utiliza más que la española [RP (IC95%): 1,57 (1,08-2,30)] y en Cataluña menos [RP (IC95%): 0,61 (0,41-0,90)].” (Regidor, et al., 2009: 6-7)

Algo similar ocurriría con la consulta al especialista:

“Cuando se estudia el porcentaje de población que visita al médico especialista, se observa que el porcentaje es menor en los inmigrantes que en la población española en todos los ámbitos geográficos estudiados (tabla 3). Cuando se analiza cada una de las categorías de inmigrantes, también se observa que el porcentaje de población que visita al médico especialista es menor que el de la población española.” (Regidor et al., 2009: 6)

“En el caso del uso de los servicios de médico especialista, las razones de porcentaje en el conjunto de la población inmigrante con respecto a la española fueron inferiores a la unidad y estadísticamente significativas en todos los ámbitos geográficos estudiados (tabla 4). Cuando se analizan por separado las diferentes categorías de inmigrantes se observa que, con la excepción

¹¹¹ El volumen de referencias bibliográficas es excesivo como para incluirlo en la cita.

de los procedentes de América Central y del Sur en la Comunidad Valenciana, las razones de porcentajes fueron menores a la unidad en todos los demás grupos de inmigrantes en todos los lugares estudiados. En líneas generales, la menor diferencia relativa con respecto a la población española se observa en los inmigrantes occidentales y en los de América Central y del Sur, y la mayor diferencia relativa se observa en los procedentes de Europa del Este y de África, Asia y Oceanía.” (Regidor et al., 2009: 7)

En lo que se refiere a la Atención Primaria, en el estudio, ya citado, de Sanz, Torres y Schumacher (2000)¹¹² entre 300 inmigrantes –predominantemente marroquí– 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 (un dato muy relevante, al que habría que prestar atención) mientras que el recurso a ONGs fue escaso. El estudio, sin embargo, no profundiza en las razones de este patrón de uso de los servicios.

“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)

Los datos entre las diferentes zonas geográficas y poblaciones difieren, también, en lo que se refiere a la hospitalización:

“En el caso de la hospitalización, cuando estudiamos la población inmigrante en conjunto frente a la población española, ninguna de las OR fue estadísticamente significativa (tabla 6). No obstante, hay que destacar la magnitud de la estimación en Canarias y en la ciudad de Madrid. Después de ajustar por todas esas variables, los inmigrantes residentes en Canarias ingresan un 24% menos que la población española (OR=0,76; IC95%: 0,48–1,19). Por su parte, los inmigrantes residentes en la ciudad de Madrid ingresan un 27% más que la población española (OR=1,27; IC95%: 0,97–1,68). Al desagregar a la población inmigrante en los diversos colectivos según su lugar de origen, sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en los procedentes de América Central y del Sur en Canarias y en los procedentes de África, Asia y Oceanía en la ciudad de Madrid. En líneas generales, la mayoría de las OR fueron inferiores a la unidad, aunque algunos colectivos mostraron importante heterogeneidad, como es el caso de los inmigrantes procedentes de América Central y del Sur, cuyas OR fueron 0,48 en Canarias, 0,82 en la Comunidad Valenciana, 1,01 en Cataluña y 1,10 en la ciudad de Madrid, y de los inmigrantes procedentes de África, Asia y Oceanía, cuyas OR fueron cercanas a la unidad, excepto en Madrid, cuya magnitud fue de 2,52.” (Regidor et al., 2009: 9)

“On comparing differences in the use of health-care resources (table 4), the percentage of immigrants hospitalized in the preceding 12 months was observed to be higher than that of the autochthonous population (11.4 vs. 8.2%, $P < 0.05$), yet no significant differences were observed in the use of other healthcare services.” (Carrasco-Garrido et al., 2007: 504)

“It should be stressed that we observed a significantly higher percentage of hospitalizations among the immigrant than among the autochthonous population (11.4 vs. 8.2%). These findings are in line with those reported by Sanz et al. [Sanz, Torres, Schumacher, 2000] for Spain, albeit with percentages higher than ours (23%), but differ from the data reported in the hospital-admission-based study by Cots et al. [Cots et al., 2002] in which 9.1% of all admissions attended in the study hospital were foreign nationals. Other studies, such as that conducted using a health

¹¹² Como ya he señalado, la metodología del estudio puede sesgar los resultados.

survey in Amsterdam [Stronks, Ravelli, Reijneveld, 2001], reflect that the immigrant population registers a lower percentage of hospitalizations than the autochthonous population (4.8% for Turkish immigrants vs. 6.8% for the autochthonous population). In contrast, Dunn et al. [Dunn, Dyck, 2000] using data from the Canadian National Population Health Survey, observed practically equal hospitalization rates on comparing the immigrant with the autochthonous population (11.4 vs. 11%). These rates are identical to those of immigrants in Spain but higher than those observed in the study by Cacciani et al. [Cacciani et al., 2006], undertaken in Italy with data from the Italian Hospital Information System.” (Carrasco-Garrido et al., 2007: 506)

En el estudio de Sanz, Torres y Schumacher (2000) se 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)

Respecto a la utilización de los servicios preventivos parecería existir cierta concordancia en los datos, que apuntarían a un menor uso por parte de la población inmigrante:

“En la tabla 8 puede observarse que la frecuencia de uso de estos servicios es mayor en las españolas que en los dos colectivos de mujeres inmigrantes estudiados (mujeres procedentes de países occidentales y del resto del mundo). Después de ajustar por edad e indicadores de posición socioeconómica, la frecuencia de realización de citología y mamografía en el último año en las mujeres inmigrantes fue menor que en las españolas (en todos los casos la magnitud de las OR fue inferior a la unidad).” (Regidor et al., 2009: 9)

“Moreover, when medical services used solely by the female population were examined, the percentage of women immigrants who reported undergoing a smear test (54.5%) proved to be significantly lower than that of autochthonous subjects (68.8%).” (Carrasco-Garrido et al., 2007: 504)

El número de visitas sería mayor aunque con diferencias en función del tipo de servicio:

“En los 1.599 pacientes inmigrantes estudiados, la media de visitas [incluye médico de familia y especialidades] en el período de 6 meses fue de 5,1 visitas en los varones y 7,4 visitas en las mujeres, con una mediana de visitas de 4 y 6, respectivamente. En los autóctonos, la frecuentación fue de 7,2 visitas en los varones y 8,4 en las mujeres, con una mediana de visitas de 5 y 6, respectivamente.” (Soler-González, 2008: 227)

“(…) En los resultados del modelo ajustado se observa, con diferencias estadísticamente significativas, que entre las personas que han acudido al menos una vez a las consultas de AP, los inmigrantes tienen una probabilidad relativamente superior a los autóctonos de realizar de 3 a 11 visitas, frente a 1 o 2 visitas. También se observa que las mujeres tienen una probabilidad superior de ser visitadas con respecto a los varones en todas las categorías de visitas.

Al utilizar un modelo de regresión multinomial para estimar el RR de haber realizado visitas para cada categoría de las existentes (fig. 1), nos encontramos que el RR era superior en los inmigrantes para todas las categorías, excepto en enfermería. Por ejemplo, para la categoría de

medicina general, la probabilidad de haber sido visitado es aproximadamente siete veces superior en los inmigrantes que en los autóctonos.
Estas diferencias encontradas se mantienen por países de origen del inmigrante (tabla 4).” (Soler-González, 2008: 228)

Finalmente, en cuanto a los costes derivados de la atención a esta población, Cots et al. (2002) encuentran que el coste medio de las estancias hospitalarias fue menor, incluso teniendo en cuenta las diferencias en la casuística.

“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.

Los datos son concordantes, también, con los obtenidos en un estudio posterior (Cots et al., 2007) a partir de datos de visitas a urgencias del mismo Hospital del Mar entre los años 2002 y 2003.

“Differences in specialty were found in greater relative utilisation of gynaecology and obstetrics services and lower utilisation of medicine and traumatology among ILIC compared with Spanish-born residents and IHIC.

The average variable cost was 10.97€per visit. The average cost per emergency visit was 11.66€ for Spanish-born residents and IHIC, and was 7.21€for ILIC.

Differences in average variable cost according to country of origin and specialty are shown in Figure 1. Variable cost was significantly lower for ILIC among the specialties of medicine (37%), traumatology (22%) and surgery (12%). No differences were found between obstetrics and gynaecology and paediatrics.” (Cots et al., 2007: 4)

Se trata de información muy relevante que, de confirmarse y considerarse reproducible para otras poblaciones y otros centros, debería ser adecuadamente difundida, entre otras cosas, para evitar afirmaciones tendenciosas en sentido contrario.

Además de lo anterior, Cots et al. (2002) hacen en el texto una reflexión sobre la que merece la pena detenerse: aceptan que pueden existir 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 estaban 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 [Kravitz et al., 2000; Dunn, Dyck, 2000]. 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 [Thamer et al., 1997; Guendelman, Schaffer, Pearl, 2001; Flores, Vega, 1998].” (Cots et al., 2002: 383)

Sobre todo ello, de nuevo, insistir en la necesidad de aportar datos suficientes y consistentes que respalden estas hipótesis, contrastarlas a la luz de nuevos datos y escenarios y considerar la existencia de otras posibles explicaciones a los fenómenos.

Tan sólo añadir un comentario más: el estudio de Junyent, Miró y Sánchez (2006) 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 ésta 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 (eran los mismos, en ese momento) que para la población autóctona, de manera que el único argumento válido para que el incremento de recursos se derivase directamente de que la población es inmigrante sería la referencia al 20% de población en situación irregular¹¹³ 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, con toda

¹¹³ Aunque, como ya sabemos, en la época de realización del estudio éstos también tenían derecho a la asistencia si estaban empadronados y, en cualquier caso, siempre, a la atención en urgencias (área a la que se refieren los datos).

probabilidad, justificadas pero que conviene contextualizar y explicar adecuadamente para evitar usos interesados de la información.

SEGUNDA PARTE

EL ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD POR PARTE DE POBLACIÓN INMIGRANTE: DERECHOS Y CONDICIONES

CAPÍTULO 3: ADOPCIÓN DE CLAVES PARA UN MODELO DE ESTUDIO DEL ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD POR PARTE DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

En este capítulo repasaré esquemáticamente algunos de los factores y procesos que pueden tener una influencia tanto en la salud como en el acceso a la atención sanitaria de poblaciones inmigradas en nuestro medio, insistiendo una vez más, ya antes de empezar, en dos cuestiones: una, que no pretendo elaborar una lista exhaustiva ni sistemática de todos y cada uno de los elementos sino tan sólo señalar aquéllos que parecen más relevantes o que pueden estar ejerciendo una influencia mayor para tratar de esbozar una propuesta para el estudio de estas cuestiones y de los elementos que deberían guiarlo; y, otra, que, aunque se analicen por separado, todos están íntimamente relacionados hasta el punto de resultar, a menudo, difícilmente segregables. La realidad, como decía en la Introducción, suele resistirse a encajar en nuestras clasificaciones cuando las entendemos como rígidas y cerradas. No es este, por tanto, el caso.

Como ya expliqué, este capítulo toma como base un texto anterior, tentativo, cuyo contenido mantengo en gran parte pero que he modificado, a partir de nuevas lecturas y análisis y, sobre todo, de las reflexiones tras la investigación empírica que describo en la Tercera Parte de este texto, todo ello con la intención de mejorar su capacidad explicativa.

1. ACTORES, FACTORES, PROCESOS Y RELACIONES

1.1. Regularización jurídica de la estancia

Sin duda, la situación de regularización jurídica de la estancia es uno de los primeros factores que interviene en la generación de procesos de exclusión social y constituye también uno de los problemas más frecuentemente señalados en relación tanto con la salud, especialmente en el plano psíquico, como con la asistencia sanitaria a estas poblaciones.

Recordemos que el artículo 12 de la Ley de Extranjería¹¹⁴, tal y como estaba redactado en el momento de la realización del trabajo de campo al que me referiré en la Tercera Parte de este texto, contemplaba que tenían derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles los extranjeros con estancia regularizada jurídicamente e, independientemente de la situación de regularización jurídica de la estancia, aquéllos empadronados en su municipio de residencia, los menores de 18 años, las mujeres durante el embarazo, parto y postparto y quienes precisen atención de urgencia.

Es decir, se trataba de una garantía de asistencia amplia, mayor que la que imponía en esa época la legislación internacional, pero no universal. Este hecho mereció ya en aquel momento la crítica de organismos nacionales e internacionales que defienden que no pueden presentarse argumentos justificables para la negación de la asistencia sanitaria normalizada a una parte de la población por mucho que se encuentre en situación de estancia jurídicamente irregular: además de ir en contra del más elemental

¹¹⁴ El lector encontrará, en la Adenda a este Capítulo 3, un repaso de la legislación, nacional e internacional, en esta materia.

sentido de la solidaridad, esta limitación de derechos no evitará que estas personas continúen llegando (basta con observar la realidad...) y supone poner en riesgo no sólo su salud 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 parece justificable el argumento de que la atención se garantizaba 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 (en ese momento) dejan de ser relevantes, y que esta población, precisamente aquella que podría encontrarse en condiciones socioeconómicas precarias y más expuesta a ciertos problemas de salud, 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, especialmente en el caso de los procesos crónicos. Los cuadros, en esas condiciones, pueden empeorar (frecuentemente, de hecho, lo hacen) convirtiéndose, entonces sí, en emergencias cuya solución es muchas veces más cara de lo que habría sido si el paciente hubiera estado atendido en el circuito normalizado del que se le ha excluido, de manera que se invalida otro de los argumentos que se arguye para hacerlo: el de no poder (o querer... o encontrar justo...) asumir el gasto que genera la atención de estas personas. 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)

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 equipamientos¹¹⁵. Pero este hecho tampoco puede esgrimirse como un elemento enteramente 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.

¹¹⁵ En realidad, muy raramente se deja de atender cualquier tipo de cuadro, urgente o no, en cualquier usuario, pero, ese, es otro debate.

“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 era –y continua siendo– un trámite imprescindible y en este aspecto se han dado a lo largo de los años variaciones entre los municipios en cuanto a las facilidades o impedimentos para empadronar a personas en situación de irregularidad jurídica de la estancia o sin vivienda estable, a pesar de que en realidad, como se mencionará en la Adenda a este capítulo, la normativa no deja dudas 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 suele depender 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, incluso en los momentos en los que el empadronamiento era un trámite suficiente para acceder a servicios sociales básicos aún sin tener regularizada jurídicamente la estancia, algunos inmigrantes no se inscribían en el padrón por miedo a que los municipios facilitasen los datos respecto a su situación a las autoridades con competencias en inmigración, por lo que sería necesario clarificar de manera inequívoca en qué casos se pueden ceder estos datos.

Además del miedo a la expulsión derivado de la situación de irregularidad jurídica de la estancia y probablemente unidos a él, pueden encontrarse otros factores que se relacionarían con la preferencia por no empadronarse de algunos inmigrantes. La temporalidad de la estancia sería uno de ellos: no todos los que en este momentos se encuentran aquí tienen (o tenían) España 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 regularizar jurídicamente 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 regularizar su estancia desde el punto de vista jurídico (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 jurídica de la estancia 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 de la estancia 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 del acceso a beneficios sociales supone el empadronamiento pueden pasar a segundo plano.

1.2. Situación laboral

Es bien conocido que la irregularidad jurídica de la estancia 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*¹¹⁶. Y, en estas circunstancias, aun 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 exclusión respecto al trabajo no es, ni era, de ninguna manera, exclusiva de aquellos que no tienen jurídicamente regularizada su estancia. Buena parte de los que sí la tienen 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 excluidos). La remuneración suele ser baja –en ocasiones peor que para la población autóctona que realiza el mismo trabajo, especialmente en el caso de las mujeres– y la contratación, altamente inestable. De hecho, según los datos para el año 2006 (Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, 2007) y a pesar de los tiempos de bonanza que todavía corrían y en parte, también, por ello, más del 88% de los contratos a personas inmigrantes se realizaron dentro de las distintas modalidades de contrato temporal¹¹⁷. 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.

¹¹⁶ Evidentemente, tampoco lo es aunque se disponga de ellos.

¹¹⁷ Este dato es deliberadamente “antiguo” porque la intención es mostrar que la situación de precariedad existía y era considerable ya antes del inicio de eso que hemos dado en llamar crisis económica. En la misma fuente, el lector puede encontrar datos más recientes, en realidad, no muy divergentes a los que muestro.

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), se trataría de una exclusión de los niveles más altos y una sub-integración en los niveles más bajos:

“(…) 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 vivirían en una situación de desprotección y abuso que haría 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) pueda llevar a aceptar salarios bajos, horarios prolongados y menores medidas de seguridad. La limitación de ingresos y la inestabilidad de los contratos conducirían, 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 frágil¹¹⁸.

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

¹¹⁸ Situaciones, por otra parte, comunes a sectores cada vez más amplios de la sociedad en su conjunto, y a las que es necesario prestar atención desde el punto de vista de la Salud Pública.

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 señalados para la salud se le añadirá, además, la limitación de las posibilidades de acceso normalizado a los servicios sanitarios, ya que, como vimos, 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, por poner ejemplos de situaciones ampliamente señaladas en la bibliografía y que son comunes, también, a amplios sectores de trabajadores, inmigrantes o no. Como consecuencia, será previsible que, al menos una parte de ellos, 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.

Finalmente, también es hay que señalar que la situación no necesariamente será tan negativa y que puede darse, y afortunadamente se da, la situación contraria a la que se estaba describiendo en las líneas anteriores: aquella en la que la emigración permite acceder a un puesto de trabajo mejor y unas condiciones laborales mejores que las que se tenían en origen.

1.3. Pobreza, exclusión y marginación social

A lo largo del texto he venido utilizando los términos marginación, exclusión social y pobreza sin definirlos adecuadamente, por lo que, antes de continuar, parece obligado detenernos un momento en su clarificación.

Siguiendo a San Román (1990), entenderé 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)

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 (1990, 2002):

“¿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 en situación de estancia irregular 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 inmigrante en situación 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.)¹¹⁹.

¹¹⁹ 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).

Puede, de una u otra forma, tener unos ingresos que le aseguren un nivel de vida más o menos 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, 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 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 ya mencioné en el Capítulo 1, de la existencia de algunas obligaciones diferentes de las que podrían tener otros sectores de la población con los mismos ingresos, por ejemplo, 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, préstamos, etc.). También puede existir la necesidad de gastar dinero en bienes cuya finalidad es aportar prestigio y elevar la posición social dentro del propio grupo (y, con ello, facilitar el acceso a otros recursos y beneficios): coches, relojes, aparatos electrónicos o, incluso, nuevos matrimonios polígamos en algunos casos de éxito¹²⁰. En estos casos, el nivel de

- 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)

¹²⁰ Para profundizar en la organización de los matrimonios polígamos en origen y destino en población senegambiana el lector puede consultar el trabajo, ya mencionado de Kaplan (1998), que lo trata en los siguientes términos:

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 postpuestas o desatendidas, entre ellas la atención a la salud. Fons (2004) describe esta situación en su trabajo con inmigrantes guineanos en Barcelona¹²¹:

“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.

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

“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 poligámica, 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)

¹²¹ 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.

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), a su vez, nos muestra otro ejemplo:

"En este apartado sobre la religión y la migración nos parece importante considerar la prescrita 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 (Battistella, 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 más o menos prescrita y obligada, las limitaciones en cuanto a la disponibilidad de dinero tendrán, muy previsiblemente, consecuencias para la salud. La nutrición es, por ejemplo, uno de los aspectos relacionados con la salud que puede verse deteriorado a raíz de los procesos de marginación y pobreza. Este hecho puede ser debido, como ya vimos en el Capítulo 2, a cuestiones diversas como 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), las condiciones de la vivienda (donde no siempre es posible cocinar ni conservar adecuadamente los alimentos) o las modificaciones en la estructura familiar. La OMS (2003) lo resalta también:

"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 tendría también una influencia en la capacidad del individuo para acceder al sistema sanitario y a los cuidados de salud (por la dificultad para comprar fármacos, seguir dietas, dejar de trabajar para guardar reposo, etc.). Así, por ejemplo, un estudio realizado con una muestra de 78 inmigrantes en situación irregular en el Campo de Gibraltar (Vázquez, Espejo, Faus, 2006) encontró que un 27,7% de ellos recibían los fármacos en centros de acogida o de atención a inmigrantes y que un 21,2% declaraba haber tenido dificultades para la adquisición de medicamentos por motivos económicos. Aunque la muestra es muy pequeña y se trata, exclusivamente, de inmigrantes en situación de estancia no regularizada, es un hecho que debe tenerse en cuenta.

De esta manera, cuando se decía que la asistencia sanitaria en el Estado español era gratuita, conviene puntualizar varias cosas: el transporte hasta los centros de salud o los medicamentos que se prescriben no lo han sido nunca¹²² y, por tanto, no están necesariamente 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 (2003) 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)

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 condicionarían 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 con una ropa o calzado que delata una situación de precariedad económica).

¹²² En el momento de realización de la investigación que describiré en la Tercera Parte, los pensionistas sí tenían derecho a la gratuidad de buena parte de los fármacos (no de todos, ni mucho menos) pero, como ya hemos visto, el volumen de población inmigrante que podría estar percibiendo una pensión sería pequeño.

1.4. Redes sociales y de apoyo

La emigración, como ya he dicho reiteradamente, implica muchas veces la separación de la red social y familiar de la que se disponía en origen, con lo que se perdería el contacto estrecho con personas y circunstancias que constituían los referentes en los que se ha basado en buena medida 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.), podrían implicar 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, limitaría 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: de información (sobre trámites legales, búsqueda de trabajo, acceso al sistema sanitario, ...), 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 (Achotegui, 2002). Otros autores, como Kaplan (1998), han 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, las cursivas son suyas)

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.

Ahora bien, a pesar de todo lo anterior, de nuevo, la situación no tiene que enfocarse tan sólo desde una perspectiva negativa o en términos exclusivamente de pérdidas: en ciertos casos, el deseo de separación de la red familiar y social de origen puede estar detrás de la propia migración (pensemos, por ejemplo, en personas que huyen de la aplicación de algún precepto legal o religioso, más o menos aceptado por su red familiar, que afecta a algún aspecto de su vida); la pérdida de la red social de origen puede ir acompañada de la ampliación y diversificación de la misma en destino (tanto con miembros de la familia emigrados con anterioridad con los que no se mantenía contacto como personas autóctonas o inmigrantes de otras procedencias); así, no podemos perder de vista que los cambios en las condiciones de vida pueden comportar consecuencias, físicas y psicológicas, tanto negativas como positivas, por más que en este texto nos estemos centrando en las primeras.

1.5. Vivienda

Otro de los aspectos relevantes en cuanto a la salud y la asistencia sanitaria a estas poblaciones tendría que ver con 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 encontró 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, las cursivas son suyas)

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

Y aun cuando la mayoría de la población inmigrante sí dispondría de vivienda, no es extraño que ésta presente deficiencias más o menos graves en cuanto a las condiciones de habitabilidad (agua, servicios higiénicos, ventilación, aislamiento térmico, etc.), a lo que se podría unir la sobreocupación (dado el elevado precio de la vivienda y la necesidad de compartirla para ahorrar gastos). Esto, en su conjunto, favorecería la contracción y transmisión de patologías y dificultaría, en caso de ser necesarios, los cuidados en situaciones de enfermedad –recordemos, por ejemplo, lo dicho para la tuberculosis en el capítulo anterior. 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. Las consecuencias psicológicas son también fáciles de suponer: falta de privacidad, oscuridad, frío, dificultades de convivencia, etc.

Además, el elevado precio y las condiciones de abuso en las que, a veces, se alquilan los pisos (varios meses por adelantado, avales bancarios, o de otro tipo, a veces muy cuantiosos...) llevarían a que buena parte de los ingresos deban dedicarse 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 más directamente relacionados aún con la salud, como la compra de fármacos, lo que, sin duda, influirá directamente en la calidad de vida y en la vulnerabilidad frente a la enfermedad y durante la misma¹²³.

Afortunadamente, las situaciones, aunque a menudo difíciles, no siempre son extremas y, aunque no con la frecuencia que sería deseable, a veces, son relativamente buenas o, al menos, mejores que las que podían tenerse en origen. Según los datos de Kaplan para 1998:

“Las condiciones residenciales de la población senegambiana en Salt tienen 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

¹²³ 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).

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 70m², 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 aumenta a entre ocho y nueve. Sólo en un 20% viven cuatro o menos individuos en un mismo piso.” (Kaplan, 1998: 107)

Al hilo de esta última cita, habría que añadir otro factor relevante para la salud pública y también para los procesos de exclusión y marginación social y es la tendencia, que ya he ido comentando, 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. En palabras de la OMS (2003):

“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 caracterizadas por una marcada degradación urbanística tampoco es nueva. En Cataluña, Parramón (2002) la describió ya 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 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 ‘pulosas 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)¹²⁴

En lo que respecta al acceso al sistema sanitario, aunque la ausencia de vivienda, las características de ésta o su régimen de tenencia no podían ser legalmente un motivo para negar el empadronamiento¹²⁵ (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 parecen ser habituales, sobre todo en las primeras etapas de la migración, de tal manera que no es raro 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 complica el 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 cada vez el proceso de adaptación y de toma de decisiones respecto al acceso.

1.6. Comunicación profesional sanitario-usuario¹²⁶

La relación que se establece entre el paciente o usuario 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 profesional sanitario y el del paciente o usuario, que tienen conocimientos y grados de poder muy diferenciados y que, en ocasiones, son portadores de culturas diferentes.

Así, los pacientes autóctonos suelen tener entre sus demandas la mejora en la comunicación con los profesionales y el reconocimiento de su condición de sujeto de derechos. En un informe del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2007) sobre las percepciones de profesionales, gestores y usuarios respecto al sistema sanitario¹²⁷, éstos últimos señalaban diversos déficits en la interacción y pedían

¹²⁴ 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, algunos de esos antiguos emigrantes andaluces, extremeños... han ido abandonando los barrios y han sido sustituidos por un nuevo perfil de población: senegaleses, marroquíes, paquistanís...

¹²⁵ Recuerdo al lector que encontrará adecuadamente tratada la normativa de empadronamiento en la Adenda a este capítulo.

¹²⁶ A pesar de que en la bibliografía habitual suele hablarse de *comunicación médico-paciente*, en este texto emplearé, de manera preferente, la expresión *comunicación profesional sanitario-usuario*, a mi entender, más precisa.

¹²⁷ El documento presenta los resultados de un estudio sobre las experiencias, percepciones y valoraciones de usuarios, profesionales y gestores sobre el sistema sanitario catalán. Utiliza entrevistas en profundidad, relatos biográficos y grupos focales, con 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.

información comprensible sobre su estado de salud y los itinerarios terapéuticos así como respeto hacia su credibilidad y vivencia de la enfermedad. Los profesionales, por su parte, parecían valorar desigualmente la información “privilegiada” a los usuarios, entendiendo que pueda ser importante para su satisfacción pero no necesariamente para lo que entienden como una 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, 2007: 21)

“[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, 2007: 21)

“[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 desplaçat, ignorat i fins i tot invalidat com a agent que pren decisions sobre la seva salut.” (Departament de Salut, 2007: 21)

“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, 2007: 23)

“[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, 2007: 30)

“[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, 2007: 40)

Cuando la relación tiene lugar en un medio intercultural, se encuentran, además, distintas maneras de ver el mundo y de entender las relaciones sociales y la comunicación, no siempre coincidentes pero –y esto no debe dejar de señalarse–, tampoco necesariamente contrapuestas o confrontadas. A pesar de que las dificultades de comunicación y de relación existen y a veces son graves y limitantes y, por la propia naturaleza de este trabajo es en ellas en las que me detendré, no se puede perder de vista que no todas las situaciones, ni sus consecuencias, deben evaluarse en términos negativos.

La relación profesional sanitario-usuario y las posibilidades reales de comunicación entre ambos estarían influenciadas, entre otras cuestiones, por las diferencias en el idioma, en los estilos de comunicación, los estereotipos mutuos o las experiencias

previas de ambos. Veámoslo aquí tal y como suele recogerse en la bibliografía. En el Capítulo 6, me referiré de nuevo a estas cuestiones recogiendo datos derivados de mi propio trabajo de campo.

Uno de los elementos que interviene de manera central 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 otras especialidades, de enfermería y administrativos) pueden limitar el acceso al sistema sanitario y complicar el manejo dentro de él. Limitarían el acceso porque restringen la capacidad para acceder a la información respecto a sus derechos en esta materia, para efectuar los trámites necesarios y para solicitar la atención. Y complicarían el manejo porque, aun cuando se haya conseguido acceder, la capacidad de comunicación suele ser menor. En estas circunstancias, frecuentemente se dan cambios en el modo en el que se transmiten los mensajes y en la manera en la que éstos son percibidos por los interlocutores: el paciente puede no disponer del vocabulario o la fluidez expresiva necesarios para explicarse con todo el detalle que quisiera, percibiendo a menudo que esto le coloca en una posición de inferioridad o dependencia que incrementa tanto su sensación de vulnerabilidad o desamparo como, en ocasiones, su susceptibilidad. El profesional, por su parte, puede tratar de mejorar la comunicación a base de simplificar el mensaje todo lo posible, con lo que, frecuentemente, la manera en la que 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 paternalismo o agresión, respectivamente. 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, como señalaré a menudo a lo largo de este texto, las diferencias lingüísticas, que hacen más lenta y dificultan el curso de la consulta contribuyen a dejar en el profesional 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 habría que añadir la incertidumbre del profesional respecto a estar realizando bien su trabajo, la frustración de no disponer siempre de los medios necesarios para hacerlo y, por parte del paciente, la desconfianza hacia el sistema sanitario y el profesional concretos o las carencias en la comprensión de los mensajes terapéuticos, con las consecuencias, a nivel médico, que son esperables.

Estas dificultades se señalan, en términos similares, en diversos documentos de la OMS (2003):

“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 poco extendido y regulado en nuestro sistema sanitario 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. En el Capítulo 6, el lector encontrará ejemplos concretos de esto referidos a mi trabajo de campo en centros sanitarios públicos en Cataluña.

Por otra parte, la influencia de las cuestiones lingüísticas entre profesionales y usuarios no sólo se daría 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, en giros, expresiones o en la construcción de las frases, que pueden dificultar la comprensión mutua, tal y como ocurre, por ejemplo, con los pacientes hispanoamericanos que hablan castellano. Otra, aquella en la que, aun 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 diglosia, en la que el poder y el prestigio asociados a ambas lenguas son diferentes. 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, dentro del marco de referencia temporal para este trabajo, 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)¹²⁸. El documento no incluye ninguna referencia explícita 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, pero se ofrecen datos interesantes que merece la pena considerar. Así, un 48,6% de los centros no había adoptado, en ese momento, ningún criterio sobre uso de lengua en la atención oral y en un porcentaje muy similar se atendía por defecto en catalán. El 81% de los entrevistados afirmaba cambiar a la lengua del interlocutor cuando éste empleaba una diferente (aunque no lo explicita, se entiende que se trata cambios castellano-catalán y viceversa) mientras que un 9% decía no hacerlo. Sin embargo, todos ellos afirmaban cambiar de idioma si el usuario lo pedía. En un 63% de los centros la documentación escrita era, por defecto en catalán y un 5,8% afirmaba que había una adaptación a la lengua del receptor. La documentación de uso externo dirigida a “clientes” (sic) era 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). Aunque las cifras de uso global del catalán alcanzaban, según el estudio, un 86,7%, el documento concluía 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 aportaba otro dato significativo:

¹²⁸ 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.

“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 establecer las causas de este hecho, ni se ofrece ninguna hipótesis al respecto. Ahora bien, si, según la encuesta, el menor uso de catalán se da en hospitales grandes 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 este documento 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. Como decía antes, en el Capítulo 6 veremos algunos datos recogidos del trabajo de campo sobre estas cuestiones.

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 suele denominar *estilos de comunicación* o, en otras palabras y para las cuestiones que aquí nos interesan, especialmente, el modo habitual y 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 profesional sanitario-usuario, aunque profundizar en estas cuestiones, a pesar de que sería muy interesante, se escapa a las posibilidades de este trabajo. De manera resumida, señalar que, en este tema, intervendrán 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 profesional de la salud puede ser más o menos formal dependiendo, entre otros posibles factores, 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, y centrándonos ahora específicamente en la relación con los profesionales de la Medicina, ésta ha cambiado significativamente en las últimas décadas. Hasta no hace mucho, se trataba de una relación formal y distante, en la que el médico (no tanto otros profesionales sanitarios) pertenecía a una categoría social superior y 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, aun manteniendo un cierto grado de distancia y conservando el médico bastante de su poder, podría decirse que tiende a ser menos distante: la posición social ya no es, comparativamente, 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 (aunque no siempre precisa ni contextualizada) y hay una tendencia a entender el sistema sanitario y a sus profesionales como simples prestadores de servicios (con las consecuencias positivas y negativas que cabe suponer), 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 (no siempre, no en todas las culturas, no de manera generalizada...) ligados al plano sobrenatural, pero, por otra parte, tampoco es extraño que 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.

En nuestro sistema sanitario, podríamos decir que la corrección de la relación entre profesionales y usuarios estaría, entonces, influenciada por variables como la posición social, el género y la edad, entre otras: el profesional no se dirigirá de la misma manera a un niño que a una mujer joven o a un hombre anciano, a un universitario, a alguien que considere que tiene una posición social superior o a un trabajador sin formación, 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 y, también, en función de su propia formación y especialidad, entre, insisto, muchos otros factores. En este sentido, en la consulta en un medio intercultural, en la que a menudo el paciente procede de una tradición en la que la distancia jerárquica con el especialista en salud es considerable y en la que, al mismo tiempo, el paciente se puede sentir, por distintos motivos y en diferentes ámbitos, discriminado, explotado o infravalorado, muchos autores han señalado la importancia de 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 tienen, en general, una baja autoestima (D’Ardenne, 1999)¹²⁹; 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.” (Achotegui, 2002: 57)¹³⁰

También habrá que tener en cuenta que entre algunas personas de determinadas culturas tiende a limitarse al máximo el contacto físico o a establecerse bajo ciertas condiciones, 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 SAPPPIR¹³¹ 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’.” (Achotegui, 2002: 57-58)

Pero no sólo influirían 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

¹²⁹ El autor no incluye en su texto la referencia bibliográfica correspondiente.

¹³⁰ Decir, claro, que lo anterior debería valer para todos los pacientes, independientemente de su procedencia y características socioeconómicas o culturales.

¹³¹ Ya mencionado en el capítulo anterior: Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados, Barcelona.

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 el profesional (cada uno de ellos) y el 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 valorarían la concreción y el estilo directo, mientras que en otras no se consideraría correcto exponer 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. Aun así, el estilo directo con el que el profesional sanitario tiende, en nuestro medio, a comunicar la información y pedir al paciente que exprese sus síntomas puede resultar, sin pretenderlo, violento y cohibir a pacientes de tradiciones culturales que valoran la conversación previa, el contexto en el que se produce, el conocimiento mutuo y las muestras de respeto y que sienten, quizá, 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. Los profesionales sanitarios deberían 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 en nuestro medio están, comprensiblemente, 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, pueden ser 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 fácilmente interpretarse como frialdad emocional situaciones de contención del dolor (físico y psicológico) por parte de hombres de India o Paquistán o exageración y teatralidad la manera de expresarlo de mujeres *rrom* de Rumanía o de algunos países de Latinoamérica, por poner dos ejemplos bien conocidos. En todo caso, sus parámetros habituales pueden dejar de tener

validez y sería necesario que fuera capaz de tener otros presentes para poder interpretar correctamente las situaciones.

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 decía al principio de este apartado, y ya he ido mencionando a lo largo del texto, además de las cuestiones relacionadas con el idioma y los estilos de comunicación, en la relación entre profesionales sanitarios y usuarios influirían también los estereotipos y prejuicios mutuos y las expectativas y experiencias previas, positivas o negativas de todos ellos. 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 el que ejercen forman parte de la sociedad mayoritaria, una sociedad que a veces les rechaza, les explota y pretende expulsarlos. El usuario puede desconfiar de las posibles relaciones de complicidad del profesional con las estructuras de poder con competencias en inmigración y puede temer ser expulsado. Y al contrario, la valoración positiva que muy habitualmente expresan respecto a poder acceder a un servicio sanitario de calidad, el buen trato o la conciencia del secreto profesional puede generar en el paciente la sensación de estar en un medio acogedor, donde es escuchado y atendido, en el más amplio sentido de la palabra. A veces, también, llegando incluso a establecer una relación de paralelismo con consejeros, líderes espirituales o, simplemente, amigos, en cuyo marco pueda contarle al profesional aspectos de su vida 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.

La reacción del profesional puede ser también, lo sabemos, variada. Desde aquellos que, consciente o inconscientemente, pueden llegar a negar la existencia de una diferencia cultural y, por tanto, obvian, de alguna manera, 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, sin olvidar, lógicamente, a los que, y serían la mayoría, todos los días, intentan encontrar un equilibrio, no siempre sencillo de alcanzar, entre ambos extremos. 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 más o menos consciente, asumiendo el profesional, a menudo con la mejor de las intenciones, que la diferencia coloca al paciente en una situación de desprotección y que su papel debe ser de protector. Así, pueden llegar a darse actitudes (extremas) que no contemplan adecuadamente que éste 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 ejerce 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 el trabajo o, también, alguien que lo convierte, aún más, en un reto al que merece la pena enfrentarse.

Las reacciones, en definitiva, y lo veremos en el Capítulo 6, 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, hasta las condiciones en las que ésta tenga lugar, la formación del profesional, y, obviamente, las características personales de los implicados.

1.7. La persona: componentes, roles e individualidad

1.7.1. 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 qué se entiende por persona y los elementos que la constituyen. La tradición judeocristiana, por ejemplo, ha distinguido tradicionalmente entre cuerpo y alma. Otras culturas¹³², sin embargo, manejan concepciones diferentes, como los ndowé de Guinea Ecuatorial, descritos en el ya mencionado trabajo de Fons (2004)¹³³ y que tomaré como ejemplos centrales para este apartado. 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 las causas de enfermedad y con el modo en que habrá que actuar para tratarlas. 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)

“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

¹³² Opino que las descripciones extensas de elementos culturales de distintos grupos y también de los aspectos claves de diversas prácticas de curación alejadas de la biomedicina se justifican por la intención de mostrar la variedad y riqueza de interpretaciones y, también, por la relevancia que su conocimiento adquiere para los profesionales sanitarios.

¹³³ Como habrá observado el lector, en este apartado me apoyo en diversos autores de distintas disciplinas, pero con mucha frecuencia en los trabajos de dos antropólogas, Virginia Fons y Adriana Kaplan, porque ambas han realizado sus investigaciones con poblaciones especialmente idóneas para ejemplificar las cuestiones que se abordan a continuación (se trata de grupos con tradición migratoria a Cataluña) y lo han hecho, además, tanto en origen como destino.

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**¹³⁴.

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 existe 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, las negritas son mías)

“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 al 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)

No resulta difícil comprender, entonces, que estas concepciones 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 los problemas o enfermedades que puedan aparecer y los procedimientos que, teniendo en cuenta la causa, están indicados para tratar cada disfunción. Así, para los ndowé:

“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

¹³⁴ Sin duda, se trata de una información útil para los profesionales en el momento de elaborar la historia clínica de una paciente.

perjudicar a la criatura en el momento del parto, ya que la podría ahogar. A partir de 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 concepciones en torno a desde cuándo y hasta cuándo alguien se conceptualiza como 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 *nyambo* 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 *nyambo*, 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. Y en este momento lo haré a partir de fuentes bibliográficas destinadas a su lectura por occidentales (en el caso de la que citaré más adelante para la Medicina Tradicional China, está elaborada, de hecho, por profesionales de la biomedicina). Esto 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).

Así, 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 interposición 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 serie de elementos que constituyen los órganos del cuerpo y que rigen su funcionamiento y la relación entre ellos:

“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 patología, 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 sustancias 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 biomedicina¹³⁵: 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, con el mismo objetivo (comprender) algunos aspectos genéricos de la manera de entender la fisiología humana que establece el Ayurveda, sistema médico procedente de India y cuyos fundamentos siguen –aunque con grandes variaciones entre unos grupos y otros– inmigrantes procedentes de India y Paquistán:

“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)

“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’, aun 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:

¹³⁵ Este tipo de situaciones serán más frecuentes en los primeros contactos con los servicios de la biomedicina, tanto por parte del paciente como de sus allegados. Como parece lógico, a medida que aumenta el contacto con los servicios biomédicos los miembros de comunidades con pautas de curación alejados de ésta aprenden y, en ocasiones (sólo en ocasiones) incorporan estos parámetros y dejan fuera de la consulta (lo que no significa que renuncien a ellos) concepciones o planteamientos que les son propios.

“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 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)¹³⁶

La constitución individual en Ayurveda 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). Y, de nuevo, como ya indicaba para el caso de la Medicina Tradicional China, aquellas personas que, en destino, mantengan este tipo de concepciones (en las que pueden haberse enculturado) pueden fácilmente encontrar extraño (y hasta sospechoso), sobre todo en los primeros momentos del contacto con el sistema, que los profesionales no presten atención a sus evacuaciones o sus pautas de sueño, de la misma manera que el estado de su piel y de su pelo, como ya hemos visto en el Capítulo 2, pueden generar motivos de consulta que, esta vez, sean a los profesionales a los que no les resulten del todo comprensibles.

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

¹³⁶ “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]

beneficiosos, perjudiciales e incluso terapéuticos sobre el organismo que serán, además, absolutamente específicos para cada individuo:

“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)

Los alimentos digeridos adecuadamente dan forma y permiten el correcto funcionamiento del cuerpo y de la mente:

“La comida digerida nutre tanto al cuerpo como a la mente y da fuerza y soporte a *ahamkara*¹³⁷ y su querida personalidad. El ayurveda divide todos los tejidos corporales en siete grupos denominados *dathus*, siendo un *dathu* todo aquello que da firmeza¹³⁸. 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 *dathus* 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, desde la concepción ayurvédica, 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

¹³⁷ “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)

¹³⁸ Los *dathus* son: *rasa* (líquidos titulares), sangre, carne, grasa, hueso, médula y *Shubra* (fluidos sexuales) (Svoboda, 2003: 133-134).

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, vuelvo a insistir, no debería extrañarnos la enorme importancia que los pacientes que tienen como referencia los principios del Ayurveda le dan a su dieta, su preocupación por no poder seguirla –en destino– de la manera que consideran correcta¹³⁹, su insistencia en describirla en la consulta, en detallar la frecuencia y características de sus deposiciones, su extrañeza cuando no se les mide el pulso o la limitada adherencia que pueden tener a tratamientos que no perciben como individualizados y tienen fármacos y no alimentos como base (Svoboda, 2003: 105-122).

Como es obvio, no debería ser necesario señalar que los pacientes (o al menos la inmensa mayoría de ellos), 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 están para la mayoría de los pacientes autóctonos las bases fisiológicas del ser humano que establece la biomedicina. Mi intención, con estas descripciones tan extensas, es tan sólo ayudar a situar algunos posibles comportamientos relacionados con la salud y el manejo de la enfermedad en el conjunto de la cosmología y la visión del cuerpo humano en la que encuentran su explicación. Y, por esto, creo que sería muy importante que los profesionales sanitarios conocieran, no tanto el contenido concreto de estas creencias –algo que obviamente se escapa a sus posibilidades y competencias– 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, que son enormemente diversas y encuentran más diversidad aun en su expresión individual, y ser consciente de la relevancia que pueden tener, les permitiría explorarlas con naturalidad, prudencia y respeto, conocer hasta qué punto son o no compatibles con su práctica clínica y en qué medida pueden adaptarse a ella –algo posible en la mayoría de los casos–, lo que redundaría, por una parte, en una mejor atención a sus pacientes y en la reducción del riesgo de abandono de las indicaciones y los tratamientos y, por otra, contribuiría también a reducir la sensación de incertidumbre que acompaña, a menudo, al profesional cuando atiende a personas con tradiciones culturales diferentes a aquellas con las que está familiarizado¹⁴⁰. Al fin y al cabo, las creencias religiosas, las

¹³⁹ En la Tercera Parte de este texto, especialmente en el capítulo 5, el lector encontrará diversas referencias y ejemplos relacionados con la alimentación en contexto migratorio.

¹⁴⁰ De nuevo, para encontrar ejemplos de esto, remito al lector a la Tercera Parte del texto. No repetiré, en sucesivas páginas, esta anotación: el enfoque en este punto es más bien teórico; los ejemplos etnográficos, se sitúan en los tres últimos capítulos de este trabajo.

convicciones ideológicas, los valores que seleccionan nuestra actuación e incluso nuestra percepción, los prejuicios y estereotipos –tantas cosas que escapan a eso que entendemos por construcción 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, y su legitimidad, en nosotros mismos y en nuestro medio y, a partir de ahí, el paso de comprender a otros pueblos es posible y más fácil.

1.7.2. Separación mente-cuerpo

Además de en lo que se refiere a la manera de interpretar el funcionamiento del cuerpo existen también diferencias en cuanto a la consideración de la posible 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, también dentro de la propia Psiquiatría, sigan considerando esto un modo *menos sano* o *menos maduro* de expresar el sufrimiento). Desconocer la existencia de estos hechos podría llevar, 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 sería 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, aunque no lo pretenda en absoluto, 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, algunos de ellos, 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). Cada vez son más, también, las personas que acuden a estos servicios buscando no sólo soluciones que creen 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 explicaciones a sus malestares que no encuentran acomodo en la Medicina occidental que han entendido, hasta ese momento al menos, como propia. 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, e insistiré a menudo en esto a lo largo de las siguientes páginas, de *convertirnos* a ninguna tradición extraña sino, más bien, de respetar más sincera, humilde y profundamente lo mejor de la nuestra.

1.7.3. *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 cabrían multitud de interpretaciones o definiciones de la cualidad de persona y su papel en la sociedad. En uno de estos extremos, 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, dentro de él, muy especialmente, en el familiar), pero no lo tiene o lo tiene en mucha menor medida, aislado de él. La identidad del individuo vendrá fundamentalmente definida, entonces, 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, hacia la que tiende, en general (con matices, con excepciones...) 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, así, 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 fundamentalmente individual, afecta al individuo como tal y, por tanto, es en él en el que deben centrarse los tratamientos¹⁴¹. En algunas culturas, sin embargo, la enfermedad puede situarse no tanto 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, entre miembros de algunas tradiciones culturales que incorporan estas pautas, no sea sólo el paciente el que acuda a la consulta, que permanezca siempre acompañado en ella o durante todo el tiempo que duren los ingresos en el hospital e, incluso, que no sea él quien dialogue con los profesionales sanitarios 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 (o sólo el paciente) el que tome decisiones sobre el manejo de su enfermedad, sino las personas que en su cultura y en su ámbito social (y familiar) tengan tal papel (también, en diferente medida).

El enfoque de la enfermedad y su tratamiento basado en un concepto individualista de la persona que es propio de nuestra biomedicina no serían, entonces, probablemente, los más adecuados cuando se trate de un paciente procedente de una cultura de tendencia más sociocéntrica. Y si entendieran estas cuestiones y pudieran tenerlas presentes, si estuvieran abiertos a esa existencia (aun sin conocer los contenidos, funciones ni significados concretos) los profesionales de nuestro sistema sanitario estarían en

¹⁴¹ Sin excluir, claro está, lo que se entendería como medidas de salud pública.

mejores condiciones para saber dónde y cómo buscar la información, a quién dirigir sus mensajes, con quién establecer la colaboración para que se sigan sus indicaciones y, también, para no interpretar las situaciones en términos exclusivamente de resistencias, cuando no de conflictividad de determinados grupos. En general, insisto, 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 (por voluntad explícita de no prestar atención o por desconocimiento de cómo debe hacerlo), de manera que entiende que su posición es la *normal* y la del otro la extraña, errónea, desviada, peculiar.... 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 sólo en situaciones de diferencia cultural, sino, cada vez más, en contextos en los que el paciente (o su familia) aun 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 el diálogo, sin duda, una actitud 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 españoles¹⁴². En general, entre una parte del 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 frecuentemente la consulta se realizará, de preferencia, en los servicios de urgencias, de los que suele solicitar una solución completa e inmediata al problema. Por otra parte, la pauta general (por supuesto, con enormes variaciones individuales) 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. Teniendo en cuenta esto, podemos comprender, 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: desde esta óptica, un paciente solo en el hospital difícilmente puede curarse, necesita a su familia, a su gente, casi tanto como a los médicos. De acuerdo con esta interpretación, podemos, también, otra vez, *comprender* (lo que no es equivalente a *permitir*) que el número de familiares acompañantes en los servicios sanitarios será tanto 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

¹⁴² Lo haré de nuevo en la Tercera Parte, pero es pertinente ya aquí recomendar al lector la lectura de diversos trabajos de Carmen Méndez, especialmente, para este caso: Méndez, 2009.

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 diversos profesionales sanitarios). 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 profesionales sanitarios (sobre todo, los médicos, y, más aún si son varones, aunque esto último 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 estaría en condiciones de manejar de manera satisfactoria para todos los implicados. El paciente y su familia, por su parte, pueden tender 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 puede extender la desconfianza hacia las indicaciones terapéuticas. En cualquier caso, la atención sanitaria se complica y, en ocasiones, puede acabar no siendo la más adecuada, desde el punto de vista de ninguno de los actores ni, tampoco, en cuanto al resto de los usuarios. Si los profesionales conocieran 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 deben dirigirse para evitar un conflicto y transmitir adecuadamente sus mensajes –igual, en realidad, que lo hacen con el resto de usuarios autóctonos, aunque no sean conscientes de ello–, la relación sería mejor y la calidad de la respuesta, desde el punto de vista humano y biológico, se incrementaría. Y, también, y no puede dejar de señalarse, este conocimiento les 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 (y tampoco siempre) que en algunos aspectos materiales.

1.7.4. 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 de variables como el género y la edad, de modo que los comportamientos considerados adecuados de acuerdo con estos criterios, los papeles que se le atribuyen y las responsabilidades que se les asignan pueden variar considerablemente de unas culturas a otras. Volviendo al 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), por su parte, establece, en su etnografía de población senegambiana en Cataluña, la importancia de los grupos de edad y su papel en la estructura social y en los comportamientos cotidianos, 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)

Como cabría esperar, 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, a los profesionales sanitarios que sean mujeres y/o jóvenes puede costarles más afianzar 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 profesional varón, a que la vea desnuda a solas o a que ésta dialogue directamente con él. Si el niño es considerado ya adulto, aunque no lo sea aquí ni en términos legales ni sociales, puede acudir solo al médico, negarse a ir al pediatra o asumirse como normal que una chica esté embarazada. Se trata, de nuevo, y veremos ejemplos concretos en los capítulos 5 y 6, de cuestiones en las que existe una enorme variabilidad en cuanto a su implantación (entre grupos, entre sectores sociales de los mismos, en función del nivel de aculturación o asimilación, por elecciones individuales....) y, también, respecto a los que habitualmente cabe la negociación pero que, en cualquier caso, 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. Pero vuelvo a insistir una vez más (y lo cierto es que no será la última): no se trata de pedirles a nuestros profesionales que se conviertan en etnógrafos especializados en cada una de las poblaciones a las que atienden y que dispongan de formación extensa en teoría antropológica –resultaría absurdo pretenderlo, casi, de hecho, parecería innecesario escribirlo, aunque no lo sea–, pero lo que sí se le puede pedir a cualquier profesional que trabaje en este ámbito es que sepan y acepten que esta diversidad cultural existe, que es legítima, que no desaparecerá aunque se ignore y que, conociendo su existencia y sus implicaciones, mejorará la manera en la que realiza su trabajo, en muchos sentidos.

1.8. Concepciones en torno al tiempo y el 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 la valoración errónea de 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 (Achotegui, 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 no es lo mismo que *aceptar* ni *acatar*...) 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 atención 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 –de

manera clara e inequívoca pero sin prepotencia— 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.

1.9. Conceptos en torno a la salud y la enfermedad. Itinerarios terapéuticos

Como ya he explicado, las concepciones que se manejan en diversas tradiciones culturales pueden ser muy diferentes en cuanto a qué tipo de circunstancias o situaciones se conceptualizan como enfermedad y con qué posibles causas y, por tanto, cuáles y cuándo deben recibir un tratamiento especializado, sea éste del tipo que sea. Describiré, a continuación, de manera muy sintética, el posible itinerario que una persona podría seguir desde que interpreta que le ocurre algo que se sale de la normalidad hasta que busca (o no) ayuda para resolverlo. Dos puntualizaciones sobre esto: la primera, es que partiré del momento en que se percibe que existe un problema aunque —como ya hemos visto al hablar de la conceptualización de la persona— las pautas y conductas relacionadas con la salud no aparecen sólo cuando se interpreta que ésta se quiebra sino mucho antes —también, por cierto, en la tradición biomédica—, con toda una serie de prescripciones, culturalmente pautadas, orientadas a preservar el funcionamiento del cuerpo y el equilibrio individual y social. La segunda, es que el hilo conductor que seguiré no pretende, en absoluto, constituirse en un esquema o árbol de conducta (al estilo de los protocolos asistenciales propios de la biomedicina, por ejemplo), puesto que los itinerarios concretos y los sistemas médicos elegidos en cada momento, dependerán de cuestiones muy variadas que no cabe abordar aquí. Se trata tan sólo de un resumen genérico, que puede ayudarnos a poner sobre la mesa cuestiones que intervienen en las conductas de las personas en relación con su salud y que se trasladarán, con toda probabilidad, a los servicios sanitarios.

De acuerdo con esto, se comprende que los procesos de búsqueda de ayuda especializada en salud (*help-seeking process*, en la bibliografía internacional) pasen necesariamente por una 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, en algún momento y en alguna medida, conceptualizada en términos de salud, es decir, para que se busque ayuda especializada en el terreno sanitario (del tipo que sea, en el sistema de curación que sea), el cuadro tiene que ser interpretado como la manifestación de algún tipo de desequilibrio, disfunción o enfermedad. Si el paciente (o, como ya vimos, quien en su medio social tenga capacidad reconocida para hacerlo) interpreta que lo que le ocurre no es un problema o no lo es en términos médicos (biomédicos o no), no buscará ayuda en este sentido.

Así, por ejemplo, por mucho que ante un determinado conjunto de signos o síntomas la biomedicina disponga de etiquetas diagnósticas y alternativas terapéuticas claras, si el paciente (o a quien corresponda) no lo entiende así, no buscará ayuda en los servicios sanitarios biomédicos y, al revés, acudirá a ellos buscando atención especializada si interpreta que este tipo de profesional de la salud (y la institución en la que ejerce su labor) son quienes pueden solucionar lo que él vive como una enfermedad aun 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, lo veremos con claridad en la Tercera Parte, es el caso de varones procedentes de Paquistán que consultan por poluciones nocturnas. Desde el punto de vista biomédico no existe disfunción alguna y lo considerado verdaderamente extraño es que este hecho genere angustia y llegue a motivar una consulta. El profesional sanitario, para dar una respuesta humana y eficaz debería centrarse, en esta ocasión, no ya en sus conocimientos de fisiología del aparato genital masculino sino en los factores sociales y culturales que pueden estar presentes en esta situación y que son los que influirían en que el cuadro aparezca y que se interprete como clara o potencialmente patológico y, por tanto, conduzca a una consulta. Factores sociales y culturales que se entremezclan en la situación de unos varones, generalmente jóvenes, que pueden estar solteros o tener a sus parejas en su país de origen y que muchas veces (no siempre) viven en una situación de aislamiento respecto a la sociedad mayoritaria (de ambos sexos) y marcada soledad y carencias afectivas y sexuales. Que pueden (o no) 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 prostitutas¹⁴³. En estas circunstancias, el profesional podría comprender la presencia de poluciones nocturnas pero le quedaría aún un factor más para entender por qué angustian a su paciente y motivan la consulta. Tendría, primero, que saber que las tradiciones culturales marcan pautas para interpretar las relaciones humanas y el funcionamiento del cuerpo y, después, debería conocer la interpretación que algunos de estos hombres hacen del semen y de las consecuencias de su pérdida, sabiendo 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 de la fuerza y del ánimo, a sensación de fatiga, de malestar general y temor (o convicción) de que acabará apareciendo alguna enfermedad

¹⁴³ 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), para el caso de hombres sengambiandos:

“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)

sería. Sólo conociendo todas estas cuestiones o, al menos, sabiendo que pueden darse este tipo interpretaciones, los profesionales podrían entender realmente qué es lo que le ocurre a sus pacientes, por qué la consulta, aun cuando parezca inmotivada, puede tener razones enraizadas en las circunstancias culturales y vitales de estas personas y tiene también consecuencias físicas y psicológicas ante las que su obligación ética y profesional es prestar atención, aunque, desgraciadamente, no siempre disponga de todos los recursos necesarios para hacerlo.

Otro ejemplo más. De acuerdo con los parámetros de la Psiquiatría occidental, los delirios son categorizados como un síntoma asociado a diversos tipos de patología psíquica. Sin embargo, en otras tradiciones culturales las personas pueden utilizar una forma de narrativa peculiar para contar determinados acontecimientos vitales, en la 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... Es decir, aunque, a ojos de un profesional de la biomedicina lo parezcan, pueden no ser delirios... Y, también, aun cuando fuera considerado como un hecho anómalo dentro de la cultura de origen, no necesariamente se conceptualizaría como una enfermedad en el sentido negativo que se le da en biomedicina: puede interpretarse, por ejemplo, en términos de contactos con el mundo de los antepasados o como la expresión de capacidades espirituales avanzadas. Algo que, por otra parte, a menudo otorga a estas personas una salida digna, integrada en su sistema social y cultural, y no disruptiva ni necesariamente estigmatizada.

La consideración de un cuadro como correspondiente o no a una enfermedad puede cambiar también, en 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 podría ser 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 modo¹⁴⁴:

“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

¹⁴⁴ 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, que recomiendo al lector.

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 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 [Sontang, 1978], si bien los síntomas y los 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. Aquí 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)

De manera coherente con lo anterior, podemos entender que las tipologías que se establezcan para las enfermedades variarán según las diferentes tradiciones culturales. Así, por ejemplo, los ndowé, distinguen dos tipos de enfermedades, cada una de ellas causada por fuerzas distintas: 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 los 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)

Lógicamente, ante cualquier estado sospechoso de constituir una enfermedad, entrarán en juego todas estas cuestiones y tratará de hacerse, de alguna manera, un intento de atribución causal, en la que influirán cuestiones muy variadas. Así, por ejemplo, la Medicina Tradicional China explica la aparición de la patología, fundamentalmente, como una alteración en el equilibrio de los elementos que constituyen el organismo provocada por distintas causas, que también son objeto de conceptualización:

“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-qì (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 (Qì, 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 Zhengqì y Xieqì 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 el 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

compleción del paciente, tomará el pulso y de este modo determinará si se trata de una enfermedad yin o yang’.” (Lafuente et al., 2006: 83)

El conjunto de síntomas y la atribución causal, orientarán 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, algunos pacientes de esta tradición cultural muestren reticencias a tomar una medicación que, de acuerdo con su conceptualización de las sustancias y de su propio cuerpo, considerarían incoherente y, quizá, incluso, contraproducente: probablemente serán reacios a tomar un medicamento que consideren caliente si atribuyen su enfermedad a un exceso de yin y, a la inversa, evitarán fármacos que definan como fríos si creen tener un exceso de yang. De la misma manera, excluirá de su dieta ciertos alimentos e incorporará otros, de acuerdo con el mismo razonamiento, y para ese momento concreto.

En la tradición ayurvédica, por su parte, la patología 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, aquella 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 antagonicos. 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, aun 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 adorarlo 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 comió el primer pecado mordiendo y comiendo la fruta prohibida que le dio la serpiente. Adama mordió la fruta pero no 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 influirá, entonces, con 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 verá influenciado y las respuestas que buscará para solucionar estos problemas pueden estar muy probablemente (más o menos) centradas en el ámbito religioso o espiritual, lo que no excluye, ni mucho menos, que se realicen otro tipo de prácticas orientadas a la curación de lo que desde la biomedicina llamaríamos síntomas. Nada, tampoco, que pueda resultarnos extraño si pensamos en la práctica religiosa cristiana de multitud de pacientes autóctonos que acuden cada día a las consultas. Y las soluciones serán diferentes también si son conductas antisociales o inapropiadas las que se estima que conducen a la enfermedad: bien actuando directamente sobre el cuerpo, favoreciendo la actuación de espíritus o la acción divina. Y, aunque lo parezca, nada radicalmente diferente de nuestro propio catálogo de *enfermedades malditas*, que ha ido modificándose a lo largo del tiempo: la lepra se entendía como castigo por transgresiones sexuales, el incesto especialmente; la tuberculosis se asoció con la vida *bohemia*; el SIDA, como la consecuencia de comportamientos sexuales desviados y promiscuos, etc.

En lo que se refiere a las actuaciones terapéuticas, las opciones serán también variadas y coherentes con las conceptualizaciones previas en cuanto al cuerpo, la mente, el tipo y el origen de los síntomas. Dicho de una manera probablemente resumida en exceso: una persona puede interpretar que una enfermedad, aun 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 (o también se requiere) un profesional, recurriendo, entonces, 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 (no necesariamente de manera excluyente ni exclusiva). Esta decisión se tomará atendiendo a diversas razones¹⁴⁵. Veamos algunos ejemplos.

La primera consideración es que, en contra de la idea muy extendida entre profesionales sanitarios occidentales, el recurso a prácticas curativas diferentes a la biomedicina puede darse (se da, de hecho) aunque exista la posibilidad de acudir a ésta. Los ndowé (Fons, 2004), por ejemplo, tanto en su medio de origen (especialmente en las ciudades y, en menor medida, en el ámbito rural) como en destino, tienen la posibilidad de acceder a los cuidados procedentes de la biomedicina, pero el hecho de que acudan o no a ella dependerá, en buena parte, de la valoración que se haga del cuadro y si se interpreta que el resultado puede ser mejor utilizando uno u otro sistema. Existe, como entre otros muchos grupos humanos (incluida la población autóctona mayoritaria), la posibilidad de combinación de más de un código interpretativo:

“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. (...)

¹⁴⁵ Vuelvo a insistir aquí en que no estableceré una tipología de itinerarios terapéuticos. No lo pretendo, sería imposible en estas pocas páginas y no está, tampoco, entre los objetivos de este trabajo. Sólo presentaré ejemplos que creo que pueden servir para ilustrar diferentes situaciones que se ven cada día en los servicios de la biomedicina y que puede ser muy relevante que sus profesionales tengan presentes.

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 de compatibilización de prácticas y selección diferenciada de opciones: aunque las mujeres ndowé utilicen el hospital para dar a luz (en destino y, cuando es posible, en origen) buscando una mayor protección en el momento del parto por si se presentan problemas, 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)

Y, en contexto migratorio, aunque algunas prácticas concretas puedan cambiar no necesariamente lo hacen las conceptualizaciones que hay detrás:

“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 *iatuaka*, 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)

Cuando la enfermedad es interpretada en términos no biomédicos, lo más probable es que el paciente trate de consultar a algún tipo de especialista a quien se atribuya la capacidad para actuar sobre el problema. En el caso de los terapeutas tradicionales suele tratarse de individuos de reconocido prestigio y papel destacado dentro de la comunidad, que pueden ejercer su labor por distintos medios: fundamentalmente mediante su capacidad para interaccionar con los diferentes espíritus (visibles e invisibles) y/o un amplio conocimiento (y capacidad de actuación) sobre el medio natural que le rodea y las leyes y fuerzas que lo gobiernan. 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 ciertos conflictos sociales. Sus habilidades y conocimientos en cada uno de los ámbitos, y también las capacidades individuales (innatas o adquiridas) que se le atribuyan, 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, aun 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 muy especialmente de indagar en las causas que conducen a la disfunción que padece el paciente y de actuar directamente sobre ellas y no tanto, aunque también lo haga, por supuesto, sobre sus síntomas. El tratamiento incluirá, muy habitualmente, algún tipo de acción protectora ante la posibilidad de nuevas actuaciones de aquello que ha llevado a la situación de enfermedad. 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 de estos es la manera en que los terapeutas tradicionales ndowé tratan una enfermedad que valoran que ha estado provocada por brujería:

“Así, por ejemplo, hay quien mata por *ekong* con métodos invisibles a los ojos ordinarios. *Ekong* hace referencia al poder (magia negra) 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 *doblo* 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 y merece la pena fijarse en el sincretismo que muestran las prácticas:

“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 algunas actuaciones de 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 en términos estrictamente individuales sino que, frecuentemente, abarca la consideración (y la actuación sobre) el sistema social al que el individuo pertenece. Veámoslo:

“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 que, en ocasiones, también desempeñan los especialistas sanitarios, mostrándonos, una vez más hasta qué punto la salud y la enfermedad no pueden desligarse del sistema social y cultural concreto en el que son interpretadas:

“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 manera que será necesario buscar opciones alternativas dependiendo de la causa de la enfermedad, su gravedad y las condiciones y posibilidades individuales, incluido el grado de aculturación (propio y del entorno más inmediato). Así, entre las posibles opciones estarán: 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. 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 a menudo 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, sobre todo, las claras dificultades para encajar el medio real en el que se realiza el tratamiento en destino 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)

Y si nos situamos ahora en el contexto de compatibilización de prácticas del que ya he venido hablando¹⁴⁶, no puede dejar de mencionarse el hecho de que esta compatibilidad no supone compartimentos interpretativos estancos; los modelos explicativos coexisten y se entrelazan, influenciando la interpretación que se hace de los distintos tipos de prácticas que se llevan a cabo: así, por ejemplo, sabemos ya que es habitual que el terapeuta tradicional se interese por la historia vital del paciente, por su familia, su medio social y por sus comportamientos cotidianos (de hecho, es frecuente que los conozca de antemano si pertenecen a la misma zona), algo que no suele hacerse –al menos con la misma profundidad ni en los mismos términos– en la consulta biomédica (salvo, quizá, y tampoco de la misma manera, en el ámbito de la salud mental), de forma que esto podría ser interpretado por el paciente como una falta de interés del profesional por su persona y sus circunstancias de vida o, también, incluso, como una falta de competencia. El terapeuta tradicional (aun cuando sus modos de actuación son, como ya he dicho, variados) suele ofrecer al paciente (o a quien corresponda, en su medio social) una detallada explicación causal de la enfermedad en términos de sus propias conceptualizaciones, 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, aun cuando se proporcione, es posible que no se haga en términos comprensibles, aunque, insisto, tampoco siempre. 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 manera prolongada, de tal forma que para el paciente que acude a la biomedicina puede resultar difícil de entender tener que tomar fármacos durante semanas, meses o incluso durante toda su vida; fármacos que, además, presentan efectos secundarios que no siempre puede relacionar ni con la causa ni con los síntomas concretos que le atribuye a la enfermedad, de tal manera que puede fácilmente darse una interpretación en términos de fracaso del tratamiento, como mínimo. Volveré sobre esto un poco más abajo.

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, aun no siendo en absoluto sencillo, iría, seguro, en beneficio del paciente.

Tampoco puede perderse de vista que, en ocasiones, aunque no sea lo más frecuente, el motivo para acudir a un terapeuta tradicional o similar vendrá determinado no tanto (o no sólo) 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 (aunque tampoco siempre sea así).

¹⁴⁶ 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).

Y en este punto parece imprescindible una aclaración: el proceso de atribución causal y búsqueda de tratamiento incluye obviamente, en origen y en destino, la posibilidad (frecuentísima) de 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 occidental¹⁴⁷. 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, sexo o edad del profesional y, también, en función de las expectativas que este centro y sus profesionales generan (en general y para cada enfermedad en particular), la información recibida de familiares o allegados o la rumorología en este sentido, entre las muchas variables posibles. 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 de 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 aun cuando no hayan sido exitosas, influirán 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, percepción de que la cercanía y la comunicación con los profesionales son mejores, mayor tiempo dedicado a cada consulta, conocimiento prolongado en el tiempo del médico por parte de la familia, y también, la sensación de tener más derecho –porque se paga– a exigir exploraciones, pruebas, tratamientos o, simplemente, tiempo de escucha. Puede ocurrir incluso, que algunos 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 se percibe, por parte del paciente, que no establecen las diferencias entre ellos que éste consideraría correctas.

Ahora bien, como ya anuncié más arriba, es necesario volver a insistir en que, incluso cuando el paciente acuda a la biomedicina, esto no significa que renuncie a realizar

¹⁴⁷ Que insista reiteradamente en la existencia de otro tipo de explicaciones no biomédicas no pretende en absoluto negar, ni siquiera minimizar, el papel que ésta tiene en cuanto a los cuidados de salud de las poblaciones, aquí y allá, sino poner sobre la mesa una realidad que puede no ser adecuadamente conocida por los profesionales y que es imprescindible tener presente cuando se estudia la atención a la salud en contextos de diversidad cultural y desigualdad social, si pretende hacerse de la manera holista que considero imprescindible para una adecuada comprensión.

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 biomédico y viceversa. El hecho de que la enfermedad no se conceptualice en términos biomédicos (o no sólo) no implica que no se reconozca que sus síntomas pueden afectar física o psicológicamente a la persona, a su cuerpo y a su mente, que exista, por tanto una explicación biomédica y que ésta se reconozca, en diferentes niveles. Así, las distintas explicaciones no sólo no necesariamente serán incompatibles sino que pueden perfectamente coexistir y los tratamientos no tienen por qué confundirse ni ser excluyentes entre sí. Por seguir con el ejemplo que nos brinda el trabajo de Fons (2004):

“[Los ndowé] Aun 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, aun 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 azande¹⁴⁸.” (Fons, 2004: 62)

¹⁴⁸ Se refiere a la relación entre la brujería y la enfermedad (y, en realidad, casi cualquier otro tipo de desgracia) que describe Evans-Pritchard (1997 [1937]) en su etnografía de los azande. No puedo detenerme aquí, pero este de la búsqueda de las causas es un debate antiguo en Antropología de la Salud. Recomendando al lector, si desea profundizar en él, la lectura del texto de Evans-Pritchard (1997 [1937]) y la réplica de Taussig (1995). Dos citas, de ambos, para dejar planteada la cuestión:

“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)

“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

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)

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 no 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, sobre el significado social de su mal-estar.” (Taussig, 1995: 112-113)

“[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)

Kaplan (1998) trata también un aspecto interesante de 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, y también lo he mencionado ya, la aculturación en materia de conocimientos y actitudes en torno a la salud que ocurre tras el proceso migratorio y que se da en función de diversos factores. Este hecho de la aculturación o el cambio de valores y representaciones 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)

En definitiva, las interpretaciones se compatibilizan y se adaptan 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)

Finalmente, tampoco puede olvidarse que las explicaciones en términos que desde nuestra cultura pueden calificarse como 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 y con prácticas religiosas y mágicas de muy diversa índole. De la misma manera, que un profesional sanitario puede confiar absolutamente en su disciplina y no por ello dejar de rezar a un Dios que le ayude o, también, de aplicar algún remedio casero. 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 aun cuando la cultura compartida sea la misma y también cuando no lo es tanto como pueda parecer. La población a la que se ha atendido no ha sido homogénea nunca, siempre ha existido cierta distancia entre los profesionales sanitarios 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, y tampoco sería este el único ejemplo posible) 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 con cierta frecuencia se suele decir que, con su diferencia cultural, complica su propia asistencia y la del resto de los usuarios y carece de la formación necesaria para comprender cómo funcionan el cuerpo y el sistema sanitario. Afortunadamente, lo veremos en la Tercera Parte de este texto, 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 y las 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.

1.10. Fundamentos y estructura del sistema sanitario

1.10.1. Estructura y organización burocrática general

Hemos visto hasta aquí cuestiones relacionadas con variables sociodemográficas y culturales de las poblaciones atendidas en el sistema sanitario público, que tendrán una influencia en el modo en el que éste se utiliza. Sin embargo, he hablado poco, hasta el momento, de cuáles son los fundamentos de este sistema, algo que necesariamente tendrá también un papel central que necesitamos analizar para comprender

adecuadamente los fenómenos. Lo haré ahora, aunque con más brevedad de la que, probablemente, el tema requeriría.

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 (sólo muy recientemente comienza a tenerse en cuenta cierta perspectiva de género), de nivel socioeconómico medio, del que no se espera (idealmente) que presente dificultades económicas graves que 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 los profesionales y suficientes posibilidades intelectuales, económicas y legales para seguirlos. Y se trata, por supuesto (y de nuevo, idealmente), de un usuario con el que se supone que no existen dificultades significativas de comunicación, puesto que además de utilizar el mismo idioma que el personal sanitario, comparte, básicamente, sus códigos culturales, se identifica con el sistema y lo siente como propio, en su estructura y fundamentos.

La biomedicina en nuestro medio mantiene una estructura estática, a menudo poco flexible en cuanto a los estándares de funcionamiento y suele encontrar 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 ha sacado a la luz e incrementado fenómenos que, en realidad, siempre habían estado ahí. Ya lo he dicho antes: 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 (aunque existan profesionales que sí lo hagan, como veremos en la Tercera Parte) y tampoco 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 aunque, como también veremos, se hagan esfuerzos por facilitarlos.

Ya he comentado, también, 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.

“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 (se trataba, en el momento de realizar la investigación que describiré en la Tercera Parte) 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 y que todo ello debería ser reconocido por las administraciones, que deberían actuar en consecuencia.

Gestores, profesionales sanitarios y usuarios tendrían que asumir que el sistema no debe confundir diferencia con desigualdad: debería atender con equidad las necesidades de toda la población usuaria sin que esto signifique que tenga (que pueda) tratar a todos de la misma forma porque las personas, sus condiciones y sus dificultades son distintas, sean o no inmigrantes. Existe, podría decirse, una cierta falta de conciencia de que la sociedad en que vivimos es pluricultural 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: el reto está en respetar la primera (en el contexto de los derechos de todos) y luchar contra la segunda.

Por otra parte, el sistema sanitario español y catalán corresponde (o trata de hacerlo, aunque parecería que cada vez menos) a los parámetros de un Estado de bienestar, pero se encuentra limitado para responder a ellos 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 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 resolutoria de la misma, buscándose mayores estándares de bienestar. En el documento que ya mencionado del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2007) para conocer las visiones y valoraciones de profesionales, gestores y usuarios sobre el sistema sanitario catalán, que citaré de nuevo 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, 2007: 38)

Los profesionales y especialistas sobre el tema señalan aún la existencia de tres factores más: los déficits en la gestión y planificación del sistema (algo que trataré un poco más adelante), 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 que se entienden a menudo como 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, 2007) 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, 2007: 30)

“[Los usuarios] No consideren que estiguin construït (traduït/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 redefeixen 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, 2007: 48)

“[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 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, 2007: 48)

“[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 hiperfrequentació.” (Departament de Salut, 2007: 48)

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 estén estrictamente 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, 2007: 44)

“[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, 2007: 44)

“[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, 2004: 44)

En cuanto a la inmigración, algunos los profesionales y gestores y parte de la población y sus representantes políticos, 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, 2007: 30)

“[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, 2007: 31)

Algunos 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 surgen a menudo informaciones manipuladas interesadamente (o simplemente simplificadoras) que contribuyen a generar estereotipos y prejuicios hacia estos pacientes, lo que no contribuye 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 a veces se señala, 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, parece lógico plantear que la organización y planificación de la atención debería hacerse de acuerdo con las necesidades de la población en concreto a la que se va atender, 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. Es necesario también plantear la necesidad de realizar una adaptación a la realidad de (todos) los pacientes: a la realidad social (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).

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, existe cada vez más la tendencia a establecer protocolos que guíen la actuación de los profesionales sanitarios. Éstos, por su parte, pueden sentirse así más respaldados en sus actuaciones terapéuticas (desde el punto de vista científico), 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 dictados, a menudo, por profesionales de otras latitudes. Los gestores sanitarios, a su vez, encontrarían una manera de estandarizar ciertas actuaciones, aumentando la *productividad*, la eficacia (o al menos un cierto concepto de eficacia) y reduciendo gastos. La contrapartida a esto podría ser, como parece evidente, una rigidez en los patrones de atención que, aunque afecta a todos los usuarios, haría recaer sus peores consecuencias sobre aquellos pacientes que no correspondan a ese *usuario-tipo* que describía 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 le 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 distintos a los usuales, su atención *protocolizada* resultará compleja.

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 (2007) y como veremos en el capítulo 6, a menudo ambivalente y variada:

“[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, 2007: 44)

“[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, 2007: 46)

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 experimentando modificaciones importantes: como 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, con una frecuencia impensable hace no mucho, 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, 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 de los profesionales 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. En el caso de ciertos inmigrantes (pero no sólo), 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– puede facilitar 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 y aunque, por supuesto, intervendrían otros factores, 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, y éste es otro de los aspectos de la asistencia que ha cambiado considerablemente en los últimos tiempos.

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, y/o 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 disfrutaban compañeros que realizan un trabajo, en ocasiones, muy similar o incluso idéntico; la acumulación de horas de guardias sin disponer siempre de los descansos adecuados; las posibilidades limitadas de promoción profesional a medio plazo (la oferta tanto de interinajes como de plazas de estatus funcional es escasa y en ocasiones está sujeta a coyunturas políticas ajenas, al mismo tiempo, al control y a la capacidad profesional e intelectual de los afectados); la 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 parecen ser minoritarias en las últimas generaciones de profesionales que se han incorporado al trabajo en nuestro sistema sanitario, persistiría en el imaginario colectivo la imagen del médico de posición alta, sueldo elevado y gran autoridad, 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, 2007: 31)

“[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, 2007: 31)

“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, 2007: 47-48)

Finalmente, se constata también otro hecho que puede verse ya en las citas anteriores: la posible lejanía entre los profesionales de la salud de asistencia directa y los gestores (de diferentes niveles) del sistema sanitario. En la historia reciente de nuestro sistema sanitario la profesionalidad de los gestores está siendo objeto de un debate interesante, aunque no pueda detenerme en él en este momento. 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 creciente) y, por otro, y parecería que con más frecuencia, profesionales de la Medicina que (aunque tampoco siempre) han realizado algún tipo de formación (también de oferta creciente) en gestión de empresas o servicios sanitarios. En cualquier caso, se trata habitualmente de itinerarios formativos que no están estandarizados de manera estricta en cuanto a los contenidos (como sí ocurre, por ejemplo, en los currícula de los profesionales sanitarios) y que aparecen como enormemente sujetos, como cabría esperar, por otra parte, a la ideología de las entidades formativas.

Los criterios de selección son otro de los puntos del debate: los profesionales sanitarios, de cualquier tipo, se quejan con frecuencia de la excesiva injerencia de los *políticos* ya no sólo en el establecimiento del cuadro de prestaciones y las condiciones de acceso sino en la propia gestión de los centros. Y perciben que los gestores (de nivel medio y alto) 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. Y esto implica el riesgo de que se vean en la necesidad de mantener obligaciones o lealtades que se orientarán más bien a los intereses de quienes les han nombrado que a los de los profesionales o pacientes (lo que no implica que el conflicto se dé siempre ni sea visto desde la misma óptica por parte de todos los implicados). 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 quantitius 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 adúltera el funcionament dels serveis.” (Departament de Salut, 2007: 29)

“[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, 2007: 29)

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 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, 2007: 31)

“[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, 2007: 48)

“[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 mediatra, 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, 2007: 48)

“[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, 2007: 44-45)

No es sencillo que los usuarios se hagan cargo de que las condiciones en las que muchas veces tiene lugar la asistencia dependen sólo 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 sería, a menudo, limitada.

1.10.2. Planificación y organización de la atención a población inmigrante

Como vamos viendo, 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 y que llevan ya mucho tiempo formando parte del debate.

“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 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 he dicho, no se dispone de cifras exactas del número total de inmigrantes (en situación de estancia regularizada y no regularizada), 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 podría no resultar 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 que potencialmente puede solicitar ser atendida no se debe en exclusiva a la presencia de inmigrantes no regularizados (y no empadronados¹⁴⁹). 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 mostraba 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

¹⁴⁹ Cabe recordar aquí que, en el momento de realizar la investigación de campo, el empadronamiento era un requisito que permitía a los inmigrantes en situación irregular acceder a la TSI.

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)

Aun cuando no se conozca en qué medida esta situación es extrapolable a otros centros, sí merece la pena tener presente que quizá sería necesaria una revisión y actualización de los métodos de asignación de población de referencia para los hospitales o de cupos para los centros de primaria y los presupuestos en ambos casos, para garantizar la calidad de la atención.

La situación puede complicarse, además, porque no sólo se desconozca su número sino muchas veces también (y ya lo he dicho con anterioridad) 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 sexo pueden ser muy diferentes entre los distintos colectivos de inmigrantes y, también, en función del tiempo de estancia. Así, por ejemplo, en Cataluña, veremos que es frecuente que la inmigración de origen paquistaní 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). Y veremos también como 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 en 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)

También es necesario tener en cuenta que el flujo migratorio es continuo e impredecible (suele afirmarse, a veces, que es, 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 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, relativamente predecible, si se atiende por ejemplo a las solicitudes de reagrupación familiar.

Sería necesario, por tanto, que cada Área Básica de Salud dispusiera de datos lo más fiables posible de la población a la que le correspondería 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 interdisciplinarios constituidos por profesionales con la formación adecuada para atender a la amplia gama de aspectos que entran en juego.

Si continuamos con el análisis, sabemos que una vez obtenido el reconocimiento al derecho 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 sería, en el momento de realizar esta investigación, como sigue: en primer lugar, debe conocer cuáles son sus derechos a nivel de asistencia médica y si los cumple o no. En caso de que sea así, debe 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 donde 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). También sabemos que, 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, 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.

Expuesto así, el proceso en su conjunto parece una carrera de obstáculos, sobre todo si se tiene en cuenta que parte de los inmigrantes pueden no dominar el o los idiomas locales 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, 2007: 22)

“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 pertocuen 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, 2007: 22, las cursivas son suyas)

Los propios profesionales destacarían esta complejidad, a la que añadirían en ocasiones 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, 2007: 29)

“[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, 2007: 30)

En lo que a la población inmigrante se refiere, en algunos casos, los sistemas sanitarios de sus países de origen (aun correspondiendo a la biomedicina) pueden tener funcionamientos muy diferentes. Puede ocurrir también que la comparación se establezca con la atención mucho más desburocratizada que ofrecen algunas ONGs, en origen y en destino.

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 parte de la población inmigrante (aunque no sólo a ellos, insisto) a los servicios de salud. Así, pueden resultar más fáciles de comprender situaciones ampliamente descritas en la bibliografía y por los propios profesionales de asistencia directa (lo veremos, en la Tercera Parte) relativas a la tendencia a diferir en lo posible el momento de acudir a los servicios sanitarios y que, al hacerlo, elijan de preferencia los servicios de urgencias, más conocidos y donde la asistencia es inmediata e *in situ* en todas sus fases. Como ya he 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 sanitarios¹⁵⁰.

Se hace necesario, por tanto, realizar actividades de información de la población usuaria inmigrante respecto al modo y criterios de funcionamiento de los servicios: cuáles son sus derechos, cuándo y cómo acudir, dónde hacerlo en cada momento, qué tipo de atención es esperable y justificable en cada uno de los servicios, etc.¹⁵¹ Y, al mismo tiempo, educar a todo el conjunto de la población respecto al derecho que a todos les asiste¹⁵² a una atención sanitaria de calidad, pero también en el uso responsable de los recursos.

¹⁵⁰ Cabe señalar, con respecto a esto, que estudios referidos a los motivos de consulta en urgencias señalan que hasta un 37% del número total de pacientes 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 2001. En este contexto, se ha relatado que los pacientes no 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 objetivos^{4,5}, 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)

¹⁵¹ 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. En el momento del trabajo de campo que describiré en la Tercera Parte, destacaba, en el ámbito catalán, la publicación *El sistema sanitario: Fuente de salud. Cuaderno sobre el sistema sanitario para inmigrantes extranjeros* (Diputació de Barcelona, 1997) o la *Guia d’acollida a població immigrant* (Generalitat de Catalunya, 2007), colgada en la web y disponible en varios idiomas (y que va actualizándose, aunque aquí cite la versión correspondiente al marco temporal de este trabajo). Los ayuntamientos suelen disponer también de guías similares.

¹⁵² No puedo resistirme a mencionarlo: desgraciadamente, si nos situamos en el año 2015, en el momento de presentación de esta tesis, este verbo, habría que escribirlo en pasado. Lamentable e indignante.

Y una vez en la consulta, tampoco siempre será fácil, por varios motivos, casi todos mencionados ya, de forma que aquí sólo los enumeraré. El profesional puede encontrar dificultades para atender a algunos de sus pacientes debido a dificultades en la comunicación, 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 la 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 profesionales que no siempre cuentan con la formación e información adecuada, ni desde el punto de vista clínico (pueden no conocer 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, aunque no siempre se den. Al hacer más lenta la marcha de la consulta, si no se ha tenido en cuenta en la planificación del horario, éste puede sufrir retrasos. El profesional puede estar prevenido contra esto y por necesidad de ver a todos los pacientes, por evitar conflictos con el resto de los usuarios o con sus superiores, entre otros posibles motivos, puede –consciente o inconscientemente– llegar a atenderles peor de lo que sería deseable. 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 quizá 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, responsabilizarse de ofrecer a cada paciente concreto la atención que cree que requiere dedicándole el tiempo que estima necesario, con lo que es posible que acabe prolongando la jornada laboral o, también, 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 a menudo complicada, el equilibrio entre necesidades y posibilidades de atención puede ser 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 ésta tenga implican un incremento en la carga asistencial que no recae por igual en todos los centros, en la medida en que, como ya he explicado, parte de la población inmigrante suele concentrarse en determinadas áreas de las ciudades¹⁵³. Estos centros atenderán a un tipo de población –tanto inmigrante como, en ocasiones, la autóctona más pobre y/o marginal– con necesidades peculiares, de modo que difícilmente pueden regirse por los

¹⁵³ 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.

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, permitiría 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.

Y, en relación precisamente con esto último, cabe añadir, antes de finalizar este apartado, un apunte más, relativo a la existencia de redes paralelas de atención más o menos específica para población inmigrante.

En los últimos años se había ido produciendo una progresiva incorporación de los inmigrantes a la red asistencial pública¹⁵⁴, de modo que los dispositivos alternativos que se encargaban de su asistencia (regidos sobre todo por ONGs y entidades religiosas) habían ido derivando a sus pacientes a la red normalizada. En el momento de realizar el trabajo de campo para esta tesis, dadas las características de la legislación relacionada con la asistencia sanitaria a población extranjera, que puede consultarse en la Adenda a este capítulo, este tipo de centros tan sólo tenían 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)

En ocasiones, no siempre, de manera paralela a la desaparición de estos equipamientos, se fueron creando en los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas, 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, corren el riesgo, en algunos casos, de convertirse en centros de asistencia paralela para todo tipo de situaciones¹⁵⁵. Es ésta una situación sobre la que sus responsables están alerta en la medida en que resulta 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

¹⁵⁴ Dados los cambios legislativos introducidos en 2012, ya mencionados, tengo, en este punto que utilizar los tiempos verbales en pasado...

¹⁵⁵ 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.

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, 2006: 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 es a considerar que su existencia parece estar justificada de manera indudable tan sólo atendiendo a dos objetivos: ofrecer atención especializada en enfermedades 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, especialmente en el ámbito de la salud mental. Quienes los defienden explican que su existencia estaría justificada tan sólo por criterios de disponibilidad de recursos y especialización del personal y que 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. Retomaré esta cuestión en el Capítulo 6 para hablar de la situación en Cataluña

Finalmente, aclarar ahora, para evitar malentendidos, algo que iré recordando en diversos puntos más de este texto: 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.

2. EL MODELO DE COMPETENCIA CULTURAL: ¿UNA ALTERNATIVA PARA LA ATENCIÓN SANITARIA EN CONTEXTOS INTERCULTURALES?

Como hemos ido viendo, 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 conjunto de la población (que no comparte estas características, se entiende) se vea afectada. Al mismo tiempo, los gestores del sistema sanitario se enfrentan al reto, aunque es más frecuente que se interprete como un problema, de organizar estos servicios de forma que puedan 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 y los niveles de exigencia ciudadana.

La propia OMS en uno de sus documentos sobre salud e inmigración (OMS, 2003) señala la importancia de la adaptación cultural de los servicios como modo de evitar errores diagnósticos y mejorar la accesibilidad, en los siguientes términos:

“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 sensitivity*. 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 dentro del sistema sanitario (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 tomaré 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/ethnic disparities in health*, utilizando sus términos). Aun tratándose de categorías absolutamente interrelacionadas, 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*) y barreras clínicas (*clinical barriers*)¹⁵⁶.

En lo que se refiere a las primeras, 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 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 puede percibirse como 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

¹⁵⁶ Como ya he defendido, el término “barreras” no me parece el más adecuado, por las connotaciones negativas que tiene, pero lo mantendré 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” “variables” o “procesos”, según el caso.

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 a este nivel irían, según esta propuesta, 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 y las cursivas 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 he 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, pero también de otras procedencias. Ahora bien, su incorporación en nuestro medio suele responder a elecciones personales relacionadas con motivos formativos y laborales más que a que desde los gestores del sistema se contemple la competencia cultural como criterio para su contratación. Y su incorporación a los equipos directivos de los centros de salud u hospitales es limitada y, lo es más aun en lo que se refiere a los órganos más altos de gestión.

Por otra parte, destacar, y lo he mencionado ya, 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 pueden 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 de bajo nivel socioeconómico, aun 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, opino, 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, ignorar u 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 he dicho reiteradamente, un buen profesional en una sociedad pluricultural debería tener capacidad para el manejo de la diversidad como parte de su propia profesión y recibir, para estar en condiciones de hacerlo, los apoyos necesarios.

En lo que se refiere a los descendientes de inmigrantes, decir que, en la actualidad y en nuestro medio, salvo para algunos grupos, la inmigración es un fenómeno relativamente reciente y, por tanto, existen todavía pocos descendientes de inmigrantes en edad de acceder al mercado laboral especializado (lo que no significa que no los haya), 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 una oposición previa al acceso a la formación especializada (el MIR), aunque esta sea ya 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 exclusión, pobreza o limitación de las expectativas. En relación con todo esto, cabría señalar que la mejor vía para el acceso de los inmigrantes, de sus descendientes, de miembros de las distintas minorías y de la población en general a las profesiones más cualificadas, como las sanitarias, es ofrecer oportunidades equitativas a todos los ciudadanos en materia de educación y protección social.

En cuanto a las 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 éstos 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 las dificultades y diversidad de criterios para su gestión lo son también. En este contexto, 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 y ejercer sus derechos y, por tanto, acceder a la atención con niveles de calidad equiparables.

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 y cursivas 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 corresponda, 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. En cuanto a la disponibilidad de materiales traducidos y, especialmente, de traductores, intérpretes y mediadores en nuestro medio sanitario, abordaré esta cuestión de manera específica en el Capítulo 6, para poder encuadrarla adecuadamente en el marco temporal y geográfico al que me estoy refiriendo de manera habitual en este texto.

Respecto a las barreras clínicas, Betancourt et al. (2003) defienden que aparecen cuando no se tienen en cuenta los aspectos de la realidad sociocultural 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 y cursivas son suyas)

Muy razonablemente, 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: 298, las cursivas son suyas)

En lo que se refiere a esta formación, Betancourt et al. (2003) explican que su contenido sería variado y se movería 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 aspectos como 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 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 y cursivas 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, volver a señalar que estoy completamente de acuerdo en que, efectivamente, no resulta posible, ni puede pretenderse, que nuestros profesionales sanitarios tengan un conocimiento completo 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 limitada formación de partida de los profesionales sanitarios en temas ajenos a la tradición más biológica de sus especialidades y, también, hay que reconocerlo, la escasez de profesionales de la Antropología verdaderamente especializados en algunos de los colectivos y en esta temática. Pero lo que sí es posible, insisto una vez más, es proporcionar conocimientos sólidos, aunque básicos, 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, de exclusión y discriminación en 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:

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])¹⁵⁷
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 they 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)¹⁵⁸ 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

¹⁵⁷ La bibliografía de este artículo recoge sólo la referencia de APA, 1994.

¹⁵⁸ Sobre esta equiparación entre *etic* y universal podría abrirse todo un debate. No parece el momento, por lo que tan sólo apuntar que, en general, en Antropología –de donde procede el término–, *etic* suele utilizarse para hacer referencia a la perspectiva del etnógrafo, del observador de una cultura ajena. No es una perspectiva universal, por tanto, sino, en realidad, es particular, culturalmente y teóricamente específica.

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.

“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)

“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)

Cabe señalar, brevemente, varias cuestiones respecto a este esquema. En primer lugar, destaca la incorporación al conjunto de habilidades o conocimientos de un aspecto que constituiría, sin duda, un enorme paso adelante en lo que se refiere a los planteamientos de la biomedicina: el de la conciencia por parte del profesional 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.

En segundo lugar, es interesante observar que, en contra de lo que suele suceder en parte de la bibliografía biomédica, como ya hemos ido viendo, se tratan separadamente los factores culturales de los factores socioeconómicos y, tercero, 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 puede no estar adecuadamente 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.

Para terminar, y aunque existen desarrollos y discusiones posteriores a estas fuentes, en los que ya no puedo detenerme, me gustaría incidir en dos cuestiones: la primera, que resulta esperanzador que desde las ciencias del ámbito biomédico (especialmente, como vemos, la Psicología y Psiquiatría Transcultural) se preste atención a este tipo de cuestiones; la segunda, es que dado que todas ellas aparecen, con distintos enfoques, recogidas en la tradición antropológica que se ha interesado por temas relacionados con la inmigración, la identidad, la exclusión social o la salud, entre otros, cabe preguntarse, como ya hice en el Capítulo 1 al hablar de la Epidemiología sociocultural cuál puede estar siendo el papel de la Antropología en el desarrollo e implementación de este tipo de reflexiones y propuestas y en qué podría estar permitiendo que sean otras disciplinas, con bagajes teóricos menos adecuados, las que lideren un abordaje que debería estar en su propia esencia.

ADENDA AL CAPÍTULO 3.LA SALUD COMO DERECHO HUMANO. MARCO NORMATIVO

A continuación, abordaré de manera breve ciertas cuestiones relacionadas con el marco normativo en el que se encuadra la asistencia sanitaria a población inmigrante en España. Para ello, el enfoque será doble. Primero, un pequeño apunte sobre la consideración de la atención a la salud como un derecho humano fundamental repasando los principales tratados y convenios que obligan a los estados a la protección de la salud y, después, una exposición somera de los distintos tipos de normas nacionales e internacionales que regulan la asistencia sanitaria a esta población y su congruencia con el marco internacional de protección de los derechos humanos¹⁵⁹.

1. ALGUNOS CONCEPTOS IMPORTANTES: SALUD, DERECHO A LA SALUD Y EQUIDAD EN SALUD

A lo largo de la historia reciente de la Medicina se han elaborado una gran variedad de definiciones de salud. Sin embargo, la primera definición integral de salud 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 1948¹⁶⁰. 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 más)¹⁶¹

¹⁵⁹ Aunque ya lo he hecho en la Introducción, vuelvo a recordar al lector que carezco de conocimientos de derecho: es más que probable que este análisis, desde el punto de vista de un profesional en esa materia, sea, como mínimo impreciso, cuando no erróneo en alguna de sus partes. En cualquier caso, reitero tanto mis disculpas al posible lector especializado como mi convicción de que, aún con las más que posibles lagunas, se trata de un análisis necesario para encuadrar el tema.

¹⁶⁰ 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.

¹⁶¹ Esta definición figura en un texto sin paginar, en: Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1948) *Constitución de la OMS*. Nueva York, OMS. Indico el número de párrafo en el que aparece la definición.

Se trata de una definición nacida en el contexto inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial y que marca, en cierto modo, un punto de inflexión debido tanto a la consideración de la atención a 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 y señalando las desigualdades en esta materia como una amenaza para el conjunto de la humanidad.

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 Declaraciones, 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 salud necesitan de un marco teórico y normativo en el que basar sus acciones, tampoco parece la definición más precisa 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, es fundamental la elaboración de indicadores para medir la salud –como hemos visto en el Capítulo 1, muchos y de muy diverso tipo: desde la limitación de la actividad y la morbilidad hasta los años de vida perdidos o la mortalidad– que permiten, al menos desde un punto de vista teórico –también lo hemos visto–, una cuantificación menos compleja 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)¹⁶²

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–, que pasa a considerarse un simple “ideal”, 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 mantiene la ambigüedad: evidentemente “la reducción de la mortalidad, morbilidad y

¹⁶² De nuevo, 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. Indico el número de párrafo en el que aparece la definición.

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; el “estado de salud percibido” está lejos de ser una variable cuantificable de manera *objetiva*; la interpretación de qué se entiende por “discapacidad” está sujeta a una enorme variabilidad en función del contexto social, temporal y cultural... Esto debe llevarnos a la reflexión de si tiene un sentido una definición global de salud y, sobre todo, de cuáles serían 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])¹⁶³ y, más recientemente, 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, la exclusión y la marginación social como co-responsables destacados de los déficits en salud. Las causas de la enfermedad serían, entonces, no sólo exclusivamente biológicas sino también socioculturales y, en especial, estructurales, en el sentido de que sería 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 influencia que unos grupos tengan peor salud que otros. Así, por ejemplo:

“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

¹⁶³ Dado que la lectura de la obra de estos dos autores ha sido transversal, las referencias figuran en la Bibliografía referida.

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 y señalando la importancia de los procesos de discriminación (diversa) y racismo. 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)

En lo que se refiere al 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 estos 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, las cursivas son suyas)

De las limitaciones de ambas definiciones he hablado ya, 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 o ambigüedades 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) (Gámez, Galindo, 2002) 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)

A pesar de las dificultades de definición, 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 (OMS, 1978), la *Declaración Mundial de la Salud* y el plan *Salud para Todos en el Siglo XXI*, ambos de 1988 (OMS, 1988a, 1988b), 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, 1966b), que veremos más adelante.

En cualquier caso, y a modo de resumen, podríamos decir que, independientemente de su mayor o menor amplitud y precisión, las diferentes agencias y organismos nacionales e internacionales han tratado de elaborar definiciones que parten de una base común: que 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 exclusión o marginalidad, donde sus derechos básicos se pueden ver conculcados, bien de derecho bien de hecho.

2. LOS DERECHOS HUMANOS COMO MARCO NORMATIVO

La OMS defiende que los derechos humanos constituyen un instrumento útil para analizar los condicionantes y la situación de salud de una determinada comunidad en tanto que aportan un marco teórico bien fundamentado a nivel conceptual y ampliamente reconocido a nivel legal que puede utilizarse en la planificación, desarrollo y evaluación de los sistemas de salud y las políticas sanitarias. (OMS, 2002; 2003).

“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.
- 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)¹⁶⁴

En relación al tema de interés de este trabajo, los derechos humanos ofrecerían –según la OMS, que lo utiliza en sus documentos sobre salud de poblaciones migrantes y vulnerables– un marco teórico que permitiría (nada menos que) 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 a las poblaciones que aquí nos ocupan. La primera cuestión giraría en torno a cuáles son y según qué criterios se definen 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, por ejemplo 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). Existen, además, 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

¹⁶⁴ Las ambigüedades e imprecisión en la elaboración de los conceptos y en su aplicación en cada caso no habrá, de nuevo, pasado desapercibida al lector. No es posible, sin embargo, por razones de extensión de este texto detenerme más en esta cuestión.

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). No obstante, los estados pueden derogar, temporalmente y en determinadas circunstancias, alguno de los derechos humanos reconocidos: el listado de condiciones por las que esto está 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. Parece innecesario poner ejemplos.

Realizaré, 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 y minorías étnicas en el Estado español y en Cataluña¹⁶⁵.

¹⁶⁵ Trataré 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.

2.1. DERECHOS RECONOCIDOS A LA POBLACIÓN GENERAL

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos*¹⁶⁶ (DUDH) (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1948) establece los derechos básicos de las personas y el principio general de que éstos deben aplicarse sin ningún tipo de discriminación¹⁶⁷:

“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 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 evidente: 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 de vista este enunciado general ni tampoco la contradicción que supone que en la propia DUDH u otros documentos se establezcan, después, limitaciones al ejercicio de los derechos que recogen.

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, 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.”

¹⁶⁶ 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.

¹⁶⁷ Cada uno de los artículos que se citen en las páginas siguientes procede de la fuente indicada. Sin embargo, dada la multitud de formatos en los que es posible encontrar cada una de las Declaraciones y Pactos, citaré, literalmente, el contenido del artículo, pero sin hacer mención a las páginas.

Conviene resaltar, en este punto, que el derecho se otorga a “toda persona como miembro de la sociedad” sin que se explicita 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 que, como ocurría con el concepto de salud, qué se entiende por infancia o ancianidad, por ejemplo, puede variar considerablemente en los distintos países, culturas, circunstancias políticas y épocas y en la medida, también, en 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*¹⁶⁸ (PIDESC) (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1966b) es, de 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. Es de destacar que no limita tales acciones al ámbito exclusivamente de los sistemas de asistencia sanitaria 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.*

¹⁶⁸ 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.

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 mortalidad 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, el PIDESC 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. (...)”

“*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 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 migrantes en función de características que pueden considerarse prohibidas como el origen nacional o la legalidad de la estancia en el país.

Y, de nuevo también, se constata la ausencia de definiciones claras sobre, por ejemplo, niño, adolescente, salud mental, vulnerabilidad, marginación, etc., y el uso –cabe suponer que deliberadamente– poco preciso del vocabulario, con expresiones como “un período de tiempo razonable antes y después del parto”, “prestaciones adecuadas”, “alimentación, vestido y vivienda adecuados”, “distancia geográficamente razonable”, 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. Derechos reconocidos a los niños

Tanto los niños como las mujeres durante el embarazo, parto y post-parto disfrutaban 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*¹⁶⁹ (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1989) explicita, en su artículo 1, qué 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)

Sin embargo, la puntualización “salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” implica, en la práctica, una limitación para el ejercicio de los derechos ya que permite a los estados dejar de considerar a una persona

¹⁶⁹ 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, respectivamente.

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 considerados 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 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 encuentren¹⁷⁰:

“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

¹⁷⁰ 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.

especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)¹⁷¹

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 cumplimiento de tales derechos:

“Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible¹⁷² 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.

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 niños¹⁷³.

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)

¹⁷¹ 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”...

¹⁷² Se mantiene, como vemos, la expresión “el más alto nivel posible”, sobre la que ya se han venido señalando sus limitaciones.

¹⁷³ Señalar, y es importante, el riesgo de que no se indiquen cuáles son estas prácticas ni los criterios que se utilizan para definir las.

En lo que se refiere a la migración de menores, las únicas referencias se relacionan con el asilo y la reagrupación familiar, derechos que se reconocen aunque sin explicitar los requisitos para llevarlos a cabo, que se dejan para su definición en las legislaciones nacionales:

“*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 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. Derechos reconocidos a las mujeres

En su preámbulo, la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*¹⁷⁴ (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*

¹⁷⁴ 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.

Humanos (CIDH)¹⁷⁵ 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:

“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.”

¹⁷⁵ 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 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, aunque no establece de manera clara, en este documento –como también es habitual– cuál es la duración del período de postparto lo que, de nuevo, deja vía libre a la discrecionalidad de los estados.

“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 migración y la circulación de las personas, según un documento elaborado por la OMS sobre salud y migraciones (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. No obstante, 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. Derechos reconocidos a refugiados y apátridas

La *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados* (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1951) y el *Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados*¹⁷⁶ (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1967) definen 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)

“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 discriminación¹⁷⁷.

“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.”

¹⁷⁶ 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.

¹⁷⁷ Todos los artículos citados pertenecen a la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951. En todas las citas, también, las cursivas aparecen en el texto original.

“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 Contratantes 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 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*¹⁷⁸ (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.”

¹⁷⁸ 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.

“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:

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. Derechos reconocidos a población migrante no incluida en los supuestos anteriores

En lo que se refiere a la migración, 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 (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1966b) no existe ningún tipo de referencia a migración, refugio 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*¹⁷⁹ (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 (de 1948) y el PIDESC (de 1966), 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.”

“*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 explícita 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.

¹⁷⁹ 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.

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 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*¹⁸⁰ (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 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

¹⁸⁰ 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.

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.” (Las cursivas son mías)

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 migratorios: la *Convención Internacional sobre Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*¹⁸¹ (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 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

¹⁸¹ 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.

temporada, itinerantes o marinos”¹⁸². 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.”

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.*” (Las cursivas son mías)

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 nacionales¹⁸³.

“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.”

¹⁸² Para la definición concreta de cada una de estas categorías se puede consultar: OMS, 2003: 30-31.

¹⁸³ 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 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 del inmigrante 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.

2.3. RECAPITULANDO...DERECHOS HUMANOS: ENTRE LA LEY Y LA ÉTICA

Como hemos ido viendo a lo largo de este capítulo, desde la propia definición de salud de la OMS hasta los diferentes textos legales relativos a los derechos humanos incluyen ambigüedades y limitaciones más o menos explícitas que probablemente responden al intento de respetar las 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 o en el de acogida). 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 nivel de la atención a poblaciones inmigradas en el Estado español, 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.

3. LEGISLACIÓN EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS, SALUD E INMIGRACIÓN

3.1 LEGISLACIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA

3.1.1. Textos legales relacionados con los derechos humanos

La *Versión consolidada del Tratado de la Unión Europea*¹⁸⁴ 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 se fundamenta en los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las personas pertenecientes a minorías. Estos valores son comunes a los Estados miembros en una sociedad caracterizada por el pluralismo, la no discriminación, la tolerancia, la justicia, la solidaridad y la igualdad entre mujeres y hombres.”

“Artículo 3

1. La Unión tiene como finalidad promover la paz, sus valores y el bienestar de sus pueblos.
2. La Unión ofrecerá a sus ciudadanos un espacio de libertad, seguridad y justicia sin fronteras interiores, en el que esté garantizada la libre circulación de personas conjuntamente con medidas adecuadas en materia de control de las fronteras exteriores, asilo, inmigración y de prevención y lucha contra la delincuencia.

3. (...) La Unión combatirá la exclusión social y la discriminación y fomentará la justicia y la protección sociales, la igualdad entre mujeres y hombres, la solidaridad entre las generaciones y la protección de los derechos del niño.

La Unión fomentará la cohesión económica, social y territorial y la solidaridad entre los Estados miembros.

La Unión respetará la riqueza de su diversidad cultural y lingüística y velará por la conservación y el desarrollo del patrimonio cultural europeo. (...)

¹⁸⁴ 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 (Comunidad Europea, 1957). El Tratado de la Unión Europea (TUE) (Unión Europea, 1992) 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), el de Niza (26 de febrero de 2001) y el de Lisboa (13 de diciembre de 2007). La Versión consolidada del Tratado de la Unión Europea (VCTUE) (2012) se publicó en el Boletín Oficial de la Unión Europea el 16 de octubre de 2012.

5. En sus relaciones con el resto del mundo, la Unión afirmará y promoverá sus valores e intereses y contribuirá a la protección de sus ciudadanos. Contribuirá a la paz, la seguridad, el desarrollo sostenible del planeta, la solidaridad y el respeto mutuo entre los pueblos, el comercio libre y justo, la erradicación de la pobreza y la protección de los derechos humanos, especialmente los derechos del niño, así como al estricto respeto y al desarrollo del Derecho internacional, en particular el respeto de los principios de la Carta de las Naciones Unidas. (...)"

“Artículo 6

1. La Unión reconoce los derechos, libertades y principios enunciados en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre de 2000, tal como fue adaptada el 12 de diciembre de 2007 en Estrasburgo, la cual tendrá el mismo valor jurídico que los Tratados. (...)

2. La Unión se adherirá al Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales¹⁸⁵. Esta adhesión no modificará las competencias de la Unión que se definen en los Tratados.

3. Los derechos fundamentales que garantiza el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y los que son fruto de las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros formarán parte del Derecho de la Unión como principios generales.”

El mencionado *Convenio para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales* (CPDLF) (Consejo de Europa, 1950) parte, a su vez, de la *Declaración 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 (TCCE)* (Comunidad Europea, 1957), establecía su objetivo de lograr un ámbito de cohesión social y lucha contra la exclusión. Se observa en sus artículos 136, 137 y 158:

“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

¹⁸⁵ 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 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.

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 perjuicio de la letra c). (...)”¹⁸⁶
- (Las cursivas son mías)

“*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.”¹⁸⁷

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 o aspectos básicos de las políticas concretas:

¹⁸⁶ “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)

¹⁸⁷ 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)

“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 los anteriores, 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*¹⁸⁸, 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 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

¹⁸⁸ 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.

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, por ejemplo, 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”.

En segundo lugar, la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*¹⁸⁹ (2007) define la Unión como un espacio de libertad en el que se defiendan los valores 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 22*

Diversidad cultural, religiosa y lingüística

La Unión respeta la diversidad cultural, religiosa y lingüística.”

¹⁸⁹ El texto de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea se publicó en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas n° 364 de 18 de diciembre de 2000. El Tratado de Lisboa (firmado el 13 de diciembre de 2007) modifica esta carta y establece su carácter vinculante. Queda recogida en el Diario Oficial de la Unión Europea, número 303, de 14 de diciembre de 2007.

“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.

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.”

De nuevo, 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?

3.1.2. 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 creaba 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.”

Posteriormente, el *Tratado de la Unión Europea* (Unión Europea, 1992) emitía 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), sujeta a normas concretas que han ido modificándose con los años.

En la *Versión consolidada del Tratado de la Unión Europea* (2012) se especifica la definición de ciudadanía de la Unión:

“Artículo 9

La Unión respetará en todas sus actividades el principio de la igualdad de sus ciudadanos, que se beneficiarán por igual de la atención de sus instituciones, órganos y organismos. Será ciudadano de la Unión toda persona que tenga la nacionalidad de un Estado miembro. La ciudadanía de la Unión se añade a la ciudadanía nacional sin sustituirla.”

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.”

Mención específica merece el *Pacto Europeo sobre Inmigración y Asilo*, de 2008¹⁹⁰. Este pacto parte del siguiente planteamiento:

“Sin embargo, la Unión Europea no dispone de medios para acoger dignamente a todos los emigrantes que esperan hallar en ella una vida mejor. Una inmigración mal controlada puede perjudicar la cohesión social de los países de destino. La organización de la inmigración debe pues tener en cuenta la capacidad de acogida de Europa en términos de mercado laboral, alojamiento, servicios sanitarios, escolares y sociales, y proteger a los emigrantes del riesgo de ser explotados por redes criminales.” (Consejo de Europa, 2008: 295)

Pero recuerda a los estados que las políticas migratorias internas deben respetar los compromisos internacionales en materia de derechos humanos:

“Fiel a los valores que inspiraron desde el principio el proyecto europeo y las políticas aplicadas, el Consejo Europeo confirma solemnemente que las políticas migratorias y de asilo deben ajustarse a las normas del Derecho internacional y en particular a aquellas relativas a los derechos humanos, a la dignidad de las personas y a los refugiados.” (Consejo de Europa, 2008: 296)

El Pacto se limita a recoger cinco compromisos, a los que se dará trámite legal posteriormente (y fuera del marco temporal de referencia para este texto):

“Consciente de que la aplicación completa del Pacto puede requerir en determinados ámbitos una evolución del marco jurídico, y, en particular, de las bases convencionales, el Consejo Europeo adopta pues cinco compromisos fundamentales cuya traducción en acciones concretas continuará en particular dentro del programa que sucederá en 2010 al programa de La Haya:

- organizar la inmigración legal teniendo en cuenta las prioridades, las necesidades y la capacidad de acogida determinadas por cada Estado miembro, y favorecer la integración;
- combatir la inmigración irregular, garantizando, entre otras cosas, el retorno a su país de origen o a un país de tránsito de los extranjeros en situación irregular;
- fortalecer la eficacia de los controles en las fronteras;
- construir una Europa de asilo;
- crear una colaboración global con los países de origen y de tránsito que favorezca las sinergias entre la migración y el desarrollo”. (Consejo de Europa, 2008: 296)

En este marco, el Consejo de Europa llama a los estados a mejorar la política común en materia de asilo –instando a los estados miembros a establecer una normativa común “a ser posible en 2010 y a más tardar en 2012” (Consejo de Europa, 2008: 301)–, a mejorar el control de las fronteras y de la inmigración irregular, controlar la inmigración familiar (regulando la reagrupación familiar) y mejorar las políticas de integración que:

“(…) deberán basarse en el equilibrio entre los derechos de los emigrantes (en particular el acceso a la educación, al empleo, a la seguridad y los servicios públicos y sociales) y sus deberes (respeto de las leyes del país de acogida). Implicarán medidas específicas para favorecer el aprendizaje de la lengua y el acceso al empleo, factores esenciales de integración; harán hincapié

¹⁹⁰ El Pacto Europeo sobre Inmigración y Asilo fue refrendado en el Consejo de Europa del 16 de octubre de 2008 por los 27 países miembros. No figura en el Diario Oficial de la Unión Europea, de manera que las citas proceden de su publicación en la Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración (Consejo de Europa, 2008).

en el respeto de las identidades nacionales de los Estados miembros y la Unión Europea y de sus valores fundamentales, como los derechos humanos, la libertad de opinión, la democracia, la tolerancia, la igualdad entre hombres y mujeres y la obligación de escolarizar a los menores. El Consejo Europeo invita asimismo a los Estados miembros a que tomen en consideración, aplicando las medidas adecuadas, la necesidad de luchar contra las discriminaciones de que pueden ser víctimas los emigrantes; (...)" (Consejo de Europa, 2008: 297)

3.1.3. 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 diferentes¹⁹¹:

- 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

En primer lugar, a *Carta Social Europea*¹⁹² (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. (...)"

¹⁹¹ En orden cronológico de acuerdo con su firma por parte del Estado español.

¹⁹² 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.

“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.*
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) establecía, 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 limitaba tal protección a sus

posibilidades jurisdiccionales. No incluía, sin embargo, ningún tipo de especificación concreta respecto a cómo debía 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 especificaba 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” 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 las 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 desearan 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*¹⁹³ (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. (...)”

Respecto al contenido incluido en el *Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea* (Comunidad Europea, 1957), el principal artículo referido a la asistencia sanitaria era el 152¹⁹⁴, 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*¹⁹⁵ (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

¹⁹³ 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.

¹⁹⁴ 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).

¹⁹⁵ 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).

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.”

“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 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.

3.2. 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 internacional¹⁹⁶.

3.2.1. Textos legales relacionados con los derechos humanos

La *Constitución española*¹⁹⁷ de 1978 (Boletín Oficial del Estado, 2003) 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* (Boletín Oficial del Estado, 2003) 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

¹⁹⁶ Las variaciones en la legislación nacional en materia de extranjería han sido importantes desde la finalización del trabajo de campo para esta tesis hasta el momento de su presentación. Sin embargo, como ya he explicado reiteradamente, me limitaré al marco legislativo vigente en el momento del trabajo de campo.

¹⁹⁷ 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. El texto aparece recogido en la bibliografía como: Boletín Oficial, ed. (2003) *Constitución española*. Madrid, Boletín Oficial del Estado.

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*¹⁹⁸ (LE) (2000) define la discriminación y la prohíbe en su artículo 23 en los siguientes términos:

“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 encargado 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 extranjero *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)

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. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 8/2000)” (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 de estancia irregular. De esta manera, la Ley salvaguarda la posibilidad de limitar el ejercicio de

¹⁹⁸ Como ya se ha dicho, dentro del marco temporal al que me refiero en este texto, 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), por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre (BOE nº 279, de 21 de noviembre de 2003) y por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre (BOE nº 299, de 12 de diciembre de 2009).

ciertos derechos a algunas personas sin necesidad de decirlo explícitamente, al menos en este punto.

3.2.2. Textos legales relacionados con la inmigración

La *Constitución española* (Boletín Oficial del Estado, 2003) 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, trata la libertad de residencia y circulación refiriéndose sólo a los españoles y en el artículo 149.1.2^a 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; 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 las normas que lo regulan, siéndoles de aplicación la presente Ley en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009).”

En un artículo añadido por la *Ley Orgánica 2/2009*, establece la obligación de los poderes públicos de velar por la integración social de los inmigrantes incorporando este aspecto de manera transversal en todas las políticas y servicios públicos, algo muy relevante en lo que respecta a la adaptación de la asistencia en salud a las necesidades de este tipo de población aunque la integración en el sistema sanitario no aparezca mencionada explícitamente (sí, por ejemplo, en lo que respecta al sistema educativo):

“Artículo 2 ter.

Integración de los inmigrantes. (Añadido por la Ley Orgánica 2/2009)

1. Los poderes públicos promoverán la plena integración de los extranjeros en la sociedad española, en un marco de convivencia de identidades y culturas diversas sin más límite que el respeto a la Constitución y la ley.

2. Las Administraciones Públicas incorporarán el objetivo de la integración entre inmigrantes y sociedad receptora, con carácter transversal a todas las políticas y servicios públicos, promoviendo la participación económica, social, cultural y política de las personas inmigrantes, en los términos previstos en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía y en las demás leyes, en condiciones de igualdad de trato. Especialmente, procurarán, mediante acciones formativas, el conocimiento y respeto de los valores constitucionales y estatutarios de España, de los valores de la Unión Europea, así como de los derechos humanos, las libertades públicas, la democracia, la tolerancia y la igualdad entre mujeres y hombres, y desarrollarán medidas específicas para favorecer la incorporación al sistema educativo, garantizando en todo caso la escolarización en la edad obligatoria, el aprendizaje del conjunto de lenguas oficiales, y el acceso al empleo como factores esenciales de integración.

3. La Administración General del Estado cooperará con las Comunidades Autónomas, las Ciudades de Ceuta y Melilla y los Ayuntamientos para la consecución de las finalidades descritas en el presente artículo, en el marco de un plan estratégico plurianual que incluirá entre sus objetivos atender a la integración de los menores extranjeros no acompañados. En todo caso, la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos colaborarán y coordinarán sus acciones en este ámbito tomando como referencia sus respectivos planes de integración.

4. De conformidad con los criterios y prioridades del Plan Estratégico de Inmigración, el Gobierno y las Comunidades autónomas acordarán en la Conferencia Sectorial de Inmigración programas de acción bienales para reforzar la integración social de los inmigrantes. Tales programas serán financiados con cargo a un fondo estatal para la integración de los inmigrantes, que se dotará anualmente, y que podrá incluir fórmulas de cofinanciación por parte de las Administraciones receptoras de las partidas del fondo.

En general, la tendencia en la legislación española era, en el momento en el que nos situamos, a la equiparación de derechos entre los extranjeros en situación de estancia regularizada y los españoles, especialmente aquellos considerados como derechos humanos y que están amparados por tratados internacionales. Así, la *Ley Orgánica 2/2009* modificaba el artículo 3 original de la *Ley Orgánica 4/2000* precisamente para recoger esto¹⁹⁹:

¹⁹⁹ Debe tenerse en cuenta que esta *Ley Orgánica 2/2009* surge precisamente por los siguientes motivos:

“IV

Así pues, tres son las causas que justifican la reforma que se propone de la *Ley Orgánica 4/2000*, de 11 de enero, en su redacción actual:

a) La necesidad de incorporar a dicha *Ley Orgánica* la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, dando para ello una nueva redacción acorde con la Constitución, a los artículos de la misma que se han declarado inconstitucionales [Relativos a los derechos de reunión, asociación, sindicación y huelga, que el Tribunal Constitucional reconoce que no pueden limitarse a aquellos en situación regular en cuanto a la estancia en España].

b) La necesidad de incorporar a nuestro ordenamiento jurídico, a través de la indicada *Ley Orgánica*, las Directivas europeas sobre inmigración que están pendientes de transposición o que no se han transpuesto plenamente.

“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. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 8/2000)

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros serán interpretadas de conformidad con la Declaración Universal de 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. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009).”

La *Ley de Extranjería* (2000), con sus sucesivas reformulaciones, reconocía, entonces, los siguientes derechos fundamentales, a los que se añadían otros específicos otorgados a los menores, las mujeres embarazadas y los nacionales de países miembros de la UE y Suiza:

- Derecho de igualdad con los españoles
- Derecho a la documentación
- Derecho a la libertad de circulación
- Derecho de participación pública
- Libertades de reunión y manifestación
- Libertad de asociación
- Derecho a la educación
- Derecho al trabajo y a la Seguridad Social

“Artículo 10

Derecho al trabajo y a la Seguridad Social. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)

1. Los *extranjeros residentes* que reúnan los requisitos previstos en esta Ley Orgánica y en las disposiciones que la desarrollen tienen derecho a ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena, así como a acceder al sistema de la Seguridad Social, de conformidad con la legislación vigente.

2. Los extranjeros podrán acceder al empleo público en los términos previstos en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.” (Las cursivas son mías)

- Libertad de sindicación y de huelga
- Derecho a la asistencia sanitaria
- Derecho en materia de vivienda

“Artículo 13

Derechos en materia de vivienda. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)

Los extranjeros residentes tienen derecho a acceder a los sistemas públicos de ayudas en materia de vivienda en los términos que establezcan las leyes y las Administraciones competentes. En todo caso, los extranjeros residentes de larga duración tienen derecho a dichas ayudas en las mismas condiciones que los españoles.”

- Derecho a Seguridad Social y a los servicios sociales

“Artículo 14

Derecho a Seguridad Social y a los servicios sociales. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)

c) La necesidad de adaptar la referida Ley Orgánica a la nueva realidad migratoria en España, que presenta unas características y plantea unos retos diferentes de los que existían cuando se aprobó la última reforma de la ley.”

1. Los *extranjeros residentes* tienen derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los *extranjeros residentes* tienen derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a las generales y básicas como a las específicas, en las mismas condiciones que los españoles. En cualquier caso, los extranjeros con discapacidad, menores de dieciocho años, que tengan su domicilio habitual en España, tendrán derecho a recibir el tratamiento, servicios y cuidados especiales que exija su estado físico o psíquico.
3. Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.” (Las cursivas son mías)

- Sujeción de los extranjeros a los mismos impuestos que los españoles
- Reagrupación familiar
- Garantías jurídicas
- Medidas anti-discriminación.

Como puede observarse, la expresión “extranjeros residentes” es la que sirve para delimitar el acceso a las prestaciones y derechos en función de la situación de regularidad jurídica de la estancia.

▪ *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 puede comportar o no la autorización para trabajar, por cuenta propia o ajena.

“*Artículo 29*

Enumeración de las situaciones. (Redactado conforme a las Leyes Orgánicas 14/2003 y 2/2009)

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 pasaporte o documento de viaje que acredite su identidad, visado o tarjeta de identidad de extranjero, según corresponda. (Redactado conforme a la Ley 2/2009)”

“*Artículo 30*

Situación de estancia. (Redactado conforme a las Leyes Orgánicas 8/2000, 14/2003 y 2/2009)

1. Estancia es la permanencia en territorio español por un período de tiempo no superior a 90 días, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 33 para la admisión a efectos de estudios, intercambio de alumnos, prácticas no laborales o servicios de voluntariado. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)
2. Transcurrido dicho tiempo, para permanecer en España será preciso obtener o una prórroga de estancia o una autorización de residencia. (...)”

“*Artículo 30 bis*

Situación de residencia. (Redactado conforme a las Leyes Orgánicas 14/2003 y 2/2009)

1. Son residentes los extranjeros que se encuentren en España y sean titulares de una autorización para residir.
2. Los residentes podrán encontrarse en la situación de residencia temporal o de residencia de larga duración. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)”

“Artículo 31

Situación de residencia temporal. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)

1. La residencia temporal es la situación que autoriza a permanecer en España por un período superior a 90 días e inferior a cinco años. Las autorizaciones de duración inferior a cinco años podrán renovarse, a petición del interesado, atendiendo a las circunstancias que motivaron su concesión. La duración de las autorizaciones iniciales de residencia temporal y de las renovaciones se establecerá reglamentariamente.

2. La autorización inicial de residencia temporal que no comporte autorización de trabajo se concederá a los extranjeros que dispongan de medios suficientes para sí y, en su caso, para los de su familia. Reglamentariamente se establecerán los criterios para determinar la suficiencia de dichos medios.

3. La Administración podrá conceder una autorización de residencia temporal por situación de arraigo, así como por razones humanitarias, de colaboración con la Justicia u otras circunstancias excepcionales que se determinen reglamentariamente.

En estos supuestos no será exigible el visado.

4. La autorización inicial de residencia temporal y trabajo, que autorizará a realizar actividades lucrativas por cuenta propia y/o ajena, se concederá de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 36 y siguientes de esta Ley. (...)

“Artículo 32

Residencia de larga duración. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)

1. La residencia de larga duración es la situación que autoriza a residir y trabajar en España indefinidamente, *en las mismas condiciones que los españoles.*

2. Tendrán derecho a residencia de larga duración los que hayan tenido residencia temporal en España durante cinco años de forma continuada, que reúnan las condiciones que se establezcan reglamentariamente. A los efectos de obtener la residencia de larga duración computarán los periodos de residencia previa y continuada en otros Estados miembros, como titular de la tarjeta azul de la UE. Se considerará que la residencia ha sido continuada aunque por periodos de vacaciones u otras razones que se establezcan reglamentariamente el extranjero haya abandonado el territorio nacional temporalmente. (...)

En lo que se refiere al trabajo, el reconocimiento de este derecho está recogido, como ya he 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. Se contemplan también situaciones particulares para distintos tipos de trabajadores (de temporada, altamente cualificados...). Todas estas situaciones quedan recogidas en el capítulo III de la Ley, artículos 36 a 43.

La situación legal del extranjero en España se acreditará mediante la Tarjeta de Identidad de Extranjero, de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la Ley de Extranjería (2000):

“Artículo 4

Derecho a la documentación. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009).

1. Los extranjeros que se encuentren en territorio español tienen el derecho y el deber de conservar la documentación que acredite su identidad, expedida por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia, así como la que acredite su situación en España.

2. 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, obtendrán 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 autorización, respectivamente. Estarán exceptuados de dicha obligación los titulares de un visado de residencia y trabajo de temporada. Reglamentariamente se desarrollarán los supuestos en que se podrá obtener dicha tarjeta de identidad cuando se haya concedido una autorización para permanecer en España por un periodo no superior a seis meses.

3. Los extranjeros no podrán ser privados de su documentación, salvo en los supuestos y con los requisitos previstos en esta Ley Orgánica y en la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.”

- *Extranjeros dotados de derechos especiales: mujeres víctimas de violencia de género, 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*²⁰⁰ (de 1996), la *Constitución* (de 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.*

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)

En lo que se refiere a las mujeres víctimas de violencia de género y los menores no acompañados, su situación se recoge específicamente en los artículos 31 bis y 34, respectivamente.

Respecto a los ciudadanos de la Unión Europea, de Suiza y de los Estados parte en el acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, disfrutaban 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.

- *Refugiados, apátridas, desplazados*
Tal y como veremos 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. (Redactado conforme a las Leyes Orgánicas 8/2000 y 14/2003)

1. El Ministro 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

²⁰⁰ 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.

documentación prevista en el artículo 27 de la citada Convención. El estatuto de apátrida comportará el régimen específico que reglamentariamente se determine.

2. En cualquier caso, el extranjero que se presente en dependencias del Ministerio del Interior acreditando que no puede ser documentado por las autoridades de ningún país y que desea ser documentado por España, una vez verificada la pertinente información y siempre que concurren y se acrediten razones excepcionales de índole humanitaria, interés público o cumplimiento de compromisos adquiridos por España, podrá obtener, en los términos que reglamentariamente se determinen, un documento identificativo que acredite su inscripción en las referidas dependencias. En todo caso, se denegará la documentación solicitada cuando el peticionario esté incurso en alguno de los supuestos del artículo 26, o se haya dictado contra él una orden de expulsión.

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.”

En su Preámbulo, la *Ley Reguladora del Derecho de Asilo y la Condición de Refugiado*²⁰¹ (1984) establece que su objeto es ofrecer protección, de acuerdo con la Constitución y los Tratados internacionales 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.

²⁰¹ 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).

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.”

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*²⁰² (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,

²⁰² 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.

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

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*²⁰³ (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 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).

3.2.3. Textos legales relacionados específicamente con la asistencia sanitaria

En la *Constitución española* (Boletín Oficial del Estado, 2003), 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 (...)

²⁰³ 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.

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 hablaré 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*²⁰⁴ (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 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)

²⁰⁴ 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, dentro del marco temporal de este trabajo, 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). La última modificación de la *Ley de Extranjería*, de 2012 (fuera de nuestro marco temporal de referencia) (Real Decreto Ley 16/2012, del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones y Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud) modificó también la *Ley General de Sanidad*.

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. (...)”

“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. 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 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 para 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*²⁰⁵ (1989) reconocía 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, carecieran de recursos económicos para sufragárselas y lo acrediten adecuadamente. Cabe destacar que el otorgamiento del derecho se limitaba a los españoles con residencia legal, es decir, no podían beneficiarse del mismo los

²⁰⁵ 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. Este Real Decreto fue derogado (fuera de nuestro marco temporal de referencia) en la modificación de la Ley de Extranjería de 2012, ya mencionada.

inmigrantes sin nacionalidad, fueran cuales fueran las condiciones de su estancia, lo que implicaba 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*²⁰⁶ (2003), que nació para adaptar el sistema sanitario a los cambios producidos en la sociedad desde la aprobación de la primera. Tal y como se explicaba en su apartado de exposición de motivos y en su primer artículo, la *Ley de Cohesión* (LC) (2003) tenía 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

(...) 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.”

²⁰⁶ 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. Esta Ley también fue modificada por el Real Decreto Ley 16/2012, del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

De acuerdo con este objetivo general, en el artículo 2 se establecían los principios generales de la Ley (2003), entre los que destacaban 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 definían 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 desigualdades²⁰⁷. En el artículo 3 se establecía 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 responsabilizaba 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)

²⁰⁷ El grueso de la modificación legislativa de 2012 se refiere precisamente a estos artículos.

“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 convertía (insisto, hasta su última modificación en el año 2012) en más protectora que la legislación europea y de derechos humanos. El artículo básico era el 12, donde se contemplaba 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 14

Derecho a Seguridad Social y a los servicios sociales. (Redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009)

1. Los extranjeros residentes tienen derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros residentes tienen derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a las generales y básicas como a las específicas, en las mismas condiciones que los españoles. En cualquier caso, los extranjeros con discapacidad, menores de dieciocho años, que tengan su domicilio habitual en España, tendrán derecho a recibir el tratamiento, servicios y cuidados especiales que exija su estado físico o psíquico.
3. Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.

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 prestaba 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”, entonces y ahora.

En lo que se refiere a la asistencia social y el disfrute de las prestaciones de la Seguridad Social, la *Ley de Extranjería* (2000) contemplaba también en su artículo 14 (ya mencionado) 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.

“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 lo 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)

▪ *Normativa de empadronamiento*²⁰⁸

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 era el empadronamiento. Con él, podía obtenerse la Tarjeta Sanitaria Individual y, por tanto, el derecho a la atención en los servicios de salud. La inscripción en el padrón municipal constituía, en nuestro marco temporal de referencia, el único método por el que los extranjeros sin autorización de residencia podían 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 estaba regida, en el marco temporal al que nos estamos refiriendo, 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.
- 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
- Resolución de 17 de noviembre 2005, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 25 de octubre de 2005 del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General para la Administración Local por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre la revisión anual del Padrón municipal y sobre el procedimiento de obtención de la propuesta de cifras oficiales de población.²⁰⁹

²⁰⁸ Gracias a P. Sanjuán por su ayuda para elaborar este apartado.

²⁰⁹ 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

- 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.”

“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.

- 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:

su el Real Decreto 2612/1996 sean equivalentes se citarán, salvo que se indique expresamente lo contrario, los correspondientes a este último. Las Resoluciones de 1 de abril de 1997, 4 de julio de 1997 y 28 de abril de 2005 han sido modificadas en 2015.

“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) lo que, como es fácil de suponer, implica una situación de riesgo para población inmigrante en situación de estancia irregular.

- 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 e, incluso, en caso de sobreocupación. 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 suele 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 permitía 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.

▪ *Normativa respecto a la obtención de la Tarjeta Sanitaria Individual*

Repasaré 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 insistiendo una vez más que es la que estaba en vigor en el momento de realización del trabajo de campo para esta tesis. Trataré 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.

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 era el caso.

De las dificultades para ciertos inmigrantes en esta materia ya he 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 he mencionado ya.

3.3. LEGISLACIÓN DE CATALUÑA

Además de las que le otorga la *Constitución española* (Boletín Oficial del Estado, 2003) 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 son vivienda, trabajo, servicios sociales o educación por lo que merece la pena detenerse en el análisis de la legislación al respecto.

3.3.1. Textos legales relacionados con los derechos humanos

La norma fundamental en cuanto a esta temática es el *Estatut d'Autonomia de Catalunya*²¹⁰ de 2006 (Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions, 2006), en el que se establece que Cataluña se instituye 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 assegurí una qualitat de vida digna per a tots els que viuen i treballen a Catalunya.” (Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions, 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. (...)” (Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions, 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 los siguientes términos:

²¹⁰ El actual texto del Estatut d'Autonomia de Catalunya 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). En el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya consta como Decret 306/2006, de 20 de juliol, pel qual es dona publicitat a la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de Reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya (número 4680, de 20 de julio de 2006).

“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.”

3.3.2. 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* (Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions, 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 socio sanitàries 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*²¹¹,

²¹¹ 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* n° 3431, de 16 de julio de 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 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 primaria (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 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)

3.3.3. Textos legales relacionados específicamente con la asistencia sanitaria

El *Estatut d'Autonomia de Catalunya* (Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions, 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 riscos, 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.” (Las cursivas son mías)

“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.” (Las cursivas son más)

“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, socio-sanitaris 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*²¹² de 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.
- 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. (...)”²¹³

²¹² La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya se publicó en el DOGC n° 1324, de 30 de julio de 1990 (corrección de errores DOGC n° 1372, de 26 de noviembre de 1990) y en el BOE n° 197, de 17 de agosto del mismo año.

²¹³ 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 n° 2116 de 18 de noviembre de 1995, BOE n° 5 de 5 de enero de 1996). (Martínez-Pereda, 2003)

En materia de atención sanitaria el mencionado *Decret 188/2001, de 26 de junio, dels Estrangers i la seva Integració Social a Catalunya* recoge lo establecido en la Ley de Extranjería de aquel momento, 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 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*²¹⁴ extendía 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 tuvieran posibilidad de acceder a la atención en salud por cualquier otra vía de las establecidas por la Seguridad Social lo que, en la práctica, suponía una ampliación de derechos respecto a la legislación estatal que, como vimos, limitaba su aplicación a los que tuvieran residencia legal.

“Article 1

1. Tots els ciutadans residents a Catalunya tenen dret a l’assistència sanitària pública, en els termes que preveu aquest Decret.

2. D’acord amb la Llei 15/1990, de 9 de juliol, aquesta assistència la prestarà el Servei Català de la Salut, mitjançant qualsevol de les fórmules que estableix l’article 7.2 de la Llei esmentada.”

²¹⁴ 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. Ya en el límite de nuestro marco temporal, por lo que no entraré a su exposición, está la Llei 21/2010, del 7 de juliol, d’accés a l’assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut, publicada en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 5672 de 16 de julio de 2010.

“Article 2

Són titulars del dret a què es refereix l'article 1 les persones que reuneixin les següents condicions:

- a) Estar empadronat en qualsevol dels municipis de Catalunya i acreditar-ne la residència efectiva.
- b) No tenir l'obligació legal de cotitzar a la Seguretat Social o a qualsevol altre sistema de previsió sanitària pública.
- c) No tenir la possibilitat d'accés a un sistema de protecció sanitària pública per qualsevol títol jurídic.
- d) No ostentar la condició de beneficiari d'un règim públic d'assistència sanitària.
- i) Complir les obligacions que es determinin reglamentàriament per a l'accés a l'assistència sanitària pública prevista en aquest Decret.”

“Article 3

L'accés d'aquestes persones als serveis i prestacions sanitàries serà voluntari i amb sol·licitud prèvia, salvant el que estableix la disposició addicional primera, i es realitzarà en condicions d'igualtat efectiva amb la resta de la població protegida pel sistema sanitari públic.”

“Article 7

Pel que fa a l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària pública a les persones sense recursos econòmics suficients, s'atindrà al que disposen el Reial Decret 1088/1989, de 8 de setembre, el Decret 55/1990, de 5 de març, i les normes dictades en el seu desplegament.”

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 destacado 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)²¹⁵. En este documento se recogía 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 sin discriminación alguna aunque no especificaba 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

²¹⁵ Existe una actualización de este texto del año 2015. Dado que es el que se refiere a nuestro marco temporal, me referiré al original de 2002.

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 patològica 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)

3.4. UN APUNTE SOBRE NORMATIVA MUNICIPAL

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, *d'Ordenació Sanitària de Catalunya*, ja mencionada, recoge que los Consejos Comarcals 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 físicoesportiva 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.

En lo que se refiere a la gestión de la Tarjeta Sanitaria Individual, aunque pueden existir ligeras variaciones entre los ayuntamientos en lo que se refiere al trámite concreto, en general se reclama un certificado de empadronamiento, algún tipo de documento legal identificativo, alguno que acredite el domicilio (alquiler, escritura de compra, permiso de arrendatario, recibo de suministro...) y, si procede, el libro de familia. Aunque sería interesante analizar los cambios entre municipios y a lo largo del tiempo en cuanto a la gestión de la TSI no es posible hacerlo en este momento, por razones de extensión.

**ANTROPOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA Y
ASISTENCIA SANITARIA.
Propuestas para el estudio interdisciplinar de las
desigualdades sociales en salud y la inmigración**

VOLUMEN 2

Autora: Lucía Sanjuán Núñez

Tesis de doctorado

Programa de doctorado en Antropología Social y Cultural

Directora: Dra. Teresa San Román Espinosa

Tutora: Dra. Aurora González Echevarría

Departament d'Antropologia Social i Cultural

Universitat Autònoma de Barcelona

Diciembre, 2015

ÍNDICE VOLUMEN 2

Tercera parte. Hacia una contrastación empírica de las ideas

Capítulo 4. Metodología de la investigación y población objeto de estudio	2
1. Contextualización de la investigación	2
2. Metodología de la investigación con personal sanitario	4
2.1. La observación participante	6
2.1.1. Selección de los centros e inicio de la observación	6
2.1.2. Orientación general de la observación participante	11
2.2. Las entrevistas	13
2.2.1. Selección de los centros y los profesionales	13
2.2.2. Orientación general de las entrevistas	15
3. Los profesionales sanitarios como población objeto de estudio	19
3.1. Perfil demográfico, profesional y laboral	20
3.2. Características básicas atribuidas por los profesionales a los cupos de pacientes	28
3.3. Formación de los profesionales en cuestiones relacionadas con la interculturalidad, la desigualdad social y la salud	36

Capítulo 5. Los profesionales sanitarios ante las desigualdades sociales en salud y la inmigración	49
1. Los profesionales sanitarios ante la relación entre la inmigración y la salud de la población receptora	49
2. Los profesionales ante la existencia de desigualdades sociales en salud relacionadas con la inmigración	51
2.1. Enfermedades infecciosas	53
2.2. Sintomatología osteoarticular	55
2.3. Sintomatología de la esfera dermatológica	56
2.4. Patologías crónicas	57
2.5. Salud sexual y reproductiva	58
2.6. Salud en la infancia y la adolescencia	68
2.7. Vacunación en población adulta	80
2.8. Hábitos tóxicos	81
2.9. Alimentación	82
2.10. Patologías o motivos de consulta específicos en población inmigrante	86
2.11. Otros cuadros y situaciones	88
2.12. Salud mental	90
2.13. Los profesionales ante la existencia de desigualdades sociales en cuanto al uso de los servicios sanitarios en la población inmigrante a la que atienden	99
2.13.1. Un apunte sobre condiciones legales de acceso al sistema sanitario y gestión de la TSI	99
2.13.2. Patrones de uso de los servicios de salud	110

Capítulo 6. Los profesionales sanitarios ante los principales determinantes de salud en población inmigrante	130
1. Los profesionales sanitarios ante las características demográficas y socioeconómicas de sus pacientes inmigrantes	131
1.1. Características sociodemográficas generales	131
1.2. Características sociodemográficas por colectivos	134
2. Los profesionales sanitarios ante las características culturales de sus pacientes .	147
2.1. Valoraciones por parte de los profesionales del papel de la tradición cultural en relación con la salud y el uso de los servicios sanitarios entre sus pacientes inmigrantes	148
2.2. Consideraciones en torno a algunos temas y ejemplos concretos de la relación entre la diversidad cultural y la salud	156
2.2.1. Concepto de persona. Roles e individualidad	156
2.2.2. Religión	162
2.2.3. Conceptos en torno a la salud y la enfermedad. Itinerarios terapéuticos	163
2.2.4. Un apunte sobre comunicación entre profesionales y usuarios y los posibles factores implicados	168
3. Los profesionales sanitarios ante las características (y posibilidades) de la asistencia a sus pacientes inmigrantes	177
3.1. Adaptaciones de la asistencia a población inmigrante: ¿posibles?, ¿necesarias?	177
3.1.1. Investigación en torno a la diversidad cultural y la desigualdad social en relación con la salud y la atención	182
3.1.2. Traducción de información general de los centros y materiales diversos	183
3.1.3. Protocolos asistenciales	186
3.1.4. Centros específicos para población inmigrante	188
3.1.5. Traducción y mediación intercultural	192
3.2. Un apunte sobre la calidad de la asistencia	218
3.2.1. Quejas, necesidades y demandas	218
3.2.2. Valoraciones en cuanto a la calidad de la asistencia a población inmigrante	225
 Consideraciones finales	 228
 Anexo a la Tercera Parte	 232
 Bibliografía citada	 241
 Bibliografía referida	 256

TERCERA PARTE

HACIA UNA CONTRASTACIÓN EMPÍRICA DE LAS IDEAS

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Tal y como he explicado en la Introducción, esta Tercera Parte del texto corresponde a la exposición del proceso y revisión de los principales resultados de una investigación en la que participé entre los años 2006 y 2010, y que se enmarcaba en un proyecto de investigación mucho más amplio, desarrollado por un equipo diverso de profesionales del que yo formaba parte. Mi investigación personal, a la que me referiré en las siguientes páginas, constituyó tan sólo una parte de dicho proyecto por lo que se hace necesario enmarcarla en el contexto de esta investigación en su conjunto. En el Anexo a expongo de manera detallada las características de ese proyecto y las diversas tareas que cada uno de los profesionales que participamos desarrollamos en él pero, para facilitar la lectura de esta Tercera Parte del texto ofrezco, ahora, un pequeño resumen.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con lo explicado, el trabajo que aquí presento se enmarca dentro de la investigación *Desigualdades socioeconómicas y diferencia cultural en el ámbito de la salud en barrios de actuación prioritaria de Cataluña*, dirigida por la Dra. Teresa San Román y desarrollada formalmente entre octubre de 2006 y diciembre de 2010¹ y financiada por la Subdirección General de Promoción de la Salud, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

El equipo que desarrolló esa investigación estaba formado por diferentes miembros del GRAFO (Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada, del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona), todos ellos con formación en Antropología Social y Cultural y, además, diversas formaciones complementarias que aportaban una considerable riqueza de perspectivas al conjunto del equipo (Trabajo social, Educación social, Psicología, Medicina...).

Las poblaciones seleccionadas para el conjunto de la investigación fueron las inmigradas de origen marroquí, pakistaní y rumano (tanto *rrom* como población no gitana). Además, se solicitaron informes externos respecto a grupos subsaharianos de Senegal, Gambia y Guinea Ecuatorial y también de poblaciones no inmigradas: gitanos catalanes y gitanos originariamente procedentes de otras zonas de España. Dado que se trató de incidir en las problemáticas de salud más acusadas, la selección de las poblaciones estuvo acotada, de manera preferente, a aquellos segmentos en situación o riesgo de exclusión social.

De manera genérica, la investigación pretendía conocer los factores de tipo social, económico, político y cultural que intervienen en la situación de salud y en la capacidad de acceso y manejo dentro de los servicios sanitarios públicos catalanes de las poblaciones seleccionadas, las características de la comunicación entre los usuarios y los profesionales que los atienden y las posibilidades del sistema sanitario de ofrecer una atención de calidad y en condiciones de igualdad a estas personas. Estos objetivos

¹ Remito, de nuevo, al lector al Anexo para ver algunas puntualizaciones sobre la gestación (desde mediados de 2005) y duración del proyecto en su conjunto.

implicaban la necesidad de prestar atención no sólo a las poblaciones seleccionadas sino también a los profesionales sanitarios que las atienden y a otras esferas relacionadas como el propio sistema sanitario, administraciones y organizaciones de varios tipos, además, de obviamente, a la sociedad mayoritaria.

La metodología general de la investigación se centró en el trabajo de campo etnográfico con los diferentes colectivos de usuarios y también con los profesionales sanitarios. Esto implicaba un diseño emergente de la investigación, basado fundamentalmente en el trabajo de observación y participación, que se complementó con entrevistas abiertas y semiestructuradas tanto a expertos como miembros de las poblaciones (incluido el personal sanitario) y con la reconstrucción de itinerarios terapéuticos. Se trataba, por lo tanto, de un planteamiento metodológico fundamentalmente cualitativo pero que reconocía y utilizaba el análisis cuantitativo.

Dentro de los objetivos del proyecto se encontraba también la realización de acciones formativas para personal sanitario. En concreto, se llevaron a cabo varios tipos de actividades en las que participó todo el equipo de investigación, tanto en la docencia como en la planificación, y, en mi caso, en lo que se refiere, además, a la coordinación en cuanto a los aspectos más relacionados con la Antropología de la Salud y las desigualdades sociales en salud. Aunque se describen más por extenso en el Anexo, me detengo un momento en su exposición aquí porque sirvieron, además de para los objetivos formativos obvios del personal sanitario, como fuentes especialmente relevantes para la toma de datos sobre las percepciones de los profesionales sanitarios y la valoración de sus conocimientos y necesidades en materia de atención a la salud de las poblaciones que eran objeto de estudio. En concreto, desde la propia preparación hasta el desarrollo de cursos, talleres, jornadas y seminarios realizados durante la investigación hicimos observaciones y entrevistas espontáneas que contribuyeron a la contrastación de hipótesis surgidas en las etapas anteriores.

Así, diseñamos e impartimos cuatro cursos diferentes, en torno a las 20 horas de duración cada uno de ellos, sobre distintos aspectos de la atención a la salud en contextos culturalmente diversos y socioeconómicamente deprimidos. También llevamos a cabo seminarios breves en diferentes centros (cuatro CAPs –uno de ellos concertado, el resto, públicos; todos ellos a la provincia de Barcelona–, y un área Básica de Salud –de forma que se aglutinaba en un mismo seminario a personal de diferentes centros–), éstos como respuesta a una necesidad doble, por una parte, el planteamiento dentro del propio proyecto de que era necesario construir ámbitos en los que se pudiera fomentar el debate interdisciplinar y, por otra, dar respuesta a una de las demandas iniciales del personal sanitario durante el trabajo de campo: llevar a cabo actividades de reflexión conjunta entre los sanitarios y los antropólogos, dentro de los propios centros y referidos de manera concreta a las poblaciones que allí se atenían mayoritariamente. Estos seminarios se realizaron en un número variable de sesiones, empezando siempre por una sobre cuestiones generales en torno a la salud, la diversidad cultural y la desigualdad social, seguida de una sesión por colectivo, de acuerdo con las necesidades y peticiones de cada centro. Habitualmente, estos seminarios se celebraban en los propios CAPs, en las salas dedicadas a la presentación de sesiones clínicas, en horario de mediodía (compatible, por lo tanto, con los turnos de trabajo de mañana y tarde) y abiertos a todo el personal del centro.

De la misma forma, aunque con posterioridad a la finalización del trabajo de campo y durante el tiempo de análisis y presentación de resultados, organizamos varios talleres, jornadas y congresos –de los que era responsable, junto con la directora del proyecto –Dra. Teresa San Román– y en los que, en diferente medida, dependiendo de cada caso, participaron todos los miembros del equipo–. En concreto, mediante un convenio de colaboración entre la UAB (a través del GRAFO) y el Institut d’Estudis de la Salut (IES, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya) y con la colaboración del Pla Director d’Inmigració, la Direcció General de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya y el Ministerio de Ciencia e Innovación, realizamos tres actividades orientadas, fundamentalmente, a la reflexión conjunta, la formación de los profesionales sanitarios y la difusión de los principales resultados de la investigación. Se trató, en definitiva, de construir un espacio de divulgación científica, debate, reflexión y avance interdisciplinar en los conocimientos e intercambio de experiencias fuera del ámbito estrictamente asistencial para los varios tipos de profesionales interesados en esta materia.

Finalmente, otro de los objetivos, en cuanto a los productos finales de la investigación, fue la elaboración de un material multimedia² (en formato CD) que pudiera constituir un recurso adicional, elaborado desde una perspectiva antropológica (y, específicamente desde la Antropología de la Salud, línea temática que fue de mi responsabilidad), para la formación de personal sanitario en el ámbito de la atención a la salud en contextos interculturales y, más específicamente, en cuestiones relacionadas con la diversidad cultural, la desigualdad y vulnerabilidad social, la inmigración y la comunicación entre profesionales y usuarios. Este material existe en formato CD pero es accesible también en la web del GRAFO³. Se puede decir que se trata de una herramienta que nace a partir de la reflexión posterior al trabajo de campo prolongado e intensivo con profesionales sanitarios y usuarios y muy especialmente después de las primeras actividades formativas para estos profesionales realizadas desde la investigación.

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CON PERSONAL SANITARIO

En el marco de la investigación descrita en el apartado anterior, el ámbito de trabajo que me correspondió personalmente fue el del sistema sanitario público catalán y el personal que en él trabaja. Los motivos para esta asignación fueron tres.

En primer lugar, el trabajo con cada una de las poblaciones inmigradas seleccionadas fue desarrollado por antropólogos con amplia experiencia etnográfica y, en la mayoría de los casos, con trabajos previos con los colectivos que se les asignaron tanto en origen como en destino. No era mi caso, en lo que se refiere a estas poblaciones, pero sí

² Casado I, Sanjuán L, Grau J., eds. (2010) *Assistència sanitària en contextos interculturals. Materials formatius per a professionals sanitaris*. [Soporte digital y CD]. Direcció General de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya, Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO) de la Universitat Autònoma de Barcelona. Accesible en: <<http://grupsderecerca.uab.cat/graf/>>

³ Web del Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO): www.grafocat.com o <http://grupsderecerca.uab.cat/graf/>. Remito, de nuevo, al lector al Anexo para una explicación más detallada del contenido de este material.

contaba con experiencia previa –aunque limitada– en el trabajo etnográfico con personal sanitario.

En segundo lugar, creí cumplir, lo digo sin falsas modestias, uno de los requisitos que en capítulos anteriores he señalado como fundamental para realizar investigación etnográfica: hablar el lenguaje del Otro y no sólo el profesional del antropólogo. Creí estar en condiciones de poder realizar trabajo etnográfico con personal sanitario porque hablaba ambos lenguajes. Por un lado, el del personal sanitario: por formación (soy Licenciada en Medicina y Cirugía y he hecho formación de postgrado en el ámbito de la Salud Pública, lo que me permitía entender el quehacer diario de estos profesionales), por experiencia personal (comparto mi vida, desde hace más de 15 años, con un médico especialista en Medicina Interna que trabaja en el Servicio de Urgencias de un importante hospital, lo que me ha familiarizado, de antemano, con parte de la realidad subjetiva y sus significados) y por experiencia en el sistema (como usuaria reflexiva, personal y familiar, de diferentes disciplinas médicas, con balances muy diferentes en lo humano y en lo biológico). Por otro, hablaba el lenguaje del antropólogo: también por formación (tengo un postgrado y un master en Antropología) y por experiencia profesional como antropóloga en una investigación, breve, desarrollada pocos años antes. Percibí, además, que no había entre el personal sanitario y yo grandes diferencias de estatus (salvo excepciones) que pudieran limitar o sesgar mi trabajo.

En tercer lugar, había hecho ya una primera aproximación, preliminar y fundamentalmente teórica, al estudio de las desigualdades sociales en salud entre poblaciones inmigrantes, minorías étnicas y/o población en situación o riesgo de exclusión social y había tratado ya de elaborar una propuesta preliminar de modelo de estudio desde la Antropología, que presenté como trabajo final para la obtención del título de Máster en Investigación Básica y Aplicada en Antropología Social y Cultural (por la Universitat Autònoma de Barcelona) y que continua sirviendo de base para las dos primeras Partes de este texto. Necesitaba, por tanto, realizar una investigación empírica que se relacionase de manera circular con esa propuesta. Y digo circular porque, como todo en esta tesis, entendí la investigación como un camino de doble dirección: por una parte, pretendía servir de marco para una aplicación empírica preliminar de dicho modelo de análisis tal y como fue formulado inicialmente, de forma que pudiera cuestionarlo y aportar información que permitiera mejorarlo; por otra, aspiraba a que sirviera de banco de datos al que volver –para continuar profundizando en su análisis– tras las nuevas lecturas y reflexiones y en la reformulación de dicho modelo tal y como las presento, ambas cosas, en esta tesis y también para mejorar el diseño de nuevas investigaciones.

De acuerdo con esto, y de manera coherente con la metodología expuesta en el apartado anterior para la investigación en su conjunto, desarrollé el trabajo con profesionales sanitarios, en torno a tres ejes principales:

- Observación participante en diversos centros sanitarios.
- Entrevistas semiestructuradas a diversos perfiles de profesionales que ejercen en centros sanitarios.
- Actividades de formación y reflexión conjunta con profesionales sanitarios. Tal y como mencioné en el apartado anterior, en el marco de estas actividades, desarrolladas en colaboración con todo el equipo de investigación, se elaboró un material multimedia orientado a la formación en temas de salud e interculturalidad

para personal sanitario (Casado, Sanjuán, Grau, 2010) y realicé actividades de observación.

Además de lo anterior, me gustaría destacar un tipo de actividad que resultó especialmente enriquecedora: las sesiones de equipo. Todo el equipo investigador nos reunimos durante los años de duración del proyecto al menos una vez por semana. En estas sesiones, en las que mi tarea fundamental era realizar aportaciones sobre la línea de Antropología de la Salud del proyecto, colaborar en la elaboración de materiales específicos (como guías de observación o de entrevista o diseño de las actividades formativas) y labores de apoyo a la directora del proyecto, se realizaba un intercambio continuo, rico y no pocas veces apasionado, de conocimientos y experiencias que nos permitieron aprender unos de otros, orientar nuestras respectivas investigaciones personales y darle coherencia al conjunto del proyecto. No soy persona de grandes declaraciones pero no puedo dejar de agradecerles a todos ellos, y muy especialmente a Teresa San Román, lo mucho que me enseñaron.

2.1. LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

2.1.1. Selección de los centros e inicio de la observación

Desde los primeros meses de inicio formal de la investigación, en 2006, comencé contactos con muy diversos centros sanitarios situados en los barrios en los cuales se realizaba el trabajo etnográfico con las poblaciones de interés para la investigación para, después, seleccionar un pequeño número de centros en los que empezar la etnografía intensiva.

Los criterios de selección fueron, principalmente, tres: primero, que se tratara de centros de atención primaria o especializada situados en los barrios seleccionados para la investigación en su conjunto, en los cuales el resto de etnógrafos del equipo estaban realizando su trabajo con las diferentes poblaciones; segundo, centros y momentos en los cuales se diera la posibilidad de colaboración con estos etnógrafos (que, entre otras tareas, realizaban acompañamientos a los centros a las personas con las que trabajaban), de forma que se facilitara la constante transmisión –en ambas direcciones– de las informaciones pertinentes, enriqueciendo así la toma de datos y la comprensión de significados elaborados por los distintos perfiles de sujetos y de las situaciones a las que se referían; y tercero, la disponibilidad e interés de los profesionales que trabajaban en los centros y que los gestionaban.

Después de una laboriosa prospección en diversos centros sanitarios de manera que pudiera seleccionar los más adecuados a los objetivos de mi investigación y de la no menos laboriosa tarea de alcanzar los permisos oficiosos y oficiales para esa prospección, primero, y para el trabajo que vino a continuación, después, entre los meses de mayo y septiembre de 2007⁴ desarrollé una primera etapa de observación participante de manera intensiva y continuada (cuatro días a la semana, buena parte de ellos en sesiones de mañana y tarde) en dos CAPs (uno público y uno concertado; uno

⁴ El trabajo de campo con personal sanitario se inició algo más tarde que para el resto de las poblaciones, por dos motivos. El primero, una petición expresa por parte de la Subdirección General de Promoción de la Salud, que financiaba el proyecto, para evitar solapamientos con otras actividades que se estaban llevando a cabo; el segundo, la necesidad de centrar mis tareas iniciales en temáticas relacionadas con la definición de la línea de Antropología de la Salud del proyecto en su conjunto.

en la provincia de Barcelona y otro en la de Tarragona) y una unidad de atención en salud mental específica para inmigrantes, en Barcelona⁵. La segunda etapa de observación participante, con una dedicación menor y combinada con el inicio de la realización de entrevistas semiestructuradas y en profundidad, se prolongó desde abril a noviembre de 2008⁶. En esta etapa retomé la observación participante en el CAP situado en la provincia de Barcelona y en la unidad de salud mental antes mencionados, ampliándola a otros centros en los que iba realizando las entrevistas. En ese momento, la observación participante se orientó, fundamentalmente aunque no de manera exclusiva, a la contrastación de hipótesis comunes en la bibliografía y de las elaboradas durante la primera fase. En concreto, realicé estas estancias en tres CAPs más, de Barcelona y Área Metropolitana, todos ellos públicos.

En todos los casos, contaba con el permiso explícito del responsable del centro y de cada profesional en concreto, que habían sido adecuadamente informados de las características y objetivos de la investigación⁷. Cuando fue necesario, todos los miembros del equipo firmamos documentos relativos a la obligación de guardar la confidencialidad de lo observado en las consultas y también exonerando a los centros de las responsabilidades que se pudieran derivar de nuestra actuación. En cualquier caso, señalar que, más allá de la lentitud de algunos trámites burocráticos, no fue un trabajo tan complicado como pudiera parecer ya que, de manera mayoritaria, la actitud de los responsables de los centros fue muy receptiva y colaboradora.

Llevé a cabo la observación participante en las consultas (durante el proceso de asistencia) y también en otras dependencias de los centros (mostradores de recepción, bibliotecas, salas de café y, en menor medida, salas de espera) y fuera de ellos (cafeterías cercanas a las que los profesionales salían a tomar café, otros CAPs a los que iban a reuniones, alguna biblioteca..., incluso en la calle y medios de transporte, cuando acompañaba a los profesionales en sus visitas a los domicilios de pacientes o a la salida del trabajo) y con varios tipos de profesionales: médicos de familia y otras especialidades, personal de enfermería de diferentes especialidades –adultos, pediatría, comadronas–, psicólogos, mediadores, personal administrativo y gestores de los centros. Respecto a este último perfil, un apunte: desarrollé, comparativamente, muy poco trabajo de campo con gestores y administradores de alto nivel (sí con los responsables de los CAPs) ya que hice ciertas entrevistas y encuentros pero no suficiente observación participante. Soy consciente de que esto deja parcialmente de lado a una parte decisiva de los actores sociales y, por tanto, es una laguna importante pero hubo, para ello, dos

⁵ Como se podrá observar, tanto al describir los centros en los que desarrollé la observación participante como, más adelante, al referirme a aquellos en los que realicé las entrevistas, en ningún caso citaré el nombre del centro ni cualquier otro dato que permita identificarlo de manera concreta. El único motivo, muy importante, es garantizar al máximo el compromiso de confidencialidad de los datos al que llegué tanto con los profesionales como con los pacientes con los que trabajé.

⁶ Aclarar que se produjo por mi parte una interrupción temporal del trabajo de campo (entre finales de noviembre de 2007 y marzo de 2008) no relacionada con decisiones metodológicas sino debida a la etapa final de mi embarazo y la posterior baja maternal. Sin embargo, entre enero de 2008 y abril de ese mismo año (momento en el que retomé el trabajo de campo) continué realizando diversas tareas en la investigación casi siempre vinculadas a mi función como responsable de la línea temática de salud y colaborando con los etnógrafos y la directora del proyecto.

⁷ Como es obvio, los demás etnógrafos del equipo contaban también con los permisos correspondientes cuando realizaban tareas de observación en los centros y acompañamientos a pacientes con los que trabajaban.

motivos: primero, el tiempo limitado disponible y las necesidades de la investigación global en la que se encuadraba mi propio trabajo; segundo, considero fundamental, como ya dije, hablar el lenguaje del Otro y pronto vi que se referían a cuestiones de gestión, de economía de la salud, de políticas públicas... de las que dispongo de pocos conocimientos, por lo que me resultaba difícil (y éticamente cuestionable) evaluar la información sin hacer de la situación, digamos, una película de vaqueros, donde los buenos eran los profesionales de base y los malos, los gestores. Aprenderé este lenguaje, estoy en ello, y completaré el trabajo de campo. De momento, decir de manera explícita que la inmensa mayoría de los comentarios, experiencias, percepciones... recogidos corresponden a profesionales de asistencia directa (estrictamente sanitarios o no) y gestores de nivel medio.

Aun así, considero que la variedad de perfiles y circunstancias que pretendía pudo conseguirse en un nivel muy adecuado. Y esto en un contexto en el cual, a las dificultades y limitaciones inherentes a cualquier situación de investigación, se le añadieron el trabajar en un ámbito en el cual surgen frecuentemente cuestiones delicadas relativas a la vida de los pacientes y –también conviene tenerlo presente– con profesionales que, en muchos casos, desarrollan su trabajo en una situación de presión asistencial más que considerable, que a menudo tienen la sensación de que sus necesidades para trabajar adecuadamente no están del todo cubiertas y que además, se les *utiliza* para colaborar en estudios que les implican trabajo y molestias y de los cuales no siempre son partícipes, ni de los logros que pudieran derivarse ni siquiera de los resultados.

En lo que se refiere a la importancia de la observación participante en el conjunto de la etnografía señalar, de nuevo, que fue uno de los pilares fundamentales. Sabía, ya en el momento de comenzar el proyecto, que se habían hecho, en algún caso casi simultáneamente, algunos trabajos sobre las percepciones y experiencias del personal sanitario en relación con la asistencia a la población inmigrante (Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007) mediante entrevistas individuales y grupos focales, muy interesantes y valiosos, pero en todo momento entendimos (yo misma, la directora del proyecto conjunto y el equipo que lo formaba) que nuestro trabajo no podía limitarse a ese tipo de técnicas en exclusiva: como ya expliqué en el primer capítulo, no me parece adecuado recoger únicamente lo que dice un solo tipo de actor (de ahí que la investigación en su conjunto considerara al personal sanitario como una población más y que, en cuanto a éste, se consideraran los diferentes tipos de perfiles que estaban interviniendo) ni, tampoco, limitarse a recoger lo que cada actor dice o lo que explica que hace: es necesario observar su quehacer diario, sus explicaciones en cada contexto y en cada situación concreta, sus reacciones, las condiciones en las que hace lo que hace en cada momento.... Y, así, una tarea fundamental en los inicios de la observación fue, precisamente, esta, explicar a los diferentes profesionales el por qué era imprescindible este tipo de proceder. Algunos de ellos, muy pocos, habían colaborado en grupos focales o entrevistas para otros proyectos o habían sido consultados, de alguna manera, por los responsables de gestión de alto nivel o de sus propios centros pero prácticamente ninguno estaba familiarizado de manera directa con la técnica de la observación

participante⁸. Debo decir que la receptividad fue considerablemente buena en la inmensa mayoría de los casos –entusiasta, incluso, en algunos– aunque es cierto que al tratar de explicar mi trabajo percibí, en un pequeño grupo y sobre todo al principio, un cierto recelo o malestar. Fue sencillo darme cuenta de que a la prevención lógica de permitir entrar en las consultas a personal, a priori, ajeno a ellas se añadía que interpretaban esta necesidad de observar como desconfianza por mi parte: “no te crees lo que digo, tienes que comprobarlo con tus propios ojos”, “crees que miento y quieres ver cómo hago las cosas” o aun explicaciones más duras: “debéis de pensar que somos todos unos racistas políticamente correctos”⁹. Fue importante, por tanto, la labor de explicar que esta no era la intención ni el punto de partida, que en todos los procesos sociales, de todos los actores, hay discrepancias entre lo que se hace y lo que se cree que se hace y por qué se hace sin que, necesariamente (aunque a veces ocurra) esto implique intención de engaño o manipulación. Y que todo esto es una fuente de datos valiosísima en sí misma. Tuve que explicar, entonces, qué era la etnografía. Y tuve que hacerlo no sólo para poder realizar mi trabajo en ese momento sino también porque sentí que era una magnífica oportunidad para mostrar a los profesionales que existe una metodología científica, la antropológica, muy diferente a aquella con la que suelen estar familiarizados (cuantitativa, positivista) y que tiene capacidad para aportar un conocimiento válido y útil sobre la realidad, susceptible, además, de ser aplicado para mejorarla.

La dinámica habitual para iniciar el trabajo fue la presentación de la investigación al responsable del centro, aportando toda la documentación pertinente o que pudiera solicitarnos y, después de obtener su permiso, la participación en alguna de las sesiones dedicadas a la discusión de casos (habitualmente denominadas sesiones clínicas), para presentar la investigación a todos (o la mayoría de) los profesionales del centro y explicar, detenidamente, las características de nuestra estancia –la mía y, en algunos de los casos, como ya he explicado, la de otros etnógrafos del equipo– y del trabajo que desarrollaríamos en el centro, explicitando muy claramente cuál sería nuestro papel dentro de las consultas.

A partir de este momento, se contactaba con profesionales que hubieran mostrado interés (en caso de que no se hubiera hecho previamente por otras vías, algo que fue muy frecuente) y se intentaba, también, con diferentes grados de éxito, obtener la colaboración de aquellos que a priori lo estuvieran menos –o, en alguna ocasión, que tuvieran posiciones claramente en contra de nuestra presencia en su consulta e incluso en el centro–, con el objetivo de diversificar al máximo el perfil de los profesionales (en cuanto a especialidad, edad, sexo, años de experiencia, tipo de cupo de pacientes, etc. y también las actitudes hacia la inmigración, las minorías étnicas y la valoración del impacto que su asistencia tenía sobre el sistema sanitario en general y sobre su trabajo en particular). A este respecto debo aclarar que aunque se aleje del estereotipo habitual

⁸ Una aclaración: un grupo muy pequeño de profesionales con los que trabajé habían realizado previamente o a lo largo del tiempo que duró el trabajo de campo algunos de los cursos o seminarios que organizábamos (ya explicados) en donde hacíamos especial hincapié en explicar los métodos y técnicas que empleaba la Antropología. Además, en la presentación de nuestro trabajo en los centros, a la que ahora me referiré, este era también uno de los puntos fundamentales. Aun así, más allá de este conocimiento, muy básico y teórico, según puedo recordar sólo me encontré con un profesional que hubiera participado en un proceso de observación participante.

⁹ Son comentarios de profesionales sanitarios, obtenidos durante la observación participante.

del trabajo etnográfico y también del trabajo con profesionales sanitarios, después de estas labores de explicación, que creo que cuidamos especialmente, conseguir la colaboración no fue difícil y que la inmensa mayoría de los profesionales accedieron a compartir su tiempo conmigo (y con el resto de los etnógrafos).

Debo aclarar también que siempre me presenté como antropóloga, en ningún caso como profesional sanitario (a pesar de mi título en Medicina): no era ese mi papel y no me pareció ni conveniente ni éticamente aceptable que se confundieran los roles. Sí es cierto que dado el carácter intensivo y prolongado de la observación participante, sobre todo en la primera etapa, mi formación en Medicina salió a relucir con la mayoría de los profesionales con los que realicé la observación (también, aunque con menos frecuencia, porque el contacto era menos prolongado, con aquellos a los que entrevisté). Y no puedo decir, de una manera tajante que fuera una característica que facilitara ni dificultara de manera determinante mi relación con ellos, ya que se dieron, a este respecto, reacciones variadas: desde aquellos que se sintieron más cómodos y más cercanos con mi presencia en las consultas (especialmente médicos), por entender que mi formación me permitía comprender las situaciones que se daban y la dificultad de su trabajo, hasta aquellos (especialmente personal de enfermería y administrativo) que pudieron, en un primer momento, verme con cierta distancia (por entender que pertenecía a un gremio que a veces consideran alejado o incluso contrapuesto a sus intereses, y superior jerárquicamente) pasando también, incluso, por los que no parecían comprender del todo cómo podía haber *cambiado de bando*, por decirlo coloquialmente. En cualquiera de los casos, no puedo afirmar que las diversas reacciones no fueran manejables ni sesgaran de manera inconveniente mi relación con ellos y los datos que iba obteniendo. Y otra puntualización sobre esto: nunca me puse una bata blanca, a pesar de la petición, a veces expresa e incluso insistente, de alguno de los profesionales. Por varios motivos: porque es un símbolo del personal sanitario y yo no estaba allí como tal, porque llevarla me situaba implícitamente ante los pacientes como profesional de la salud, lo que podía condicionar que me dieran permiso para permanecer en la consulta en virtud de una relación de poder –a mi favor– y esto no me pareció ético y, también debo reconocerlo, porque temí que sesgara mi propia visión de los hechos (puede que el hábito no haga al monje pero...).

Una vez en la consulta, se informaba a cada paciente del motivo de mi presencia y se solicitaba su permiso para permanecer en ella, sin que se diera ningún caso en que se negaran. Sí hubo, sin embargo, algunas, muy pocas, situaciones en las cuales valoré que el nivel de comprensión del usuario respecto a la investigación no era suficiente, que su aceptación no parecía del todo convencida o que, en algún momento, en el curso de la visita, surgía algún tema especialmente delicado que hacía que mi presencia no resultara conveniente y, atendiendo a las obvias razones de respeto y ética profesional, no permanecí en la consulta. También debo reconocer que es posible que este tipo de situación se diera en alguna otra ocasión en la que no fui consciente...

Finalmente, aclarar que aunque hubiera sido intención de todo el equipo de investigación realizar observación participante en contexto hospitalario, esto sólo fue posible de manera muy concreta y puntual. El motivo fundamental fue la imposibilidad de conseguir los permisos necesarios, por varias razones, todas ellas ajenas a la buena disposición de los profesionales de asistencia directa a los cuales se les solicitó: desde la desesperante lentitud de los trámites administrativos para conseguir estos permisos, que

hizo que, en algún caso, cuando se llegó a disponer de ellos ya se hubiera acabado la fase de trabajo de campo de la investigación, hasta, también hay que decirlo, en un caso concreto de un hospital de la ciudad de Barcelona que considerábamos preferente, la desidia y falta de respeto de la persona encargada de gestionar el permiso. Un apunte sobre esto último: aunque en este caso concreto el resultado fue negativo y sus consecuencias afectaron a mi trabajo y al del resto de los etnógrafos, debo decir, ahora, con unos años de perspectiva en cuanto a la interpretación de los datos, que constituyó una ocasión para un aprendizaje relevante. Muy a menudo tenía (me responsabilizo personalmente puesto que formaba parte específica de mi trabajo) muy presente la importancia de contar con la aprobación y colaboración de los profesionales de base, convencerles de la buena voluntad de la investigación y de su utilidad para su trabajo, y, al mismo tiempo, la necesidad de que, en ningún caso, esto supusiese descuidar los esfuerzos con los responsables de los distintos departamentos y de los centros, siendo muy consciente del papel determinante de las jerarquías dentro del estamento sanitario. Sin embargo, hubo algo de lo que en ese momento no fui consciente: el nivel de poder, y el interés en ejercerlo, de personal no específicamente sanitario pero que sí trabaja en este ámbito. En este caso concreto, contábamos con la aprobación de varios profesionales de asistencia directa de distintos departamentos y con el permiso explícito de varios Jefes de Servicio (con una implicación entusiasta en uno de los casos) pero no valoré bien el poder de una técnica de nivel medio que, con toda probabilidad, sintió que yo no había reconocido adecuadamente su papel.

Por estas razones, la observación en contexto hospitalario, consistió en la asistencia a sesiones clínicas, visita a las dependencias de los Servicios, charlas más o menos informales con diferentes profesionales que explicaban el funcionamiento y la dinámica de su trabajo y comentaban las características de los pacientes pero, en ningún caso, en el contacto directo con éstos en las consultas o pases de visita (aunque sí, en algunos casos, fuera de los centros), con la intención de no infringir en ningún momento las normas de confidencialidad de la asistencia. Quiero agradecer aquí, de todos modos, la buena voluntad y actitud generosa mostrada por los profesionales asistenciales de ámbito hospitalario que en todo momento trataron de facilitar nuestro trabajo. Agradecimiento extensivo, por supuesto, a todos los de atención primaria que se prestaron a que entráramos en sus consultas y, lógicamente, también a los pacientes que dieron su consentimiento para que así fuera.

2.1.2. Orientación general de la observación participante

A diferencia de lo que decidimos para el caso de los etnógrafos que trabajaban con población inmigrante, para el trabajo de campo con personal sanitario no se elaboró, en sentido estricto, al menos, ningún guion formal de observación previo. Sí recogí, sin embargo, comentarios especializados de los etnógrafos del equipo y de la directora del proyecto sobre los pasos que había dado en mi investigación anterior y que eran susceptibles de mejorar y los aspectos que, a mí y a ellos, nos parecían fundamentales para observar en el curso de ésta. Los motivos principales para que no elaborara un guion formal fueron, por un lado, que al tratarse de una sola trabajadora de campo (yo) para trabajar con esta población (personal sanitario) no existía la necesidad de coordinar las observaciones concretas con otros etnógrafos más allá, como acabo de decir, de recoger sus sugerencias y líneas de interés surgidas de su trabajo con las poblaciones y que podían ser relevantes para orientar el trabajo con personal sanitario. Por otro lado, la

experiencia previa en el trabajo de campo etnográfico en el ámbito sanitario hacía que el guion fuera menos necesario. Aun así, insisto, en múltiples reuniones de equipo se consensuaron los temas fundamentales en torno a los cuales tendría que girar mi trabajo, de acuerdo, además, con las necesidades comunes al proyecto en su conjunto.

A modo de resumen, para orientar al lector en la temática concreta de mi trabajo, puedo señalar que entre los aspectos que pretendía observar eran, fundamentalmente:

- Características relativas al perfil del profesional.
- Características relativas al tipo de trabajo desempeñado por el profesional.
- Características sociodemográficas básicas de los pacientes atendidos (de todos ellos, no exclusivamente población inmigrante ni miembros de minorías étnicas).
- Porcentaje de población inmigrante y perteneciente a minorías étnicas en el centro sanitario en conjunto y en el cupo de cada profesional en concreto.
- Motivos de consulta principales y estado de salud, desde un punto de vista genérico, de la población atendida.
- Aspectos relacionados con la comunicación entre usuarios (de nuevo, todos ellos) y profesionales (también, todos ellos).
- Dinámica de la consulta, fundamentalmente en cuanto al tiempo de dedicación, tipo de respuesta ofrecida por el personal y por el centro y posibles dificultades y conflictos.
- Valoración de estas cuestiones por parte de los profesionales, muy especialmente en lo que se refería a la existencia y factores asociados a las desigualdades sociales en salud.

Recogí siempre que fue posible, además de observaciones relativas a todo el anterior y de la fecha, el lugar y el horario, otros datos, como el número de visitas por jornada, especificando el perfil del usuario (edad, sexo, procedencia), el motivo de consulta, el tiempo de duración de la consulta y también para todas las visitas programadas, el perfil del usuario cuando llegaba tarde o no acudía. Aclarar, sin embargo, que no siempre pude recoger este último tipo de datos de manera sistemática –aunque hubiera sido muy interesante– por dos motivos fundamentales. El primero, porque la rapidez con la que tienen lugar las consultas, junto con el deseo de no interferir en su dinámica, hacía que fuera muy difícil registrar datos objetivos y fiables en el intervalo entre una visita y la siguiente. La segunda, una cierta incomodidad por parte de algunos profesionales que, a pesar de que les había explicado el objetivo de registrar los datos y garantizado la confidencialidad de los mismos, se sentían, en algún sentido, evaluados, lo cual distorsionaba la buena marcha de las relaciones y el trabajo de campo. Por estas razones, aunque dispongo de datos empíricos sobre la duración media de las consultas (a diferentes tipos de población) y el perfil de los pacientes que no acudían o llegaban tarde, no puedo garantizar su significación, por lo que he decidido no aportarlos hasta tener ocasión, en próximos trabajos, de mejorar su calidad. Sí puedo, sin embargo, afirmar que, en general, son datos coherentes con el resto de los obtenidos mediante las técnicas de investigación empleadas.

Consigné la información que iba recogiendo durante la observación participante en un diario de campo que elaboraba (casi siempre) al final de cada sesión de observación. Este diario constituyó un instrumento valioso, no sólo para ir avanzando en mi trabajo y re-orientando mi mirada a lo largo de todo el proceso de observación sino también en el momento del primer análisis y presentación de resultados en forma de informe técnico a

la entidad financiadora y, después (ahora) en su re-lectura para elaborar un texto de carácter académico y replantear el modelo de análisis del que ya he hablado.

2.2. LAS ENTREVISTAS

2.2.1. Selección de los centros y los profesionales

En el contexto de la investigación que realicé entendí las entrevistas, semiestructuradas y en profundidad, al mismo tiempo como fuente de información y como instrumento de contrastación de las ideas e hipótesis elaboradas a partir de la observación participante y el trabajo bibliográfico.

Ya desde las primeras fases del trabajo de campo realicé diversas pruebas piloto aunque las entrevistas propiamente dichas (que son las que aquí contabilizo y a las que me referiré a lo largo de los siguientes capítulos) no empezaron hasta marzo de 2008. Entre esta fecha y julio del mismo año las realicé de manera intensiva (y entre abril y mayo, como ya he explicado, combinadas con observación participante). A partir de julio y hasta finales de noviembre de 2008, el ritmo disminuyó y la selección de profesionales se orientó, sobre todo, a garantizar la heterogeneidad de la muestra.

En total, llevé a cabo 64 entrevistas semiestructuradas y en profundidad, de las cuales consideré 60 como adecuadas para el análisis. El motivo de descartar cuatro fue que tres de ellas no pudieron completarse (por interrupciones durante la entrevista) y en otra hubo dificultades técnicas que hicieron inaudible la grabación de manera que los datos, confiados sólo a mi memoria, no me parecieron de la misma fiabilidad y me pareció más correcto, desde el punto de vista metodológico, descartarla.

En lo que se refiere a la selección de los profesionales, los criterios para seleccionarlos fueron los siguientes:

- Localidad
- Especialidad
- Edad
- Sexo
- Años de experiencia
- Tipo de centro en el que trabaja
- Cargo concreto que desempeña
- Características sociodemográficas del cupo de pacientes
- Nivel de motivación para realizar el trabajo (estimado por mí en función de mi conocimiento previo durante la observación participante o en contactos preliminares para concertar las entrevistas)
- Actitud hacia la diversidad cultural y la inmigración (con los mismos criterios que el ítem anterior)
- Nivel de motivación para colaborar en la investigación

En lo que se refiere a los centros, un total de 20, tenían las siguientes características:

- 8 hospitales (7 en la provincia de Barcelona y 1 en la provincia de Tarragona). Tres de los centros eran concertados y el resto, públicos.
- 7 CAPs (2 en la ciudad de Barcelona, todos ellos públicos; 2 en ciudades del área Metropolitana, también públicos; 2 en la provincia de Barcelona, los dos concertados; y 1 en la provincia de Tarragona, público).
- 2 Centros de Salud Mental, uno de ellos específico para inmigrantes. Uno de ellos, concertado.
- Servicio de urgencias 061.
- 2 ONG o asociación de inmigrantes, ambos con actividades relacionadas con la salud.
- En cuanto a los centros o unidades específicas para atención a inmigrantes, fueron tres y ya están contabilizados en el listado anterior: dos de ellos estaban dedicados a la salud mental (un centro ambulatorio y una unidad hospitalaria) y otro a medicina tropical e interna (en una unidad hospitalaria).

La especialización de los profesionales entrevistados fue la siguiente:

- Anestesia: 1
- Auxiliar de enfermería: 1
- Coordinación de centro: 5 (4 de ellos, especializados en Medicina de Familia y 1 en Enfermería)
- Ginecología y Obstetricia: 2
- Mediación: 7
- Medicina de familia: 9
- Medicina Interna: 2
- Neumología: 1
- Pediatría: 7
- Personal administrativo: 4
- Personal de enfermería, de diferentes especialidades (de adultos, pediatría, comadronas, PASSIR y educación a pacientes): 14
- Psicología: 1
- Psiquiatría: 3
- Trabajo social: 3

La distribución de centros y especialidades se resume en la tabla siguiente:

	CAP público	CAP concertado	CSM	Hospital público	Hospital concertado	061	ONG	Total
Medicina de familia	6	2				1		9
Personal de enfermería (excepto comadronas y PASSIR)	4	2	1	3				10
Comadronas, PASSIR	1	1		1	1			4
Pediatría	3	1		2	1			7
Ginecología				2				2
Medicina interna				2				2
Anestesia				1				1
Psiquiatría			1	1	1			3
Psicología			1					1
Neumología	1							1
Auxiliar de enfermería				1				1
Trabajo social	1	1	1					3
Mediación	3	1		1			2	7
Coordinación de centros	4	1						5
Personal administrativo	2	1			1			4
Total	25	10	4	14	4	1	2	60

2.2.2. Orientación general de las entrevistas

A diferencia del planteamiento de la observación participante, para las entrevistas sí elaboré un guion detallado. Aclarar, sin embargo, que, como es habitual en las entrevistas cualitativas de tipo semiestructurado y en profundidad, este guion se entendía como un instrumento abierto y flexible, que utilizaba a modo de guía pero sin seguirlo rígidamente ni de manera secuencial. Formulaba las preguntas de manera abierta, siguiendo el hilo de una conversación natural y dejando que el profesional elaborara sus propias respuestas, limitándome a reconducir la conversación cuando

consideraba que se alejaba de los objetivos planteados y tratando, en cada momento, de obtener la mejor información posible en función de cada profesional concreto, preguntando y re-preguntando cuando era pertinente. De hecho, excepto la pequeña parte que podría calificarse como estructurada (relativa, fundamentalmente, a datos sociodemográficos y de especialización profesional), este guion no era visible para los entrevistados. Entendí que, excepto esta parte que indico, de cumplimentación rápida, no era necesario tener delante el resto del guion si, como hice, había memorizado su contenido y tenía claro el curso que debía tratar de imprimir a la conversación y que no mostrarlo favorecería que ésta fluyera de una manera natural y que el profesional no se sintiera intimidado por una amplia batería de preguntas ni creyera que podría robarle demasiado tiempo.

Este guion, como el resto de los utilizados por parte del resto de los etnógrafos del equipo, se discutió ampliamente en las sesiones conjuntas, con una finalidad doble. Por un lado, como parece obvio, para recoger las sugerencias, fruto de la experiencia y conocimientos, tanto de ellos como de la directora del proyecto; por otro, para no dejar de contemplar aspectos relevantes que podrían ser de utilidad al comparar datos obtenidos a partir de entrevistas a profesionales sanitarios y miembros de las poblaciones objeto de estudio.

Además, puse a prueba distintas versiones de este guion con profesionales de diversas especialidades con los que tenía un elevado nivel de confianza¹⁰, lo que me permitió introducir modificaciones y mejoras en el modelo inicial.

De manera resumida, el guion abordaba las siguientes cuestiones¹¹:

- Datos de la entrevista
 - Número de entrevista
 - Fecha
 - Lugar de realización

- Datos personales del profesional entrevistado
 - Identificador (para garantizar la confidencialidad)
 - Sexo
 - Fecha de nacimiento
 - Datos de contacto

- Datos de carácter profesional
 - Profesión

¹⁰ Estas entrevistas no están contabilizadas en el listado anterior, ya que no fueron completas y sólo estaban orientadas a poner a prueba y pulir el guion de entrevista.

¹¹ He dudado, mucho, si debía incluir el guion completo en un anexo a este texto y, finalmente, he decidido que no debía hacerlo (aunque el resumen que apporto es, en realidad, bastante amplio). Soy partidaria convencida de compartir el conocimiento y, de hecho, he facilitado este guion o partes de él a profesionales que me lo han solicitado. Sin embargo, en estos casos era posible explicar a estos colegas cómo fue diseñado, pensando en qué tipo de datos interesaba recoger, para qué tipo de profesionales, en qué momento concreto, en qué contexto de investigación... de forma que existían ciertas garantías de que se utilizaría de manera coherente y responsable. Aunque no cabe pensar que esta tesis vaya a tener una distribución masiva (¡) sí es cierto que estará disponible on-line y, en ese contexto, no puedo asegurar que el uso vaya a ser el adecuado, lo que me genera inquietud desde el punto de vista ético.

- Especialidad
 - Tipo de centro de trabajo
 - Titularidad del centro
 - Servicio o departamento
 - Ciudad
 - Cargo
 - Años de experiencia en el trabajo actual
 - Horas de trabajo al mes
 - Situación contractual
 - Características generales del trabajo que desempeña
 - Valoración de recursos disponibles para realizarlo.
 - Idioma de preferencia para realizar la consulta
- Características de los pacientes a los que atiende (según el profesional)
 - Cupo
 - Perfil sociodemográfico general
- Y sobre cada grupo o perfil genérico:
- Descripción general del estado de salud
 - Motivos principales de consulta
 - Patrón de uso de los servicios de salud
 - Impacto de las condiciones de vida en su salud y en su uso de los servicios
 - Impacto de la migración en su salud
 - Impacto de las cuestiones culturales en su salud y en su uso de los servicios
 - Cumplimiento de las indicaciones terapéuticas
 - Valoración que el profesional realizaba de la calidad de la comunicación con sus pacientes
- Y, de manera genérica:
- Propuestas sobre promoción de la salud para su cupo de pacientes
 - Valoración que el profesional realizaba sobre la existencia y factores relacionados con las desigualdades sociales en salud
- Cuestiones relacionadas con la diversidad cultural y la salud
 - Conocimiento de los supuestos legales para la atención a inmigrantes
 - Adaptaciones en la atención realizadas en su centro de trabajo
- Y valoraciones por parte del profesional sobre:
- El derecho a la asistencia para inmigrantes
 - El impacto de la inmigración en la salud pública
 - El impacto de la inmigración en la asistencia
 - Los protocolos asistenciales
 - La adecuación de las estructuras diagnósticas (especialmente para especialistas en salud mental)
 - La existencia de centros específicos para inmigrantes.
- Formación del profesional
 - Lugar de formación
 - Disponibilidad de formación específica en diversidad cultural, desigualdad social y salud
 - Actitud hacia este tipo de formación
 - Valoración de las posibilidades para realizar esta formación específica

- Sugerencias en torno al contenido y formato de este tipo de formación
- Conocimiento de idiomas

- Valoración del profesional del sistema sanitario y de la asistencia

Sobre:

- La calidad de la asistencia
- La estructura burocrática y accesibilidad del sistema
- La planificación y gestión del sistema
- La mediación
- La conveniencia de la incorporación de profesionales extranjeros

Y:

- Grado de reconocimiento percibido de su trabajo
- Valoraciones realizadas por la etnógrafa-entrevistadora
- Nivel de motivación
- Actitud hacia pacientes inmigrantes y pertenecientes a minorías étnicas

Insisto en que aunque en este listado se presentan de forma ordenada y secuencial, el guion se siguió de manera flexible e individualizada y las preguntas se formulaban, de manera coherente, de forma abierta y adaptada al perfil del profesional, al tipo de relación previa que existía con él o ella (cuando era así) y a la situación concreta en la que se estaba dando la entrevista. En la mayoría de los casos, los temas surgían espontáneamente, sin mayores necesidades directivas por mi parte excepto en algunos momentos y en temas muy concretos y, en general, el clima fue distendido y las conversaciones fluidas¹². De hecho, en realidad, ninguno de los profesionales a quienes se lo propuse rehusó ser entrevistado¹³ aunque cabe hacer a esta afirmación dos matizaciones: una que, como parece obvio, el nivel de colaboración y hasta podría decirse, de locuacidad, fue variable; otra, que de las tres entrevistadas descartadas por las interrupciones, creo que al menos dos hubieran podido continuar y la interrupción fue utilizada por el profesional como una manera de eludir continuar con la conversación. Opino, sin embargo, que estos dos profesionales pudieron ser sustituidos sin mayores problemas.

Las entrevistas se realizaron en prácticamente todos los casos dentro de las dependencias de los centros, bien en las consultas de cada profesional (fuera de la jornada de trabajo), en las bibliotecas o salas de descanso o en cualquier otra dependencia que fuera tranquila y a salvo, en la medida de lo posible, de interrupciones y *miradas y oídos indiscretos*.

La duración media fue, en general, de entre una y dos horas, casi siempre en una sola sesión. Y, salvo en los casos ya mencionados, que no se han tenido en cuenta en el

¹² Una puntualización que no me resisto a hacer: tengo más habilidades para la realización de entrevistas que para la observación participante.

¹³ Quiero agradecer una vez más, a todos ellos, su colaboración e implicación en el proceso de entrevista y en la investigación.

análisis, las interrupciones fueron escasas y breves, sin que afectaran de manera destacable al curso de la entrevista.

Grabé en formato audio (con grabadora digital) todas las entrevistas, con el consentimiento explícito de los entrevistados y con el compromiso por mi parte de no utilizar el audio de manera pública y anonimizar las transcripciones. Ninguno de los profesionales se negó a la grabación y creo que, después de los primeros momentos, la grabadora no pareció distorsionar el ritmo ni el contenido de la conversación.

Todas las entrevistas se transcribieron de manera literal, en formato Word. En un primer momento, por necesidades de tiempo, encargué la transcripción a un profesional de confianza (por supuesto, sin facilitarle los datos personales del entrevistado ni del centro, para garantizar la confidencialidad a la que me había comprometido). Una vez transcritas, escuché personalmente y de manera completa cada una de las entrevistas y revisé y completé (ampliamente) las transcripciones, intentando que entre la realización de la entrevista y su transcripción final hubiese transcurrido el mínimo tiempo posible. Sobre esto, también un aprendizaje: a pesar de tratarse de un proceso lento y laborioso no me cabe ninguna duda de que es imprescindible, si no la transcripción desde un primer momento, sí la revisión exhaustiva y minuciosa de la grabación y de lo transcrito por parte de quién ha realizado la entrevista, como manera de evitar los equívocos o tergiversaciones (aun involuntarias) de información y también la pérdida de datos sobre la dinámica de la entrevista, sobre lo que ocurría en el contexto y, especialmente, en lo relativo a la comunicación no verbal. Transcribirlas con cierta rapidez permitió, además, prestar mayor atención a los datos que se iban obteniendo y realizar modificaciones en la manera de conducir las siguientes entrevistas para permitir llegar a la información que se pretendía obtener.

Finalmente, consideré conveniente realizar una codificación de la información obtenida no sólo para su análisis cualitativo, obviamente, sino también para un análisis estadístico con el programa informático SPSS, que podía matizar la extensión del análisis cualitativo, al menos en la medida de lo posible, dada la cifra total de entrevistas.

3. LOS PROFESIONALES SANITARIOS COMO POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

En este apartado realizaré un sucinto repaso a las características de los profesionales con los cuales he trabajado en cuanto a su perfil demográfico y profesional (edad, sexo, especialidad...), condiciones de trabajo y, como es lógico y puesto que opino que permitirá al lector comprender mejor el alcance de los comentarios e hipótesis de los sucesivos capítulos, sobre su formación específica en temas de interculturalidad, inmigración, desigualdad y exclusión social en su relación con la salud y la asistencia sanitaria.

Insisto en que nunca he pretendido que los datos que presento tuviesen significación estadística pero sí he tenido un especial cuidado (como es lógico en cualquier actividad investigadora de tipo cualitativo) en diversificar ampliamente los perfiles para una adecuada representación de los profesionales y las situaciones. Durante la observación participante difícilmente se puede (y se debe), en cualquier caso, seleccionar

estrictamente y de manera rígida a los profesionales con los que se va a trabajar. En cuanto a las entrevistas, y aparte de mi propia experiencia (en cuanto a formación previa y también investigadora), fue la observación inicial en los centros (y también la información proporcionada por el resto de los etnógrafos del equipo) la que permitió seleccionar de manera adecuada la muestra. En su conjunto, opino que en ambas técnicas la representatividad (temática) de los perfiles y situaciones fue la adecuada para los intereses de la investigación.

3.1. PERFIL DEMOGRÁFICO, PROFESIONAL Y LABORAL

A continuación trataré las características demográficas (edad, sexo) y profesionales (especialidad, tipo de centro, experiencia...) de las personas con las que he trabajado, con una puntualización: los datos estadísticos se ofrecen sólo respecto a quienes fueron entrevistados (recordemos que un total de 60) pero los perfiles de aquellos con los que realicé la observación participante fueron básicamente similares.

Tanto para la edad como para el sexo, traté que la representación de los profesionales (en observación participante y en entrevistas) respondiera a la que se puede encontrar de manera habitual en los centros sanitarios. La distribución por sexo de los entrevistados fue la siguiente:

Sexo de los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	21	35	35	35
Mujer	39	65	65	100
Total	60	100	100	

Respecto a la edad, los entrevistados tenían una media de 41 años, con rangos entre los 23 y los 61. Además, de manera coherente con lo que percibí durante la observación participante, los rangos de edad (en entrevistas) estaban repartidos de manera adecuada, especialmente entre aquellos profesionales que se dedican, dentro de la asistencia directa, a ver pacientes de manera habitual, una actividad que, especialmente en ámbito hospitalario, va descendiendo a medida que aumenta la edad y los profesionales asumen, de manera casi siempre complementaria, otro tipo de responsabilidades.

Edad de los profesionales entrevistados				
	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	58	23	61	41,66
N válida	58 ¹⁴			

¹⁴ Dos de los profesionales prefirieron no revelar su edad: uno, rondaba los 60; otra, aproximadamente unos 50.

De manera desagregada:

Agregación de la edad de los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 25 años	17	28,3	28,3	28,3
Entre 26-45 años	19	31,7	31,7	60
Entre 46-55 años	18	30	30	90
Más de 55 años	4	6,7	6,7	96,7
N/C	2	3,3	3,3	100
Total	60	100	100	

En cuanto a la profesión, procuré también mantener, tanto en las entrevistas como en la observación, una adecuada representación de todos los perfiles profesionales que ejercen su tarea en el ámbito sanitario: personal médico de diferentes especialidades, personal de enfermería (también especializado en diferentes tareas), personal administrativo y de trabajo social, mediadores, psicólogos clínicos y gestores o coordinadores de centro. En lo que se refiere a las especialidades, sobre todo en ámbito hospitalario, es obvio que no están representadas, ni mucho menos, todas las que existen ni tampoco todas las que, de una u otra manera, tienen contacto con poblaciones inmigrantes, minorías o poblaciones en situación o riesgo de exclusión social. Durante los primeros momentos de la observación participante y ya en las etapas de prospección para la selección de centros, los contactos fueron mucho más amplios para tratar de comprobar si, de acuerdo con lo que se decía en la bibliografía sobre este tema, las especialidades más implicadas eran o no las que luego se seleccionaron. De acuerdo con esto, en los CAPs tuve en cuenta todos los perfiles en las etapas de observación participante mientras que, para las entrevistas, excluí los relacionados con la salud bucodental (a causa de las específicas –y limitadas– prestaciones que se ofrecen) y de salud mental (que se centraron en el ámbito hospitalario y en los centros específicos para población inmigrante). En los hospitales, la observación (con las características que ya he explicado en el apartado de metodología) y, sobre todo, las entrevistas se centraron en aquellas especialidades más involucradas en cuanto a volumen de pacientes inmigrantes (por criterios de edad, sexo y motivos principales de consulta por parte de esta población).

En concreto, para las entrevistas:

Profesión de los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Administrativo	4	6,7	6,7	6,7
Auxiliar de clínica	1	1,7	1,7	8,3
Coordinador o gestor	5	8,3	8,3	16,7
Enfermero	14	23,3	23,3	40
Mediador o traductor	7	11,7	11,7	51,7
Médico	25	41,7	41,7	93,3
Psicólogo	1	1,7	1,7	95
Trabajador social	3	5	5	100
Total	60	100	100	

Antes de continuar, se hace necesario realizar algunas puntualizaciones respecto a estos datos. En cuanto a los gestores o coordinadores de centros, aclarar que, de las cinco personas que fueron entrevistadas como tales, cuatro de ellos ejercían como médicos de familia y una como enfermera de adultos, todos ellos en CAPs. Por otra parte, utilicé la etiqueta “mediador o traductor” aunque todas las personas que ejercían una tarea de este tipo se identificaban a sí mismas como “mediadoras interculturales”. Fueron todas mujeres y, de las siete, dos, se encontraban, en el momento de la entrevista, en periodo de formación realizando las prácticas en CAPs. En cuanto al resto, con o sin formación específica, dos trabajaban en una ONG, una en una asociación de inmigrantes, dos en CAPs y una en un hospital.

En cuanto a las especialidades, buscando, como he dicho, una adecuada representación de perfiles, intenté (en entrevistas) un equilibrio entre medicina de familia (13 profesionales; cuatro de ellos, coordinadores o gestores de centros), otras especialidades médicas (16) y enfermería de las diferentes especialidades (15; una de ellas, coordinadora). Los 15 casos recogidos como N/P en la siguiente tabla se refieren a los cuatro administrativos, un auxiliar de enfermería, tres trabajadores sociales y siete mediadores, a los cuales no he asignado especialidad dentro de su profesión.

La distribución por especialidades de las personas entrevistadas quedó, entonces, así:

Especialidad de los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Anestesia	1	1,7	1,7	1,7
Psicología	1	1,7	1,7	3,3
Neumología	1	1,7	1,7	5
Medicina Interna	2	3,3	3,3	8,3
Ginecología y obstetricia	2	3,3	3,3	11,7
Enfermería de adultos	7	11,7	11,7	23,3
Enfermería de pediatría	4	6,7	6,7	30
Comadrona o PASSIR	4	6,7	6,7	36,7
Medicina de familia	13	21,7	21,7	58,3
Pediatría	7	11,7	11,7	70
Psiquiatría	3	5	5	75
N/P	15	25	25	100
Total	60	100	100	

En lo que se refiere al centro de trabajo, tal como expliqué en el apartado de metodología, realicé observación participante en un total de cinco CAPs y una unidad de atención a la salud mental específica para población inmigrante (dos CAPs y esta unidad de salud mental, en la primera etapa; uno de los CAPs de la primera etapa y otros tres más y la misma unidad de salud mental, en la segunda).

Para las entrevistas, seleccioné profesionales en hospitales, CAPS, un CSM (Centro de Salud Mental, para todo tipo de población), centros o unidades específicas para atención a inmigrantes y una ONG y una asociación de inmigrantes (cuyas tareas se relacionaban, en los dos casos, entre otras cuestiones, con la salud). En concreto:

Tipo de centro de trabajo de los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hospital	15	25	25	25
CAP o CSM	37	61,7	61,7	86,7
Centro o Servicio específico para inmigrantes (en hospital, CAP o CSM)	5	8,3	8,3	95
61	1	1,7	1,7	96,7
ONG, asociación	2	3,3	3,3	100
Total	60	100	100	

Tipo de centro de trabajo de los profesionales entrevistados, por especialidad												
	Hospital		CAP o CSM		Servicio específico		061		ONG, asociación		Total	
	N	% fila	N	% fila	N	% fila	N	% fila	N	% fila	N	% fila
Administrativo	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	4	100
Auxiliar de clínica	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Coordinador o gestor	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	5	100
Enfermero	5	35,7	9	64,3	0	0	0	0	0	0	14	100
Mediador o traductor	1	14,3	4	57,1	0	0	0	0	2	28,6	7	100
Médico	7	28	13	52	4	16	1	4	0	0	25	100
Psicólogo	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Trabajador social	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	3	100
Total	15	25	37	61,7	5	8,3	1	1,7	2	3,3	60	100

En cuanto a la titularidad del centro, corresponde, mayoritariamente, tanto para entrevistas como para la observación, a centros públicos. En la observación participante la tipología de los centros fue de cuatro CAPs públicos y uno concertado (como ya dije, fue muy limitada, para el caso de los hospitales).

No trabajé en centros sanitarios privados (ni en la fase de observación ni en la de entrevistas), por dos motivos. El primero, el consenso, en la bibliografía, de que el recurso a este tipo de dispositivos es minoritario en población inmigrante; el segundo, porque aunque hubiera sido interesante para comprobar empíricamente si esto era así, sobre todo en lo que se refiere a la salud bucodental (donde la bibliografía señala una mayor afluencia, para todos los tipos de población) y los cuidados de obstetricia y pediatría (donde los datos en publicaciones especializadas pueden ser contradictorios), el tiempo disponible para la investigación no lo permitió. Sí realicé entrevistas a dos trabajadoras, de una ONG y una asociación de inmigrantes (registrados en la tabla siguiente como N/P).

Respecto a la titularidad de los centros en los que trabajaban los profesionales entrevistados, la distribución fue la siguiente:

Titularidad del centro en el que ejercen los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Público	41	68,3	68,3	68,3
Concertado	17	28,3	28,3	96,7
N/P	2	3,3	3,3	100
Total	60	100	100	

En cuanto a la distribución geográfica, en el caso de la observación participante en primaria ya indiqué que cuatro de los CAPs estaban en la provincia de Barcelona y uno en la de Tarragona. La unidad de atención a salud mental para inmigrantes estaba en Barcelona ciudad. En lo que se refiere a las entrevistas, las realicé en las provincias de Barcelona (ciudad y Área Metropolitana) y de Tarragona pero no mencionaré los datos estadísticos de la proporción en cada una de las ciudades concretas para evitar proporcionar, aunque sea involuntariamente, información que pueda permitir identificar los centros o a los profesionales. Tengo, además, el convencimiento de que su ubicación concreta, más allá de reconocer, para el caso de la provincia de Barcelona, que se trató tanto de la ciudad como del Área Metropolitana, es indiferente para los propósitos de la investigación. El motivo para que el reparto geográfico se limitara a las provincias de Barcelona y Tarragona se explicó en el apartado de metodología: la necesidad de centrarme en ciudades y barrios en los que el resto de los etnógrafos del equipo trabajaran con sus poblaciones¹⁵.

Otro de los criterios que tuve en cuenta para la distribución de los profesionales tanto en la observación participante como, muy especialmente, para las entrevistas, además de los anteriores, fue el número de años de experiencia en el trabajo que realizaban en aquel momento, intentando encontrar, también en este caso, un equilibrio. En concreto, en entrevistas:

Años de experiencia en el trabajo actual de los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 5 años	12	20	20	20
5-10 años	15	25	25	45
11-20 años	20	33,3	33,3	78,3
Más de 20 años	13	21,7	21,7	100
Total	60	100	100	

Tal y como expliqué en el apartado de metodología, otro de los criterios, tanto durante la observación participante como para seleccionar a los profesionales entrevistados, fue atender a sus condiciones de trabajo, puesto que cabía pensar que pudiera constituir un elemento importante para entender las características de la atención y las valoraciones y experiencias expresadas por los profesionales respecto a la población a la que atendían y

¹⁵ El lector puede consultarlos en el Anexo.

sobre el propio sistema sanitario. En concreto, atendí a la situación contractual y el número de horas de trabajo al mes.

En lo que se refiere al primer aspecto, la distribución entre los profesionales entrevistados fue la que se recoge en la tabla siguiente, muy similar a lo que pude averiguar durante la observación participante:

Situación contractual en el momento de la entrevista				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estatutario	15	25	25	25
Interino	15	25	25	50
Laboral fijo	23	38,3	38,3	88,3
Laboral temporal (no formación)	4	6,7	6,7	95
Contrato de formación ¹⁶	3	5	5	100
Total	60	100	100	

Se observa, así, que buena parte de los profesionales entrevistados no disfrutaban, en realidad, de ese trabajo de índole funcional que les suele otorgar el imaginario colectivo. Y, como era de esperar, las situaciones de mayor inestabilidad contractual se dan entre los más jóvenes:

Situación contractual en el momento de la entrevista, por edad										
	Estatutario		Interino		Laboral fijo		Laboral temporal (no de formación)		Contrato de formación	
	N	% fila	N	% fila	N	% fila	N	% fila	N	% fila
Menos de 35 años	0	0	8	47,1	6	35,3	1	5,9	2	11,8
Entre 36-45 años	6	31,6	3	15,8	6	31,6	3	15,8	1	5,3
Entre 46-55 años	6	33,3	3	16,7	9	50	0	0	0	0
Más de 55 años	2	50	0	0	2	50	0	0	0	0
N/C	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0
Total	15	25	15	25	23	38,3	4	6,7	3	5

Respecto a los datos anteriores, es imprescindible realizar un comentario: en contra de lo que se podría pensar y también de lo que suele decirse con bastante ligereza en algunos ámbitos políticos y mediáticos, ni durante la observación participante ni en las entrevistas encontré ninguna diferencia (en negativo) que llamara la atención en cuanto

¹⁶ Los contratos en formación corresponden a un médico residente y dos mediadoras en prácticas.

al nivel de dedicación o actitud de los profesionales que se encontraban en situación contractual precaria o menos estable respecto a los estatutarios. Antes al contrario, algunos casos en los que evidenciaba una cierta actitud de menor implicación, frustración o cansancio, creo que puedo afirmar que se relacionaba más con la edad y el número de años de ejercicio que con la situación contractual en sí misma (aunque, como hemos visto antes, a menudo se relacionen directamente) y que parecía deberse, fundamentalmente, a una percepción de que las condiciones en las que realizaban su trabajo (en cuanto a incremento en el volumen de pacientes, complejidad asistencial de los mismos y escaso apoyo que reciben para atenderles) empeoraban con los años. Esto es algo que importante de resaltar y que habla muy a favor de los profesionales que ejercen en nuestro sistema sanitario, sobre todo, si tenemos en cuenta que, en nuestro modelo de atención, en primaria, son los profesionales más jóvenes los que, al abrirse cupos nuevos, suelen tener porcentajes de población inmigrante más elevados y, en ámbito hospitalario, los que se dedican en mayor medida a la asistencia directa.

Además de la situación contractual, indagué también el número de horas, reales, que los profesionales trabajaban al mes, en un intento de valorar si esto podía dejar algún tipo de huella en su manera de ejercer. Los datos, para entrevistas, fueron los siguientes:

Número de horas (reales) que trabajan al mes los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 80 horas	1	1,7	1,7	1,7
80-160 horas	37	61,7	61,7	63,3
161-200 horas	15	25	25	88,3
Más de 200 horas	7	11,7	11,7	100
Total	60	100	100	

Así, si fijamos, aproximadamente, en 160 horas al mes la definición de una jornada laboral completa, nos encontramos que el grueso de los profesionales entrevistados se encontraban dentro de este rango. Concretamente, del 61,7% que se encuadraban en él, la práctica totalidad tenían contratos a jornada completa. Tan sólo hubo un caso de menos de 80 horas al mes, que correspondía a una enfermera en situación de prejubilación. Ahora bien, el dato que más llama la atención es que una cuarta parte de los profesionales afirmaban tener un tiempo de dedicación por encima del establecido como jornada completa, incluso, más del 10%, por encima de las 200 horas. Y aclarar también, que este dato se requirió en lo que se refiere a la actividad dentro del centro de trabajo (bien en la asistencia directa o en otras tareas), es decir, no se contabilizó el tiempo que cada uno de estos profesionales dedica a su formación continuada, que, en el caso de algunas especialidades, puede ser considerable. Esta información fue concordante con la que fui recogiendo durante la observación participante.

Los datos mostraban también, de manera clara, que son los médicos menores de 40 años los que dedican un mayor número de horas al trabajo y, en general, que el porcentaje de aquellos que dedican horas por encima de las contractuales se incrementaba a medida que descendía la edad, lo cual es, nuevamente, una clara radiografía del sistema sanitario catalán actual: los profesionales más jóvenes, con peores condiciones de trabajo y mayor precariedad, son aquellos que dedican un volumen de horas mayor a la

asistencia, muy por encima incluso de las que figuran en su contrato. Sin duda, esta dedicación es algo que conviene tener presente para encuadrar los fenómenos, matizar adecuadamente las críticas y asignar responsabilidades respecto al funcionamiento del sistema.

Más aún, durante las entrevistas, llevé a cabo una valoración subjetiva sobre el nivel de motivación de los profesionales para hacer su trabajo y sobre su grado de sensibilización respecto a las necesidades en salud y de atención sanitaria de la población inmigrante. A pesar de que insisto en dejar claro que se trata de una apreciación subjetiva, basada en las respuestas durante las entrevistas, creo que merece la pena destacar que el nivel de motivación estimado fue fundamentalmente alto, y lo fue, además, independientemente de la especialidad, el centro de trabajo o las condiciones contractuales. Y esto es algo que debe tenerse en cuenta: a pesar de las condiciones en las cuales ejercen, a menudo duras, nuestro sistema sanitario parece contar con profesionales que, en general, muestran un buen nivel de motivación para afrontar los retos de su trabajo. Aunque, si se quiere, puede hacerse una lectura inversa, también, creo, igualmente correcta: para afrontar los retos del trabajo en el sistema sanitario público catalán hoy en día es necesario estar muy motivado. Vale la pena reflexionar sobre esto: qué se les pide y en qué condiciones y qué se les ofrece y se les reconoce a los profesionales que cuidan de nuestra salud, para que tanto las demandas como los reconocimientos puedan ser justos y ajustados, también, a la realidad y a las posibilidades del sistema.

En cuanto a la sensibilización (no conocimientos) de estos mismos profesionales sobre las necesidades de sus pacientes inmigrantes, sólo en pocos casos la valoré (también subjetivamente) como escasa, repartiéndose casi equitativamente entre alta y media. Aunque es un dato que no puede calificarse de malo, y que merecería, en sí mismo, una investigación específica y en profundidad, sí apunta a la necesidad de realizar labores de información y formación de nuestros profesionales.

3.2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS ATRIBUIDAS POR LOS PROFESIONALES A LOS CUPOS DE PACIENTES

Indagué con los profesionales, tanto durante la observación participante como en las entrevistas, sobre el volumen de sus cupos de pacientes y las características básicas de éstos, en cuanto a datos sociodemográficos y también estado de salud, motivo de consulta y patrón de uso de los servicios. En este apartado, me referiré al volumen de población atendida y las estimaciones en cuanto a su procedencia (puesto que me parece necesario para encuadrar la información que sigue) y dedicaré sucesivos apartados, más adelante, al resto de las cuestiones.

Los datos en cuanto a los cupos de pacientes fueron concordantes para ambas técnicas. En concreto, en entrevistas a profesionales de primaria¹⁷:

¹⁷ He excluido de esta tabla a los profesionales hospitalarios y, entre los de primaria, a los que trabajaban exclusivamente en consultas de atención continuada, los mediadores, trabajadores sociales y administrativos puesto que, para estos casos, no puede hablarse, estrictamente, de un cupo fijo asignado de pacientes.

Cupo aproximado de pacientes (para los perfiles pertinentes)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 500	1	3,6		3,6
500-1000	8	28,6		32,2
1001-1500	4	14,3		46,5
Más de 1500	11	39,3		85,8
N/S	4	14,3		100
Total	28	100		

En la tabla anterior, el dato más llamativo es que casi el 40% de los profesionales tenían cupos de más de 1500 pacientes, lo que muestra una situación de presión asistencial considerable que no puede soslayarse si se pretende entender verdaderamente cuál es la situación en la que se trabaja, y en la que se es atendido, dentro de nuestro sistema sanitario público.

En cuanto al porcentaje de población inmigrante en los centros, la mayor parte de los profesionales de asistencia directa consultados, tanto en entrevistas como durante la observación participante, lo desconocían. Sí ofrecieron estimaciones que, en las entrevistas, fueron las siguientes:

Volumen estimado de pacientes inmigrantes que atienden los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos del 10%	3	5	5	5
10-20%	6	10	10	15
21-30%	8	13,3	13,3	28,3
31-50%	10	16,7	16,7	45
Más del 50%	12	20	20	65
N/P ¹⁸	17	28,3	28,3	93,3
N/S	4	6,7	6,7	100
Total	60	100	100	

Y no deja de ser llamativo que no todos los profesionales sabían qué porcentaje de población inmigrante atendían, ni siquiera entre los administrativos encargados de tramitar las Tarjetas Sanitarias:

¹⁸ Los 17 casos contabilizados como N/P (No Procede), corresponden a los 5 administrativos, 1 auxiliar de enfermería, 5 profesionales que trabajan en centros específicos para inmigrantes y 7 mediadores.

P¹⁹.- ¿Qué porcentaje de población inmigrante tenéis aquí, más o menos?

R.- Yo no lo sabría decir bien, pero yo que sé. Pero muchos... *Pakis* tenemos muchos. Porque, además, tenemos pisos que... cuando vienen a darse de alta tienen que traer el padrón y hemos encontrado pisos con 20 y 30 empadronados... (Profesional administrativo)²⁰

R.- No lo sé...

P.- ¿Aproximadamente?

R.- Sí, bueno, me lo invento... Pues a lo mejor cerca del ¿veinte? Puede ser...

P.- Tu cupo, ¿igual?

R.- Me imagino que sí. (Enfermera de un CAP)

No puedo establecer las causas de este desconocimiento pero, probablemente, se relaciona con diversos factores: la escasa familiarización (y, a veces, incluso, acceso) de los profesionales de asistencia directa a los datos estadísticos, la tendencia a sustituir este conocimiento preciso por impresiones basadas en la experiencia diaria (y, es necesario decirlo, en algún que otro estereotipo) y también la actitud de que las características del cupo “son las que son” y “los porcentajes dan igual... son pacientes, punto”²¹.

Pero, sin duda, el dato que más resalta es el 36% de profesionales entrevistados que tienen más del 30% de pacientes inmigrantes en sus cupos. Ahora bien, no podemos perder de vista que la investigación se realizó en centros seleccionados, precisamente, porque atendían a un volumen importante de este tipo de población, de manera que, si se considerara el conjunto completo de centros de Cataluña, el porcentaje sería, sin duda, menor. Pero, aun así, tampoco puede negarse que estos centros no constituyen, en realidad, casos extremos, únicos o aislados, sino que muestran una realidad que se vive en no pocas zonas de Cataluña. No tengo dudas, tampoco, al afirmar que, para un profesional, tener más de un 30% de población inmigrante, independientemente de su procedencia y su manejo de los idiomas locales, genera una presión asistencial elevada, tanto desde el punto de vista de la carga objetiva de trabajo como también, y no es poco importante, en cuanto a la presión psicológica que a menudo genera la atención a este tipo de pacientes. Y esto es más evidente todavía si se tiene en cuenta que estos perfiles de población no se contemplan, habitualmente, para el cálculo de la carga asistencial y la asignación de cupos. En palabras de una profesional:

R.- Sí, pero supongo que tenemos demanda, ¿no? Aquí hay muchísima gente. Sí. En pediatría... algunos días he visto la lista de... de treinta personas, por ejemplo, y veinticinco de ellos son pakistaníes. O de diez, siete son pakistaníes. (Mediadora de la zona indo-pakistanesa)

¹⁹ R: respuesta; P: pregunta.

²⁰ Una aclaración respecto a los fragmentos de entrevistas que, a partir de ahora, reproduciré de manera extensa: todos ellos proceden de la transcripción literal de las entrevistas a profesionales pero, para su inclusión en este texto, con el objetivo de facilitar la lectura, las he modificado muy ligeramente eliminando faltas de concordancia, muletillas repetitivas, etc. Sin embargo, no he modificado, en absoluto, el contenido semántico. Al final de cada fragmento incluyo los datos básicos de la especialización del profesional que permiten contextualizar la cita pero limitando al máximo la información, con el objetivo de asegurar la confidencialidad. Utilizo estas citas para ilustrar, con la voz de los profesionales, los temas que voy abordando pero el texto puede leerse independientemente de ellas.

²¹ Se trata de opiniones de profesionales durante la observación participante, recogidas en mi diario de campo.

De hecho, si para calcular la presión asistencial se tuviera en cuenta, como uno de los muy diversos factores implicados, la diferencia cultural respecto a la sociedad mayoritaria, ésta carga asistencial podría considerarse aún mayor en los centros en los que he trabajado, puesto que, entre los mismos profesionales entrevistados, un 36% tenía también un porcentaje relevante de pacientes gitanos autóctonos en sus cupos. Se trata, en realidad, del traspaso a los centros sanitarios de la realidad demográfica de los barrios.

P.- ¿Qué porcentaje de población inmigrante tienes?

R.- *Oh*, un montón. Yo el primer día que vine, salí allí [la sala de espera] y más de la mitad eran pakistaníes. ¡Pero si no sé decir ningún nombre de estos! [Se ríe] A veces les enseño el papel porque... hay muchos que se parece mucho el nombre. Y, claro, mi dicción tampoco no es que sea perfecta, ¿no? Entonces, a veces, si se me levantan dos, les tengo que ir enseñando el nombre. Nosotros, y la doctora que visita más gente, todavía más. Yo creo que más de la mitad de la población es pakistaní. ... no lo he estudiado... indios, de la India, vaya. Rumanos, muy poquitos. Y luego, del otro 50% yo diría que la mitad son gitanos de aquí. Sí. Me parece esto, ¿no? (Enfermera de adultos en un CAP)

Volumen estimado de pacientes gitanos autóctonos a los que atienden los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tiene	10	16,7	16,7	16,7
Tiene muy pocos	10	16,7	16,7	33,3
Tiene un porcentaje relevante dentro del cupo	22	36,7	36,7	70
N/P ²²	17	28,3	28,3	98,3
N/S	1	1,7	1,7	100
Total	60	100	100	

No obstante, ni la inmigración, ni la diferencia cultural o la situación socioeconómica de los pacientes son parámetros que se tengan habitualmente en cuenta para el cálculo de la carga asistencial de un profesional. Y esto es algo sobre lo que merece la pena reflexionar: en primer lugar, si es o no adecuado tenerlo en cuenta, valorando los posibles beneficios pero también los riesgos y, sobre todo, las dificultades para hacerlo correctamente. Entre los primeros, los evidentes parecen ser reconocer a los profesionales la dificultad de su trabajo y las necesidades específicas que, en cada caso, pueden tener para realizarlo. Entre los segundos, el hecho de que una cierta *especialización* en pacientes considerados más complejos (o menos) atendiendo a estas cuestiones pueda llevar asociado algún tipo sesgo en la mirada de los profesionales (que podrían tender a focalizar algunas de sus interpretaciones en ellas) y la limitación en la adquisición de conocimientos y experiencia en las poblaciones reales (diversas, en muchos sentidos) por parte del conjunto de los profesionales, por no hablar de las más

²² Como en la nota anterior, los 17 casos contabilizados como N/P (No Procede), corresponden a los 5 administrativos, 1 auxiliar de enfermería, 5 profesionales que trabajan en centros específicos para inmigrantes y 7 mediadores.

que posibles discrepancias entre ellos sobre los posibles criterios de asignación de complejidad. Entre las dificultades, la de identificar los parámetros que ayudaran a definir la carga asistencial y también la manera concreta de medirlos, algo, ya lo hemos visto en capítulos anteriores, sumamente complicado. No obstante, no puede dejar de reconocerse que es necesario que los profesionales que trabajamos en este ámbito desarrollemos conocimientos, habilidades e instrumentos que permitan evaluar de una manera confiable la dificultad del ejercicio profesional y las necesidades de muy diversa índole que generan y deben movilizar para su asistencia los también muy diversos perfiles de usuarios.

Otra de las cuestiones que más me llamó la atención, especialmente durante los primeros momentos de observación participante en los CAPs, es que el porcentaje de población inmigrante en los cupos puede diferir mucho entre profesionales de un mismo centro. Esto parecía ser debido a los criterios de asignación, que son variables. En algunos CAPs, los cupos nuevos se van abriendo a medida que llega nueva población (que, en los barrios en los que trabajamos, suele ser fundamentalmente población inmigrante) y se asignan a los profesionales que se van incorporados más recientemente, de forma que pueden llegar a tener un cupo en el cual esta población sea mayoritaria.

R.- No t'ho sé dir [cuánta población inmigrante tiene]. És bastant alta, segur... A una consulta diària, una llista normal, jo puc tenir entre un vint-i-cinc i un trenta per cent. Perquè d'altres noves, com és una consulta nova, los tinc jo... De cada quatre, un, són meus. (Médico de familia en un CAP, mujer)

En otros CAPs, los pacientes nuevos se van repartiendo entre los cupos ya existentes y los de apertura reciente, de forma que los perfiles de población son más variados. Sin embargo, esta última opción implica, a menudo, cambiar de profesional a pacientes ya asignados, lo cual no siempre es muy aceptado –ni, tampoco, conveniente en términos de atención a la salud– y genera, en ocasiones, ciertos conflictos en los centros.

La situación, a nivel de ciertas especialidades hospitalarias, como pueden ser la Pediatría y la Ginecología y la Obstetricia, aunque no sólo en ellas, es muy similar al descrito para el caso de primaria:

P.- Pero, ¿y en partos?

R.- Pues diferencia entre sudamericanas, afrocaribeñas, madres afrocaribeñas, asiáticas, subsaharianas y magrebís. O sea, estos cinco grandes grupos sí puedes decir. El 30% de todos los partos son mujeres inmigradas. (Pediatra en un hospital, mujer)

R.- Estamos en casos del 30% de partos, aquí en nuestro centro... (Ginecóloga en un hospital)

P.- ¿Qué porcentaje de población inmigrante podéis tener aproximadamente?

R.- *Humm...* Aquí yo diría que menos del 10%. Al menos en planta. Otra cosa serían Urgencias, pero no te sabría dar datos ahora. (...) (Psiquiatra en un hospital, hombre)

Por otra parte, cuando durante nuestra investigación tratábamos de establecer perfiles de la población atendida en los centros sanitarios llamaba la atención la dificultad para obtener datos relativos a sus características demográficas y socioeconómicas, de manera precisa, lo cual implica desinformación entre los profesionales y limita la orientación

correcta de las intervenciones y la investigación, algo de lo que ya he hablado en capítulos anteriores y de lo que se lamentan reiteradamente los profesionales y sobre lo que, por tanto, es necesario trabajar.

En el momento de realizar este trabajo, existía una enorme diversidad en cuanto a la procedencia de pacientes en los cupos tanto de primaria como de atención hospitalaria, tanto en lo que se refiere a población inmigrante como a la que no lo es.

R. - Hasta un 30% es población inmigrante, no consigo todavía tener datos exactos, porque he intentado muchas veces que dentro de los datos administrativos de entrada se ponga el país de origen de la familia, no del niño, porque el niño es nacido aquí. Y, no hay manera. Se ha abierto un ítem en los datos administrativos, pero nadie lo llena porque... la presión y la prisa... a pesar de haber insistido varias veces; pero, claro, yo soy un soldado raso y no puedo insistir más. Entonces, los datos que tengo son los datos de los partos. En su día, insistí en que, como ellos recogen una serie de datos, que se diferenciaron grandes grupos y diferencian asiáticos en general, que aquí tenemos la suerte de no tener que distinguir entre indopakistaníes y chinos..., hay una familia paquistaní, creo, pero los demás son chinos, no hay ningún filipino... ni ninguno más, ¿eh? Y, después, sudamericanos: imposible saberlo porque todos tienen nombres como los nuestros, aunque se llaman de nombre de pila pues... nombres compuestos... [Se ríe] Carlos José, Cristina Vanessa, etc., etc. En cambio, los nombres chinos son claramente diferentes y yo ya estoy acostumbrada a diferenciar los nombres subsaharianos de los marroquíes. Y a partir de aquí ya no podemos saber nada más... (Pediatra en un hospital, mujer)

P.- Si tuvieras que hacer grupos con las mujeres que llegan ¿qué dirías?

R. - La mayoritaria es la sudamericana; es la más más importante. No lo tengo de contabilizado, ¿eh? En sala de partos tenemos un 40% de inmigrantes y, de ellos, la mayoría son sudamericanos, la gran mayoría. Después, la población china a este hospital viene de vez en cuando pero no es lo mayoritario. Las marroquíes son una población importante. (...) Rumanos tenemos, pero pocos. Es una población mínima pero en aumento, porque así como antes era rarísimo, de aquí a dos o tres años, aquí a nivel de la consulta podemos tener tres o cuatro señoras que consultan cada mes... tampoco debe haber más... Subsaharianas también hay pero tampoco son el grueso. Lo son las sudamericanas y marroquíes. (Ginecóloga en un hospital)

P.- ¿Si tuvieras que hacer grupos con las mujeres que tienes, qué dirías?

R. - (...) Pues no sé... [Se refiere a mujeres que acuden para dar a luz] Quizá, casi que es obligado decir las inmigrantes. (...) Pues tenemos un 40%. Sí, muy alto. Y luego, pues la población de la zona, que también es diversa. Tenemos el grupo más... más de élite, dijéramos, que es *** [cita dos barrios que pueden considerarse de nivel socioeconómico medio-alto y alto]... Y, luego, pues también la gente de *** [cita dos barrios que pueden considerarse de nivel bajo y medio-bajo]

P.- Y también un porcentaje de población gitana ¿no?

R.- Sí, pero no te sabría decir, la proporción, ¿eh? Quizás no tan alto como el otro.

P.- De los inmigrantes, ¿me puedes decir qué procedencias?

R.- Pues magrebíes, pakistaníes, sudamericanos... chinos, de Rumania y Países del Este, Georgia... Pero básicamente magrebíes, pakistaníes y sudamericanas.

P.- ¿De esta población del Este, gitanos o no gitanos?

R.- Algunos, algunos... [no aclara si gitanos o no] (Comadrona en un hospital)

Sin embargo, como se ve en las citas anteriores y también en las siguientes, en la mayoría de los cupos, excepto pocas excepciones, parecen destacar más unos grupos de pacientes inmigrantes (en cuanto a procedencias) sobre otros:

R. - A nivel de procedencia, nosotros aquí en *** tenemos el gran grupo de los magrebíes, que básicamente son marroquíes, el gran grupo de los subsaharianos, que tienen muchas cosas en

común [entre ellos], y un colectivo chino creciente de unas mil quinientas personas; pero tiene el problema de que o la medicina china funciona bastante bien o que [a los niños en edad pediátrica] se los llevan a los pocos meses de vida al país de origen, como parece que muchas veces ocurre, y vienen luego ya de mayores... o no sabemos. Aquí hay un desconocimiento importante de lo que pasa con el niño chino (...). Más o menos, el colectivo marroquí es, si no el doble que el colectivo subsahariano, casi el doble, y el colectivo chino pues tiene importancia a nivel de maternidad porque son un 5% aproximadamente de todos los partos. Y de partos de mujeres africanas,... un 20%, de los cuales, pues un 15%, quizá menos, serían marroquíes y el otro 5%, serían subsaharianas. Quizá es el 8% y el 12%, una cosa así. (Pediatra en un hospital, mujer)

R. - *Vale...* jo tinc el grup més petit, de gent més jove... Doncs, tinc... joves, podríem dir dels vint fins als trenta-cinc..., per exemple... ; gent jove, que treballa... igual homes que dones... que venen en un moment puntual; són els que fan una demanda molt concreta, són poc freqüentadors... *Ahhh!* dins d'aquest grup hi ha un grup de la mateixa edat que són els migrants, no? Que aquí trobo més patologia... els diferencio perquè aquí trobo més patologia d'adaptació... de dol... somatitzadors... Dels quaranta-cinc fins als seixanta... dones; dones d'aquí, sobre tot, dones molt cremades, molt cansades... molta problemàtica d'autoestima, *vale?*... Són molts... problemes articulars... (...); la dona ja s'incorpora als quaranta i pico, eh? A partir dels seixanta-cinc s'incorporen homes..., que es jubilen i comencen a preocupar-se de la salut... que no es troben bé... d'adaptació a la vida... I la tercera edat, que tinc molt poca gent... i que aquest més aviat vaig a veure'ls a casa, venen poc. (...)

P.- I quines procedències?

R. - Tinc... Sobretot ara m'estic trobant llatinoamericans.. sobre tot, equatorians, *hmm...* després... africans, sud-africans... *Bueno*, perdó, marroquins, també molts, potser abans que africans. I ja molt pocs, molt pocs, xinesos... A la part dels de l'Est...que són els que menys...

P.- Romanesos?

R.- Els romanesos costa que vinguin a la consulta... amb aquests estan fent un treball a nivell social...

P.- Gitanos romanesos?

R.- Sí, aquest vénen... vénen molt poquet ... També russos... bielorusos...

P.- Pakistanesos?

R.- *Hmm...* també. Molts, sí, també... Molts. Potser és el tercer grup. És el tercer grup, sí. Llatinoamericans, pakistanesos i magrebins, *ahí-ahí* estem... els altres són pinzellades. (Médico de familia en un CAP, mujer)

Así, cuando se les pedía, durante las entrevistas que intentarían, de manera genérica, establecer grupos de pacientes sólo (¿sólo?) un 20% de los profesionales entrevistados afirmaban tener, de manera significativa, más de tres grupos diferentes (en cuanto a procedencia) de pacientes inmigrantes.

Número estimado de grupos de pacientes inmigrantes que atienden los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	6	10	10	10
2	7	11,7	11,7	21,7
3	27	45	45	66,7
Más de 3	12	20	20	86,7
N/P	8	13,3	13,3	100
Total	60	100	100	

El número de grupos diferentes suele ser limitado aunque exista toda una constelación de colectivos en cada cupo, lo que, una vez más, y como ya señalé en el Capítulo 1, refleja la realidad de la distribución preferencial de estas poblaciones en determinadas zonas: es conocido que parte de la población gitana autóctona vive en determinados barrios y ciudades de manera más frecuente, como también lo es que la población inmigrante tiende a asentarse en aquellos lugares donde tienen familiares, conocidos o personas de su mismo lugar de origen, habitualmente, también, zonas donde la vivienda es más barata. Obviamente, existe población tanto de un cómo de otro tipo que no viven en estos barrios. Además, y también lo hemos visto, en cuanto a población autóctona, no es extraño que en lugares como los que aquí tratamos haya un porcentaje considerable de población no gitana de edad avanzada, en general, de un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo. En consecuencia, se podría decir que este reparto demográfico en los barrios se traslada, de manera lógica, a los centros sanitarios y es especialmente claro en los de primaria.

R. - A ver, yo aquí llevo desde hace 18 años. Entonces... he conocido un poco la evolución del barrio...yo ahora tengo los que son de *** [cita el barrio donde está el CAP] de toda la vida, que era una población media baja de inmigrantes [de otras zonas de España] que no se han podido ir del barrio después del *boom* de pakistaníes... pues todavía los conservo. Entonces, esos para mí serían el grupo antiguo, digamos. Entonces, al tener yo turno de mañana, pakistaníes pocos me han llegado, un 10, un 15%... cinco o seis cada día, que es gente joven y ya empieza a haber cuarentones... Que vienen por patología aguda... Y gitanos, que gitanos hay...desde... Ahí sí que tengo toda la variedad de edades.

P.- Te refieres a gitanos autóctonos, no rumanos.

R.- Gitanos rumanos... a mí no me llegan. Quizás ... los cupos de tarde sí que tengan. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Tanto durante la observación participante como en el curso de las entrevistas, pude observar que esta preponderancia de un número limitado de grupos facilita la familiarización con sus características generales por parte de los profesionales, mientras que tener un número reducido de pacientes pertenecientes a muchos colectivos diferentes incrementa la sensación de dificultad en el manejo del cupo. Aunque, también hay que decirlo, y lo he mencionado ya, la familiarización no implica, automáticamente, un buen conocimiento y puede conducir –de hecho, frecuentemente lo hace– a una falsa sensación de seguridad que, a su vez, puede llevar al profesional a errores involuntarios de apreciación, que pueden tener consecuencias negativas en lo que se refiere al establecimiento de una buena relación terapéutica como también, aunque quizá menos frecuentemente, en sus actuaciones directas. En este caso, merece la pena volver a mencionarlo, los pacientes gitanos autóctonos constituyen el mejor ejemplo: han estado en las consultas de nuestro sistema sanitario *desde siempre*, existen profesionales que han tenido contacto con volúmenes importantes de esta población durante mucho tiempo pero persiste un desconocimiento bastante generalizado (aunque no total), del que no suelen ser conscientes, respecto a las características sociales y culturales de este pueblo, que tienen relevancia en su salud.

3.3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN CUESTIONES DE INTERCULTURALIDAD, DESIGUALDAD SOCIAL Y SALUD

Una de las cuestiones que más me ha interesado y a la que he prestado especial atención a lo largo de la investigación ha sido la disponibilidad, posibilidades y demandas del personal sanitario en cuanto a formación en interculturalidad, desigualdad social, exclusión e inmigración, especialmente, pero no sólo, en aquellos aspectos que relacionan estos temas con la salud y la capacidad de acceso y uso de los servicios sanitarios de las diferentes poblaciones implicadas. Y esto ha sido así porque, tanto yo misma como los miembros del equipo de la investigación más amplia y su directora, consideramos que era una de las cuestiones básicas que podría influir en el tipo de atención que se presta, en sus consecuencias (desde cualquier punto de vista) y en las representaciones y experiencias que tanto los profesionales como los pacientes tienen del proceso asistencial.

Lo primero que me llamó la atención y, la verdad, que me preocupó, fue que muchos de los profesionales con los que trabajé carecían por completo de cualquier tipo de formación en estas cuestiones, lo que me pareció especialmente sorprendente teniendo en cuenta que se trata de centros con porcentajes medios y altos de población tanto inmigrante como gitana autóctona. En entrevistas, este porcentaje se elevaba hasta un tercio:

Formación específica en profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	20	33,3	33,3	33,3
Jornadas, coloquios, cursos breves (menos de 20 horas)	14	23,3	23,3	56,7
Cursos de más de 20 horas (pero no máster, postgrado o equivalente)	15	25	25	81,7
Postgrado, máster	11	18,3	18,3	100
Total	60	100	100	

En realidad, creo estar en condiciones de afirmar, sin temor a equivocarme gravemente, que estos datos obtenidos durante las entrevistas ni siquiera se corresponden con la formación real de nuestros profesionales sanitarios que, opino, sería aún menor en esta materia. Por varios motivos. En primer lugar, en las entrevistas, muchos profesionales tuvieron dificultades para valorar el número de horas dedicadas a los cursos breves de formación que, como pude comprobar a lo largo de la observación participante (antes y durante del período de realización de entrevistas), consistían en la mayor parte de los casos en sesiones clínicas breves (a veces, en el contexto de presentación de casos), charlas divulgativas (sobre todo en contexto hospitalario), jornadas de pocas horas o

días, a los que los profesionales acudían (a veces a más de uno) y contabilizaban sumando el total estimado de horas. Asistí personalmente a varias de estas actividades durante el período de trabajo de campo (e incluso antes de comenzar esta investigación) y observé, que buena parte de estas sesiones formativas estaban impartidas por profesionales sanitarios que consideraban tener experiencia en estas poblaciones (aunque ellos mismo muy pocas veces tuvieran formación en temas de salud, desigualdad e interculturalidad pero sí experiencia clínica) y que, muy habitualmente, se centraban en cuestiones biológicas ofreciendo un volumen limitado de información del tipo a la que aquí me refiero. Otras veces, se trataba de charlas, con grados diferentes de organización y sistematización, impartidas por los mediadores contratados por los centros.

En segundo lugar, como expliqué en la metodología, el primer paso que consideramos necesario para acceder a los centros fue explicar la investigación (y sus fundamentos metodológicos, utilidades...) en los espacios reservados para las sesiones clínicas de los centros, de forma que algunos profesionales entrevistados en estos centros parecían contabilizar estas sesiones como verdadera formación en la materia. Lo mismo ocurrió cuando la entrevista se desarrolló después de alguno de los seminarios breves que ofrecimos en los centros.

En tercer lugar, un porcentaje muy pequeño (y que considero que no sesga el resto de los datos que ofrezco) de los entrevistados acabó acudiendo a alguno de los cursos de mayor duración que organizamos (bien de manera completa o a alguna parte que consideraban de su interés) pero, lógicamente, no puede decirse que hubieran ejercido su trabajo, hasta ese momento al menos, disponiendo de tal formación.

En cuarto lugar, de la minoría que disponía de cursos más amplios, tipo posgrado, máster o equivalente, en la mayor parte de los casos se trataba de cursos sobre mediación y resolución de conflictos –la elección del tipo de actividad nos da también una idea de cuáles son las percepciones de los profesionales y la disponibilidad temática– y, una pequeña parte, casi anecdótica, el posgrado de la Academia de Ciencias Médicas sobre Inmigración y Salud (en el que, por cierto, he impartido clase durante varias ediciones). Se trata, como había que esperar, de profesionales altamente implicados en cuestiones relacionadas con la inmigración y la salud aunque, la mayoría de ellos, interesados fundamentalmente en los aspectos exclusivamente biológicos.

En quinto lugar, los datos de la tabla anterior incluyen la formación en mediación (cuando la tenían) de los profesionales que ejercían esta labor aunque, como veremos, ésta era muy variable.

Hay, aún, creo, un sexto motivo, y es una cierta tendencia por parte de algunos de los profesionales a mostrar una actitud colaboradora, comprensiva –casi diría, condescendiente, en algunos casos– sobre mi trabajo en los centros, y, al mismo tiempo (o no) cierto temor a ser considerado poco sensible, desconsiderado o directamente racista (a pesar del cuidado que poníamos en el establecimiento de las relaciones interpersonales) de forma que podía darse una cierta exageración o, por decirlo de manera menos dura, un cierto adorno de la formación de la que realmente se disponía.

En ningún caso encontré profesionales que hubieran hecho, específicamente, cursos

relacionados con la minoría gitana autóctona, más allá de las sesiones que pudiera incluir alguna de las actividades mencionadas, lo cual viene, de nuevo, a apuntar la creencia extendida –y errónea– de que el contacto prolongado es, por sí mismo, suficiente para conocer la población y también que la diferencia cultural se limita a la lengua, se asocia a la nacionalidad o se subsume con la desigualdad social.

En resumen, teniendo en cuenta que en los centros sanitarios en los cuales he trabajado tienen un volumen que podría calificarse de entre medio y alto de población inmigrante y minorías étnicas (incluidos los gitanos autóctonos), el porcentaje de profesionales que disponen de esta formación –más todavía si valoramos tan sólo aquellos cursos con mayor contenido, a partir de las 20 horas, por ejemplo–, es relevantemente escaso. Y viene a mostrarnos una realidad que los profesionales verbalizan y que se observa más claramente todavía en el trabajo de campo: por un lado, se familiarizan, casi inevitablemente de manera etnocéntrica y limitada, y tan sólo se familiarizan, con estas poblaciones, a partir de la experiencia en su atención; por otro, la disponibilidad formativa es muy limitada, de duración breve, contenidos dispersos, escasamente reglada y son pocos los profesionales que acceden a ella. Veámoslo con más profundidad.

Tanto durante la observación participante como en las entrevistas, exploré, de manera específica, la percepción de necesidad de esta formación entre los diversos tipos de profesionales. Las respuestas, en una y otra técnica, se corresponden sólo en parte y son también coherentes con lo que he explicado en mis comentarios anteriores:

Valoración de la necesidad de formación específica entre los profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí, es necesario tener este tipo de formación	32	53,3	53,3	53,3
Sería interesante pero no es imprescindible	22	36,7	36,7	90
No es necesario en absoluto	6	10	10	100
Total	60	100	100	

La divergencia existía incluso cuando, en entrevistas, se compara lo que el profesional afirmaba con mi propia estimación (insisto que subjetiva): sólo unos pocos de los profesionales entrevistados afirmaban de manera rotunda que esta formación no era necesaria o conveniente (bien por considerar que la experiencia los había dotado ya de conocimientos suficientes para ejercer su trabajo, bien, en menor medida, por pensar que las cuestiones culturales no tienen incidencia en la salud). El porcentaje, de acuerdo con mis estimaciones es, en realidad, mayor. Y también debo decir que, probablemente, lo sea aún más todavía de lo que yo estimo puesto que me costaba valorar con dureza las actitudes de rechazo cuando no eran malintencionadas.

Valoración de la etnografía sobre la actitud del profesional entrevistado en relación con la necesidad de formación específica				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy receptivo	19	31,7	31,7	31,7
Medianamente receptivo	26	43,3	43,3	75
Escasamente o nada receptivo	15	25	25	100
Total	60	100	100	

Se pueden poner algunos ejemplos tomados de las entrevistas para ilustrar este punto, en todas sus variantes:

P.- A nivel de formación vuestra, ¿hay algo que resultaría útil?

R.- Aprender más idiomas. [Se ríe. Es obvio que, en este caso, lo dice en broma] Ya somos bastante autodidactas y lo que nos haría falta es tener más espacio y más adecuación. (Ginecóloga en un hospital)

R.- Hombre, yo creo que algunos conocimientos... Ya los vas teniendo, sobre todo en temas tan básicos como lo que decimos de hombre-mujer en según qué culturas. Pero a veces yo me quedo con la duda de si realmente hay *quelcom* que se te escapa y que ni siquiera sabes que se te escapa. Y tú les estás explicando cosas porque ves que tienen alguna preocupación, y ellos te dicen que sí y se van por la puerta; no sabes si, realmente, hay algo que les ha chirriado y tú ni te has enterado. (...) Entonces, claro, algo de formación... Yo creo que sí que sería bueno. Ya que tenemos un alto porcentaje de población que viene de otras culturas, pues si tuviéramos algo de conocimiento sobre otras culturas... Claro, para que sea algo realmente útil, tendrían que ser cosas relacionadas con lo nuestro, ¿no? (...) Pero yo creo que sí que puede ser útil, porque a veces creo que hay cosas que nos pasan por delante y no nos enteramos. (Pediatra en un hospital, hombre)

R.- De todas maneras, me imagino que en primaria puede tener incluso más impacto, ¿no? porque realmente sí que consigues hacer un seguimiento; y probablemente impacta mucho más.... En Urgencias vienen porque “tiene fiebre, ¿qué tiene?” “Pues una otitis, antibiótico...” Pero, claro, si estás entrando en temas de cómo alimentas a tu niño, el crecimiento y la cultura y el desarrollo psicológico... pues ahí sí que impacta mucho más el conocimiento que tengas de su cultura. (Pediatra en un hospital, hombre)

Y, ¿cuáles pueden ser, en este caso, los posibles motivos para las discrepancias entre los datos procedentes de la observación y de las entrevistas? o, dicho de otro modo, ¿por qué los discursos no siempre se corresponden con las percepciones u opiniones reales y, menos aún, con las prácticas? o, aun, ¿por qué esta formación no se percibe como necesaria? La respuesta apunta, necesariamente, a diversos factores.

Uno de ellos podría ser que la presión asistencial desplaza otras cuestiones, sobre todo cuando éstas se perciben como menores y se desconoce la incidencia real que tienen dentro y fuera de la consulta. Y es que no existe, ya lo iremos viendo con mayor profundidad en las siguientes páginas, una percepción realmente reflexionada sobre el impacto real de las cuestiones de índole cultural, social y política en el uso de los

servicios sanitarios y en la salud (más allá de las cuestiones más evidentes), lo cual hace que esta formación no sea percibida como tan necesaria y se crea, a menudo, que puede suplirse con charlas, jornadas breves o incluso intercambio de experiencias, tan generales como, muchas veces, inexactas y diría, en ocasiones, casi más contraproducentes que la falta de formación.

P.- ¿Tenéis posibilidades, a nivel de tiempo, para hacer formación...?

R.- Fatal. Fatal. Lo tenemos fatal para hacer lo que tenemos que hacer cada día... [Se ríe] Pero, bueno, todo el mundo... o sea, vas haciendo cursos de formación... buscas el hueco para aquello que... (Pediatra en un hospital, hombre)

R.- Nos falta mucho, ¿eh? Nos falta mucho. Mira, como en todo la gente que es más abierta de mente actúa mucho mejor y hay gente que es cerrada de mente y no se plantea nada más (...). Yo creo que el tema de ponernos las gafas de otra persona, no... Falta mucho por trabajar. No sé. (...). (Administrativa en un hospital)

Otro de los factores implicados se relacionaría, tengo pocas dudas al respecto, con la manera que, por tradición, tiene para aprender el profesional sanitario (excepto el administrativo) después de acabada la formación de grado: básicamente, a través de la experiencia. Así, la asistencia a jornadas o congresos tiene más relación con la investigación o la actualización en varios temas que con la adquisición de formación teórica propiamente dicha, más todavía si se interpreta, de entrada, que ésta no se relaciona directamente con la propia especialización profesional. Esto hace que se perciba esta formación, cuanto más reglada y teórica, como excesivamente densa y sin aplicación práctica. En realidad, e independientemente de que esta pueda ser una limitación de los cursos que muchas veces se ofrecen, y a pesar de que puedo estar de acuerdo con la necesidad de insistir en la aplicación práctica de las cuestiones más teóricas, despreciar de este modo la base teórica es tan irresponsable cómo, por ejemplo, sería decir que es inútil conocer la fisiopatología de la tuberculosis porque basta con reconocer sus síntomas. Volvemos, de nuevo, a la percepción errónea de que se trata de cuestiones menores y que, además, se pueden conocer intuitivamente, a partir del contacto prolongado.

P.- A nivel de formación vuestra, ¿hay algo que os resultaría útil para atender a esta población?

R.- Hombre, supongo que sí pero tampoco... No sabemos exactamente el qué. Los conocemos tanto que no sabemos... no sabemos lo que nos haría falta aprender. (Médico de familia, hombre)

No puedo dejar de mencionar, tampoco, en relación con esto, una cierta actitud de distancia o de corporativismo –cuando no de prepotencia, afortunadamente, no mayoritaria– hacia la formación que pueden aportar profesionales no sanitarios, a los que se les presupone alejados de la compleja realidad con la que ellos tienen que lidiar y, por tanto, poco capacitados para ofrecer las *recetas* que creen necesitar y, sí, para caer en lo que perciben, a menudo, como *moralinas* fáciles que no están dispuestos a tolerar. Es algo absurdo, pero comprensible, si se tiene en cuenta la orientación de la formación en biomedicina.

P.- ¿Y tenéis tiempo o posibilidades para hacer formación?

R.- Bueno, a ver... (...) Se puede hacer. A ver, de 14:00 a 15:00 aquí tenemos la costumbre de hacer sesiones y se hacen... Los lunes, quizás no, pero se hacen. Y lo que pasa es que, bueno, ¿quién nos viene a hacer la formación? No sé si hay mucha gente... (...) De la etnia gitana sí, al principio nos vinieron, hace cuatro o cinco años, para explicar sobre las características, una *noia*

que había escrito y estaba dentro de... una carrera universitaria. Para explicar *patatín patatán*. (Habla un médico de familia y se refiere a una profesional con un doctorado en Antropología y, ya en aquel momento, más de diez años de experiencia en investigación e intervención social con población gitana] (Médico de familia en un CAP, hombre)

R.- (...) Lo que pasa es que nos cuesta que se nos apunten los profesionales sanitarios. Hay que engañarlos.

P.- ¿Por disponibilidad de tiempo, porque no creen que lo necesiten...?

R.- Yo creo que es un poco todo, ¿no? Y en general... aquí, con el Pla de Formació, nos pasa que los médicos son los que menos acceden al Pla de Formació, pero porque ellos se forman en cosas muy específicas, que no las dan en el Pla de Formació, ¿no? Por ejemplo, nosotros, a los profesionales de atención al usuario, pues sí que hacemos habilidades de comunicación y cosas así; y viene mucha gente... incluso viene alguien de enfermería. Pero los médicos... pues ves que se forman en cosas muy concretas, y nos cuesta... Entonces, los del IES [Institut d'Estudis de la Salut], lo que hacen es pediatría y medicina internacional, y tal, pero hacen dos horas de competencia cultural al principio. Bueno, lo van metiendo [se ríe] Nos cuesta que vengan, ¿no? Nos vinieron... los de competencia cultural, que dijimos a ver si conseguimos que haya un grupo de participantes súper heterogéneo, que haya de todo; y lo que nos costó... Se apuntó un médico de familia, un par de enfermeras, trabajadoras sociales, pero... (Administrativa en un hospital)

Y también si tenemos en cuenta, y no debemos dejar de hacerlo, que parte de los profesionales de otras disciplinas que trabajan en estos temas manejan insuficientes conocimientos reales de cuestiones biomédicas básicas, imprescindibles para poder decir algo con un poco de sentido. Cuestiones, en cualquier caso, que deben hacernos pensar a los que nos dedicamos a este tema: la formación y la humildad necesaria para aceptarla, por lo tanto, nos son muy necesarias a todos y las actitudes maniqueas o prepotentes, por parte de cualquiera, no ayudarán a mejorar las situaciones a las que nos enfrentamos.

Como tercer gran motivo, señalaría, de manera genérica, algo así como una apreciación pragmática del factor tiempo. Me explico: entre las cuestiones culturales que más resaltaban los profesionales como relacionadas con el proceso de atención a población inmigrante estaba, lo iremos viendo, el idioma. En este aspecto, la tendencia parece orientarse más bien a la reclamación de traductores y/o mediadores o acompañantes con buen manejo de las lenguas locales que a mejorar la propia formación en idiomas y, menos todavía, en comunicación intercultural. Suele interpretarse que es un problema que se solucionará con el tiempo, que el paciente, más o menos despacio, irá mejorando su capacidad de comunicación, olvidando que las cuestiones relacionadas con ésta van mucho más allá del idioma que se utilice, que no todos tienen las mismas posibilidades o capacidades para aprender y que, también, los pacientes siguen llegando. Además, persiste la idea, en la que profundizaré más adelante, y que no suele expresarse en voz alta pero se deja ver cuando el trabajo de campo es intensivo y cuidadoso, de que las cuestiones de índole más cultural se irán diluyendo con el contacto con la población mayoritaria, especialmente en los niños nacidos o educados en destino. Y lo harán, no sólo con el tiempo sino, especialmente, a medida que mejore la situación socioeconómica de estas personas. Es una percepción que se expresa muchas veces en términos comparativos con épocas anteriores de la sociedad mayoritaria: "hace cincuenta años aquí era igual"²³. Una percepción etnocéntrica (diría que evolucionista) y errónea, en la medida en que, además, los etnógrafos del equipo de investigación y otros

²³ Comentario de un profesional durante la observación participante, recogido en mi diario de campo.

investigadores han ido mostrando que hay pautas culturales que adquieren, frecuentemente, mayor relevancia a medida que las condiciones materiales tras la migración van mejorando y se superan los momentos iniciales, más duros.

Por otro lado, se daría, en algunos sectores, una cierta equiparación de la diversidad cultural con la diferencia religiosa que, sobre todo para el caso de población musulmana, tiende con facilidad a percibirse como muy profunda o casi extremista, de manera que algunos, pocos, profesionales defienden de manera casi militante que este tipo de formación de la que vengo hablando sería casi una concesión al machismo o al extremismo.

Y, de manera complementaria, existe un grupo, no mayoritario pero tampoco despreciable, que de manera más o menos explícita afirma que el esfuerzo le corresponde a esta población, que “son ellos los que tienen que adaptarse”²⁴.

P.- Y, a nivel de formación vuestra, ¿habría algo que os sería útil?

R.- Pues yo qué sé. Porque, claro, aprender urdu. [Se ríe, lo dice en broma]. No sé, yo qué sé, no te sabría decir... ¿Algo que nos pudiera ayudar? Bueno, a nosotros también, pero yo creo que es más ellos los que se tienen que introducir en nuestra cultura ¿no?.. Bueno, en lo que está establecido, ¿no? (...) (Administrativa en un CAP, mujer)

Es, en definitiva, el propio desconocimiento de la incidencia real de las cuestiones sociales, económicas y culturales sobre la salud la que hace que se demande menos formación específica de lo que parecería lógico y responsable, si se conociera hasta qué punto es importante.

No obstante, tampoco puede negarse que la percepción de esta necesidad existe aunque sólo sea, a menudo, de manera poco consciente o reflexionada o se caracterice por una cierta imprecisión en cuanto a la demanda:

P.- I a nivell de formació vostra ¿que seria útil?

R.- Deficient... ens hem de readaptar, organitzar, actualitzar i posar al dia. (Médico de familia en un CAP, mujer)

R.- Pues... Yo, lo que te comentaba de conocimiento de la cultura, ¿no? Somos licenciados, hemos hecho nuestra especialidad... igual tendríamos que conocer mucho más de lo que conocemos, ¿no? Igual tendríamos que tener más cultura en este sentido. Conocer más de la cultura magrebí o de las poblaciones que vienen. (...) (Psiquiatra en un hospital, hombre)

La actitud en cuanto a la formación, de manera mayoritaria (pero no exclusiva, como muestra la existencia de profesionales con niveles formativos más altos), es, además, podría decirse que pasiva. Muy pocos de los profesionales con los que trabajé conocían o habían explorado la oferta de cursos o jornadas de este tipo. La búsqueda activa es más escasa y propia de los profesionales con mayor nivel de sensibilización hacia el tema y mayor disponibilidad, también. Es decir, muy habitualmente se espera que el centro de trabajo organice jornadas o coloquios sobre el tema y acuden en la medida en que la agenda lo permite pero raramente se realiza una investigación activa de esta formación. El interés, digamos ciudadano o puramente intelectual, es mayor que el

²⁴ Comentario de un profesional sanitario, recogido en mi diario de campo.

profesional. Es decir, en el fondo, por parte de muchos profesionales se considera algo interesante, curioso incluso, pero accesorio y opcional, algo que no se valora que tenga una incidencia real y verdaderamente relevante o que marque una diferencia en la práctica diaria ni en la salud de los pacientes.

Sin embargo, es importante decir que a medida que aumentan los conocimientos de los profesionales sobre estas cuestiones, se incrementa también la demanda de formación específica y, de manera paralela, el nivel de exigencia en cuanto a la calidad de la misma. Sin duda, una buena noticia y un toque de atención.

Profundicemos en esto porque los resultados de la investigación en este punto son sorprendentes y ayudarán a comprender mejor lo que indicaré, en próximos capítulos, sobre los conocimientos y las percepciones del personal sanitario.

Sin duda, el tipo de formación más demandada es la que se refiere a cuestiones culturales de estas poblaciones (en entrevistas, mencionado por más del 80%). Y aquí el lector podría pensar que esto es incongruente con lo que he dicho más arriba (y con lo que diré en sucesivos capítulos) y que el desconocimiento de la incidencia real de los aspectos culturales no es tal o no lo es tanto pero, desgraciadamente, no parece ser así. Lo primero que sorprende es la dificultad de los profesionales, incluso aquellos que señalaban necesitar formación, para concretar en qué tendría que consistir ésta. La mayoría se refería a cuestiones genéricas, más o menos vagas, relativas a “la forma de vida”, “la cultura”... pero sin concretar más o, incluso, demandando algún tipo de receta casi milagrosa, fórmulas simples y aplicables para todas las poblaciones. Esto parecería mostrar, a mi juicio, dos cosas. La propia falta de formación en esta materia, lo cual no sería un problema demasiado grave sino fuera por la segunda cuestión: de nuevo, esta tendencia a considerarlo algo menor, casi una curiosidad o un complemento.

R.- ¿De formación? Yo... me interesaría el tema cultural... Porque, realmente... Que ya te digo, que leí algo, pero es muy escueto, ¿no? Una información que pasaron aquí, ya hace tiempo, yo me la leí... O por lo menos irnos recordando de vez en cuando, ¿no? Porque también... me imagino que también ellos a lo mejor cambian. No lo sé. (Enfermera de adultos en un CAP)

R.- Qüestions culturals...també estaria bé. Hàbits d'alimentació, religió fins i tot... com tracten als infants... això de la dona, tot això estaria molt bé... (Médico de familia en un CAP, mujer)

R.- A nosotros conocer la cultura suya y sus costumbres y sus creencias. Yo creo que a partir de ahí ya sería... La patología, bueno... Conociendo cultura y creencias, ya ganaríamos. O sea, a mí mientras no me explicaron que lo de las poluciones [en pacientes paquistaníes] para ellos era fatal yo decía “Pero, *coño*, ¿por qué...por qué me vienen con esto? Y una compañera que hizo un curso, pues lo dijo y funciona. O sea, cosas así. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Las opiniones más matizadas corresponden, como parece lógico, de manera más frecuente a los profesionales de centros específicos o a los que ya han hecho alguna formación en la materia.

R.- A ver, yo, lamentablemente, ya no voy a volver a la facultad a formarme pero pediría que se incluyan pero, vamos, como asignaturas troncales, ¿no?, alguna referente a la Antropología de la Medicina. Considero que no puede ser, que no puede ser que un médico salga de los diez años de la Universidad sin haber oído la influencia que la cultura pueda tener en el proceso médico, en lo

que es sentir la enfermedad, buscar un cuidado... O sea, que yo creo que formación a nivel de pregrado, sin duda, y, después, que nos ofrecieran de residentes hacer rotaciones en servicios especializados... estamos nosotros como un servicio que quiere trabajar de esta manera, hay otros servicios que tú conoces de atención a los inmigrantes, ¿eh? Pero, desgraciadamente, no hay mucho más. Entonces, bueno, ya hay centros o programas en Londres o en Estados Unidos o donde sea... Esto, a quien le interesara, yo entiendo que esto es... que habrá gente que prefiera no entrar, ¿no? (Psiquiatra, en un centro específico de atención a salud mental para población inmigrante)

R.- Ahora espero, y sería necesario, introducir formación en interculturalidad, que tendría que empezar por enseñar lo que es un poco... lo que es la humildad cultural, que 'yo tengo una cultura, la que ahora tiene el dinero y en la que ahora estamos inmersos', no quiere decir que tengas que renunciar a ella, pero sí que tienes que pensar que puede haber otro muy convencido de la suya, por lo menos, ¿no? Para empezar, esto, que no hay más que estar un rato en un servicio de Urgencias para ver que la realidad está muy alejada de ser esto, cuando el personal sanitario tendría que ser pues uno de los más abiertos por el Juramento Hipocrático teórico y tal, ¿no?, que a todo el mundo hay que atenderlo por igual, independientemente de su tendencia sexual, su procedencia cultural, tal, tal, tal... Pues esto no es así con mucha gente... y la Administración está reaccionando un poco ahora, desde el Departament... el Pla Director, están atendiendo algunos aspectos de todo esto, ¿no? Pero entre la población hay mucho racismo y es una población, la sanitaria, muy quemada, que tiene muy poco tiempo para nada y las prisas, desde luego, no favorecen nada todo esto. (Pediatra en un hospital, mujer)

P.- ¿Que necesitarías a nivel de formación?

R.- ¡Qué pregunta más difícil! A mí me gustaría formarme, por ejemplo, en la diversidad de la percepción... Lo que no nos enseñan en ningún sitio y no te queda más remedio que aprenderlo tú en origen o donde sea. Es un punto de vista muy antropológico, pero es la percepción de salud y enfermedad que tienen en las distintas culturas, que es algo que dista mucho de un país a otro. Conocer la percepción que tiene cada cultura de la salud y la enfermedad, como grandes bloques, ¿no?, pues ayudaría mucho a la hora de decidir sobre la salud de las personas. Eso sería, así, un resumen de la necesidad que tendríamos. (Médico especialista en Medicina Interna en un hospital, hombre)

R.- Mira, vinieron a hacer un curso de acogida a la población inmigrada... hemos trabajado competencia cultural con ***, y... a ver, lo que intentas trabajar un poco es tomar consciencia de las diferencias culturales e intentar captar el interés de la gente; y que no sólo puedes detenerte en el idioma, sino que hay muchas cosas detrás del idioma, ¿no? Y que es lo que realmente predispone a la gente a hacer más cosas porque van en su cultura. Yo creo que habría que trabajar mucho la competencia cultural porque en el tema del idioma, nunca vamos a tener todos los traductores que hacen falta... y, al menos, si, por ejemplo, tienes un paciente de un país de origen súper desconocido y que te parece que hay *quelcom* que no encaja... pues que puedas dirigirte a alguien, ¿no?, sin tener que hacer todo este sobreesfuerzo que todo el mundo dice, que te facilite un poco Internet y buscar, que facilite un poco el entendimiento, ¿no? Son habilidades de competencia cultural básicamente. Yo creo que sí. (Administrativa en un hospital)

Se observa además la tendencia a atribuir a la cultura toda la responsabilidad de lo que pasa y este es un aspecto en el que habría que trabajar también. Y que quizá se relacione con el hecho de que la demanda de formación o información sobre cuestiones relacionadas con las condiciones de vida o el proceso migratorio sea menor (en entrevistas, un 49%). Y, probablemente, esto apuntaría a varias cuestiones. Una, la percepción, ya hemos visto que no del todo exacta, de que, a grandes rasgos al menos, se conoce a los pacientes. Otra, la orientación biológica de la asistencia sanitaria que

pretende aunque no consigue –afortunadamente, añadiría– separar lo sanitario de lo social.

La demanda de formación en idiomas es todavía menor (menos del 20% entrevistados):

P.- ¿Hay algo a nivel de formación que crees que resultaría útil?

R.- No sé. A veces necesitamos un curso de inglés para poder... [Se ríe] Me gustaría hablar urdu... me gustaría hablar... [Riu]... es broma. Pues no sé. (...) (Médico en unidad especializada en enfermedades infecciosas)

No es frecuente tampoco la demanda sobre aspectos biomédicos de la inmigración y suele limitarse a los relacionados con enfermedades importadas y aspectos genéticos que puedan intervenir en la forma de presentación de algunas patologías.

P.- I quin tipus de formació?

R.- Sobretot la de malalties... més importades, ¿no? Perquè després quan estan aquí són les mateixes malalties. Únic, al començament, ¿no? Sí, potser formaria a una infermera perquè fes una primera, no separant, una primera visita, fer un cribatge de malalties importants i de nosaltres saber quines patologies o depèn quina ruta han fet servir per venir aquí, ¿no?... (Médico de familia en un CAP, mujer)

Y, en cuestiones relacionadas con los derechos a la asistencia, la demanda es ya prácticamente inexistente.

Finalmente, me permitirá el lector que, en esta ocasión, rechace, ¿evite?, el término sensibilización. Tiene, creo, para este caso concreto, connotaciones negativas porque es insuficiente y genera un equívoco: no es una cuestión de ser sensible o solidario o comprensivo con una situación. Esto es necesario pero no suficiente. La realidad reclama ir mucho más allá. La sensibilidad tiene que ir acompañada de conocimientos.

R.- Si tuviera que pedir recursos, yo pediría formación y mediación. Esto para mí, porque considero que yo estoy suficientemente sensibilizado pero me encantaría que se invirtiera en campañas de sensibilización para la profesión sanitaria. Yo no sé cómo se puede hacer pero, desgraciadamente, te encuentras con cada rancio cuando vas explicando el tema... (...) Te encuentras con gente que dices “¿tú trabajando en esto?”; cómo llegar a eso yo creo que no es cuestión de formación ni de que te pongan mediadores... Sensibilizar. Entiendo que por esto la labor es en el pregrado, “oiga, usted, si no le interesa, bien, pero, está igual que tiene que estar la fisiopatología”; es que la cultura influye mucho, muchísimo, en todo, aunque ya sé que el infarto agudo de miocardio es una onda Q aquí y unas enzimas de no sé qué pero cómo él siente el infarto, cómo va a buscar ayuda, esto es algo que está condicionado por la cultura y que usted entienda esto es algo necesario. (Psiquiatra en centro específico de atención a salud mental)

Necesitamos, sí, campañas de sensibilización pero también campañas de formación, para dejar de creer que es una cuestión de *buenismo*, de sensibilidad personal, y empezar a darnos cuenta de las cuestiones culturales, económicas, sociales y políticas tienen un papel incuestionable en el día a día de las personas, de todos nosotros, y que dejan una huella en nuestra salud y en la manera en la cual pedimos ayuda para este tema y usamos los servicios y somos atendidos.

En lo que sí coinciden prácticamente todos los profesionales consultados es en resaltar la necesidad que la formación ofrecida, reúna tres condiciones: que se adapte a la realidad clínica que ven en su consulta, que sea de calidad y que sea congruente, también, a sus posibilidades de realizarla. En cuanto a la primera condición, conviene

señalar que, si bien es cierto que no puede obviarse la necesidad de ajustarse a la realidad de los profesionales, lo es asimismo que es imprescindible cierta formación teórica, cuando menos básica, para poder adquirir un conocimiento sólido y no estereotipado. Es necesario, en este sentido, un trabajo de interlocución mayor con el personal sanitario para ayudar a concretar y a dimensionar adecuadamente las demandas, primero, y una adecuada organización y puesta en práctica de estas actividades, después.

En lo que se refiere a la segunda condición, no puede negarse, para ser justos, que las cuestiones derivadas de las condiciones de trabajo o del desconocimiento sobre temas ajenos a la tradición más biológica de la biomedicina no son las únicas que están teniendo un papel. Existe una oferta de actividades de formación, en general, escasa, dispersa, de poca calidad y poco reglada.

R.- No. Mira, jo ara he fet un curs de multiculturalitat i a més a més era patètic. (...) Molt malament, molt malament... I d'aquí vam anar 4, 3 metgesses i la treballadora social... Tòpics... Es va crear un ambient al principi... el curs era obert, hi havia des d'auxiliars a administratius, *vale?* Al principi semblava que anàvem a bolcar els casos personals que he tingut jo... (...) I la direcció era fatal...I, vam posar-lo a l'avaluació... (Médico de familia en un CAP, mujer)

Existen multitud de charlas o jornadas breves de unas horas o una mañana, en las cuales la formación que se ofrece es, ya lo he dicho, muchas veces (aunque existan honrosísimas excepciones) imprecisa, breve, poco contextualizada e impartida por profesionales sin la adecuada formación, lo cual hace que, en ocasiones, contribuya más a perpetuar los estereotipos y la escasa importancia que se le da a estos temas.

R.- La demanda es brutal. Tenemos una respuesta. Pero, claro, ¿quién forma a los formadores? Pues yo por haber hecho este *cursete* y llevar ya seis años aquí viendo a este personal y leyendo y autodidácticamente pues llegas a tener una idea, ¿no?, pero estamos, vamos, en pañales. (Psiquiatra en centro específico de atención a salud mental)

La oferta de cursos reglados, con contenido teórico y práctico adecuado, aunque afortunadamente existe, pecaría, en mi opinión, de algunas dolencias. Es escasa, de forma que no cubre las necesidades reales. Está escasamente difundida, de forma que a algunos profesionales que podrían estar interesados a los que la información no les llega. Está escasamente defendida, es decir, falta un trabajo previo para dar relevancia a esta formación. Está escasamente contextualizada en la realidad clínica, en la realidad social y cultural de los usuarios y en la realidad en la que tiene lugar el ejercicio de las profesiones sanitarias. Y está, también, escasamente reconocida, de forma que es un elemento más de disuasión y frustración.

Existen excepciones, obviamente, y sobre todo, existen esfuerzos y buena voluntad, que merecen ser reconocidos y apoyados. Así, varios organismos públicos y entidades privadas y ONGs realizan desde hace tiempo actividades formativas que pretenden contribuir a disminuir las lagunas existentes. Destacan, las realizadas desde el Instituto de Estudios de la Salud y las de la Academia de Ciencias Médicas y universidades como la UAB y la UPF. Pero queda mucho para trabajar:

R.- Sí, crear una rutina, y saber que en mayo, cada año, están las jornadas de Salud e Inmigración del ICS, por ejemplo. Hablo del ICS para darle un poquito sentido institucional y yo creo que es interesante. (...) (Especialista en Medicina Interna)

Y, retomando las tres condiciones mencionadas más arriba, en lo que se refiere a las posibilidades de realizar la formación, cuando se les pregunta a los profesionales o, simplemente, cuando se observa en qué circunstancias tiene lugar su trabajo, se entiende mucho mejor la situación en la que se enmarcan las demandas y las percepciones sobre formación en estos temas.

Valoración de la profesionales entrevistados sobre la posibilidad de realizar formación continuada				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí, tiene posibilidades y no es complicado de organizar	21	35	35	35
Sí tiene posibilidades pero es complicado de organizar	32	53,3	53,3	88,3
No tiene posibilidades	1	1,7	1,7	90
N/P	6	10	10	100
Total	60	100	100	

La mayor parte de los profesionales entrevistados (y son datos coherentes con los de la observación) destacan dificultades, más o menos graves, para realizar formación, de cualquier tipo. En algunos casos, totalmente irresolubles. Las razones son las esperables: presión asistencial, imposibilidad de pedir días libres para formación –no necesariamente por carecer contractualmente del derecho, que no suele ser el caso, sino porque *las necesidades del servicio* lo hacen inviable en la práctica (no se cubren las ausencias, se satura a los compañeros o la propia agenda para los siguientes días...)-, dificultades horarias (en cuanto a los turnos de trabajo) y para la conciliación de la vida laboral, familiar y, añadiría que, personal.

R.- Bueno, normalmente de dos a tres [de la tarde, en horario de las sesiones clínicas del centro] siempre hacemos sesiones. Entonces, sería quizá encajar en el día que esté libre para hacer formación de este nivel. Hombre, yo pienso que las cosas a nivel cultural nos interesan... Lo que pasa que, es encajar que una sesión se pueda hacer en ese horario. Hombre, yo asistiría...; yo no sé el resto de compañeros que llevan más tiempo, quizá les... (Enfermera de adultos en un CAP, mujer)

P.- A nivel de formación, ¿realmente tendríais tiempo?

R.- Tendría que estar previsto con antelación para poder organizar la agenda si es por la mañana; y si es por la tarde... hombre, hay gente joven que probablemente sí que se quedaría un rato. Como cuando haces un curso, pero ya sabes que cuando haces un curso es *a más a más*, por las tardes y añadido. A veces, hay cursos que son por la mañana y, si es con antelación te la anulas

[la agenda de esa mañana]; pero eso sí, en nuestro caso, todo lo que te anules un día te lo vas a encontrar al otro, ¿eh? Ya sabes que cuando vuelvas va a ser una semana caótica. (...) (Ginecóloga en un hospital)

R.- Primaria está francamente desbordada. Se han visto inundados por unos cupos brutales y la verdad es que es un horror. Lo comprendo perfectamente que el tiempo sea un factor *súper-determinante*. A mí, el tiempo de momento no lo es, mi problema es el espacio, yo no tengo sitio donde trabajar. Pero bueno, cada uno tiene sus demandas, ¿no? (Médico en unidad específica para atención a enfermedades infecciosas)

P.- Si tuvieras que pedir que se organizara algo, ¿qué crees que os vendría bien?

R.- Bueno, se va pidiendo conforme se va... (...) Lo que pasa es que algunos tenemos historias fuera de aquí, trabajo también en ***, reuniones aquí, en ***, y tal. La formación más bien la coges de todo lo que haces nuevo...; hacer cursos así especiales,...un poco complicado. No tienes tiempo. (Administrativo en un CAP)

Se trata de una cuestión que tiene que hacernos reflexionar sobre las condiciones en las cuales ejercen los profesionales y los desequilibrios entre lo que se les demanda y los medios con los que cuentan para responder a estas demandas.

A modo de conclusión de este apartado, me gustaría explicitar que creo y he tratado de transmitir a los profesionales sanitarios y a los gestores del sistema (al igual que el resto de los miembros del equipo de la investigación amplia en la que se enmarca la mía propia), que esta formación es enormemente relevante, imprescindible, de hecho, y que tiene que ser necesariamente interdisciplinaria. En el actual contexto intercultural en el cual tiene lugar la asistencia, conjugar las aportaciones que para la formación y la práctica clínica pueden hacer disciplinas diferentes como la Biomedicina (especialmente la Salud Pública), la Antropología y el Trabajo y la Educación Social, es muy importante para conseguir los objetivos de una atención integral, en condiciones de igualdad y biológicamente y humanamente satisfactoria. Volveré sobre esto en las Consideraciones Finales a este texto.

CAPÍTULO 5. LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y LA INMIGRACIÓN

En las siguientes páginas abordaré la existencia de desigualdades sociales en salud entre la población inmigrante a la que atienden los profesionales sanitarios con los que he trabajado basándome tanto en sus propias valoraciones durante las entrevistas como en la información recabada durante la observación participante. Para ello, me ha parecido lógico mantener una estructura básicamente igual a la que empleé en el Capítulo 2, al abordar los datos disponibles en la bibliografía de corte epidemiológico respecto a esta cuestión en el contexto español y catalán.

1. LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA RELACIÓN ENTRE LA INMIGRACIÓN Y LA SALUD DE LA POBLACIÓN RECEPTORA

La gran mayoría de los profesionales consultados señalan que no puede hablarse de un impacto negativo en la salud pública o una amenaza real para la salud de la población autóctona como consecuencia de la inmigración. Y esto a pesar de que, al tratarse de personas que proceden de países con prevalencias a veces muy elevadas de determinadas enfermedades infecciosas (como la tuberculosis), junto con las condiciones de vida a menudo deficitarias tras la migración, sí puede haberse dado un incremento en la prevalencia en destino de estas enfermedades.

R.- No, [afectación] en la salud pública, no. De manejo en la consulta, del día a día. Lo que oyes de los otros pacientes que dicen de ellos, a veces... Cosas que tienes que gestionar de otra manera o tienes que plantearte llevar la situación por otro camino... Pero no, realmente de una debacle o una situación cambiante en la salud general, no, no lo creo... (Médico de familia en un CAP, hombre)

Durante la investigación observé que la tendencia a considerar la inmigración como una amenaza para la salud pública, además de ser escasa entre los diferentes tipos de profesionales, disminuía, de manera drástica, a medida que se incrementaba la capacidad del profesional (por formación o experiencia) para emitir una valoración. De hecho, en las entrevistas la mayor parte de los profesionales negaban cualquier tipo de impacto negativo que fuera destacable:

Valoración de la profesionales entrevistados sobre el impacto de la inmigración en la salud pública en Cataluña				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí ha tenido un impacto y es una amenaza para la salud pública	1	3,8	3,8	3,8
Sí ha tenido un impacto pero no se puede hablar de amenaza a la salud pública	8	30,8	30,8	34,6
No ha tenido un impacto significativo	17	65,4	65,4	100
Total	26 ²⁵	100	100	

Además, las opiniones más fundamentadas partían –como era previsible– de especialistas en la materia, que situaban la importancia no tanto en el volumen de población afectada sino en las posibles diferencias en cuanto a las actitudes (y posibilidades) en relación con los tratamientos y, especialmente, en los potenciales riesgos derivados de las formas resistentes de algunas de las enfermedades y las respuestas específicas que todo ello reclama al sistema sanitario. En palabras de uno de estos profesionales especializados, en concreto sobre tuberculosis:

P.- En la bibliografía en realidad no hay acuerdo, ¿no?, respecto si ha tenido impacto en la salud pública la tuberculosis.

R.- No...

P.- ¿Cuál sería tu opinión?

R.- Bueno, sí, ha aumentado. Es evidente que en Barcelona ciudad ha aumentado;...en Catalunya, globalmente, no... Pero en Barcelona ciudad casi la mitad, el 50% de los tuberculosos son inmigrantes, cuando la mitad de la población no es inmigrante. Es decir que... la tuberculosis en los años 80, aumentó mucho a raíz de lo del SIDA... después ya en el 90 por ahí... empezó a bajar; en el 95, con los nuevos tratamientos antirretrovirales que mantuvieron muy bien la inmunidad de los pacientes con SIDA... pues, claro, ya no desarrollaban la tuberculosis y fue bajando paulatinamente... hasta que ha parado el bajón. Es decir, no es que haya subido, pero ha parado el bajón. Evidentemente, esta parada del bajón... e incluso el último año un poquito para arriba... pues esto es por la inmigración. Entonces, si no hubiese habido inmigración, esto hubiese ido bajando. Pero yo creo que, más que en la cantidad, en el tipo de tuberculosis. (...) Y son pacientes difíciles de controlar. Porque si no pueden venir el día... esto quiere decir llamada, estar pendientes de que vengan, que igual tienes que llamar cada día hasta que vengan... Bueno, a veces cuesta mucho cuidar a un paciente de estos. Y el tema de las resistencias. Que hay tasas de resistencias a los fármacos de la tuberculosis más altas que en la población autóctona. Entonces ya no es el impacto a nivel de cantidad sino que son tuberculosis mucho más difíciles de tratar. Porque es mucho más difícil mentalizarlos de que estén enfermos, porque muchas veces a la que se encuentran bien, pues desaparecen. Ellos han venido aquí a

²⁵ Sólo he considerado la opinión de los profesionales formados para emitirla con fundamento.

trabajar... cuando se encuentran mal sí..., lo que pasa es que...con el tratamiento de la tuberculosis que enseguida se encuentran bien... entonces lo dejan y tienes que ir detrás. Cambian mucho, por ejemplo, ahora se van a Valencia porque aquí no tienen trabajo, pues, *hala*, haz un informe, busca a alguien de Valencia que los pueda llevar... (...)

P.- Aparte de formas resistentes de la enfermedad, ¿tuberculosis ya más avanzadas que aquí ya no toca ver?

R.- Bueno, aquí se ven avanzadísimas con gente de aquí. El retraso diagnóstico es horrible incluso en gente de aquí. Los médicos de aquí muchos no piensan en tuberculosis. Esto es un problema. Es curioso porque se diagnostican más pronto los inmigrantes de tuberculosis que los autóctonos. Porque se piensa en tuberculosis en los inmigrantes. Entonces los retrasos diagnósticos, gordos, gordos, de aquellos dices, de juzgado de guardia, muchas veces se ven en autóctonos. Y *** [cita a un profesional que ha realizado un estudio específico], que hizo hace pocos años, (...) el estudio del retardo diagnóstico,... y era de tres meses, ¿eh?, de tres meses el retraso medio. Yo tengo retrasos diagnósticos de medio año. Es decir, desde que empezó la clínica y que el médico de cabecera no ha pensado en tuberculosis. En cambio en inmigrantes, se piensa antes, realmente. Lo que sí hay es... no formas más avanzadas... formas extrapulmonares. Eso sí que se ve. Tuberculosis óseas... que yo desde que había vivido en *** no había visto una tuberculosis ósea... bueno, ganglionares, evidentemente, o intestinales; lo que pasa es que éstas se diagnostican porque... yo qué sé... ingresan en un hospital con una obstrucción intestinal, pues entonces la anatomía patológica de la biopsia ve que es una tuberculosis... Después la tratamos aquí, pero el diagnóstico no lo hacemos nosotros. Y sobre todo esto, formas extrapulmonares que... aumento de resistencias y mucho más difícil de manejar todo... Y esto contando con que te entiendas... (Médico especialista, en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

2. LOS PROFESIONALES ANTE LA EXISTENCIA DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD RELACIONADAS CON LA INMIGRACIÓN

Los profesionales con los que he trabajado, tanto durante la observación participante como en las entrevistas, y de manera concordante a lo ya señalado en el Capítulo 2 en cuanto a la bibliografía especializada, coinciden en señalar que los pacientes inmigrantes constituyen, en su mayor parte, un grupo de población formado por gente fundamentalmente joven y sana que no presenta grandes diferencias en cuanto a su estado de salud respecto a la población general, excepto en casos, patologías y ámbitos muy concretos. En palabras de una profesional de medicina de familia:

P.- L'estat de salut?

R.- Jo crec que és bo. Tret dels [rom] romanesos, potser... (...) (Médico, especialista en medicina de familia)

Tal y como expliqué en el Capítulo 2, en la valoración del estado de salud de las personas inmigrantes pueden diferenciarse diversas etapas. En este momento, me centraré fundamentalmente en aquellas que puede conocer, de primera mano, el personal sanitario que atiende a esta población una vez que ha llegado a destino y que, en diferente medida, pueden hacerse visibles en las consultas. De hecho, en cuanto a la situación sanitaria en origen, excepto los profesionales que ejercen en centros específicos de Medicina Tropical o Internacional, son pocos los que reciben demandas relacionadas con esta especialidad:

P.- I de malalties, quins són els motius de les consultes? Quines són les malalties que trobes que tenen?

R.- Jo no he hagut de fer cap derivació... així de malalties tropicals importades, no ho he hagut de fer. Sobretot és febre..., lumbàlgies... (Médico de familia en un CAP, mujer)

Aunque muchos profesionales sí resaltan, sin embargo, la importancia de las llamadas *patologías de retorno*, es decir, como ya vimos, aquellas que afectan a población inmigrante que vuelve a origen temporalmente y adquiere allí enfermedades, que *trae* a destino. Los profesionales señalan, en este sentido, también de manera análoga a la bibliografía ya mencionada, las dificultades en la prevención, derivadas fundamentalmente del desconocimiento de la necesidad de vacunación, profilaxis u otras medidas preventivas, la falta de información –el caso más frecuente, según pude observar– sobre la posibilidad de llevarlas a cabo en el sistema sanitario público catalán y la falsa sensación de seguridad o inmunidad por tratarse de un entorno conocido:

R.- Del retorno, suelen ser autóctonos [se refiere a turistas], aunque sí que es verdad que cada vez estamos viendo más inmigrantes que llevan aquí años, que ya tienen estabilidad, que tienen más dinerito y van a su país. Dentro del grupo de viajeros los que tienen más riesgo de contraer enfermedades son sin duda los inmigrantes que van a ver a sus familiares, porque no tienen percepción de peligro de enfermedad, porque no consultan antes de viajar. El hecho de estar aquí, hace que pierdan inmunidad natural contra las enfermedades endémicas de su país, llegan allí tan contentos y se comportan como un blanco, o sea a nivel de protección de enfermedades, y son los que suelen traer malaria, diarreas, etc. Son los que suelen tener más riesgo. (...) (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

Aparte de lo anterior, la inmensa mayoría de los profesionales creen que es el contexto socioeconómico precario en el que muchas veces tiene lugar el proceso migratorio y la estancia en destino el que tiene una marcada repercusión en la salud de estas personas. En palabras de uno de ellos:

R.- En inmigración, a mí me preocupa mucho, mucho, mucho, la degradación que están sufriendo los inmigrantes a nivel social. Ya no me meto en la percepción que tiene la gente del inmigrante como una amenaza, eso ya... es una lacra que está ahí y que no dejamos de ser una sociedad muy, muy xenófoba y muy racista. Eso no es nada destacado porque es la realidad y que no deja de sorprenderme... no sé, gente cercana que no deja de hacer comentarios racistas, estúpidos y sin ningún tipo de fundamento. Eso en teoría me preocupa pero no me sorprende. A mí lo que me preocupa, porque me sorprende, es que los inmigrantes cuando llegan aquí viven en unas condiciones que se están degradando cada vez más. O sea, los estratos más bajos de la sociedad los están ocupando los inmigrantes y eso es bastante preocupante. Hay indigencia de inmigrantes y no se le está dando una atención importante. Y además, de éstos, suelen ser subsaharianos, porque son los que... tienen más difícil integrarse en la sociedad. Los bolivianos, los sudamericanos, los marroquíes, los paquistaníes siempre tienen un abrigo familiar. Los subsaharianos... lo veo porque estoy en contacto con la gente, y la verdad es que los informes que estoy recibiendo de... de negros, es que están viviendo en condiciones brutales, prostitución... Eso para mí es *super-doloroso*, porque...el sacrificio que hacen para venir aquí... llegan aquí y se encuentran con una cosa... se encuentran atrapados que no pueden ni volver. O sea, la gente que viene aquí, en su país de origen a lo mejor son gente respetable, son gente que tiene sus negocios, tiene sus familias, tiene sus hijos... y hacen esto para intentar prosperar, para intentar progresar. El que está mal en África, el que pasa hambre en África, ese no viene. El que viene es el que tiene un puntito y llegan aquí y están mil veces peor que en su país. Eso a mí me preocupa, me sorprende, porque la bolsa de indigencia y marginalidad social de esta gente está creciendo. Lo otro [el racismo] me preocupa pero ya no me sorprende... ya lo tengo bastante asimilado. (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

Como ya vimos en el Capítulo 2, existen pocos datos bibliográficos consistentes sobre cuestiones relacionadas con la morbi-mortalidad de las poblaciones inmigrantes en nuestro entorno. En cuanto a la presencia de patologías concretas, los profesionales destacan las de índole infecciosa, gastrointestinal, respiratoria, dermatológica y osteoarticular.

R.- [Se refiere a población paquistaní] De motivos de consulta... cosas articulares, de sobrecargas de dolor, tendinitis... cosas así. El famoso tema sexual, también... mucha obsesión por 'he perdido leche', por el tema del sexo... Es... después... mucho tema de gastritis, dolor, quemazón, dispepsias, cosas así... incluso, con úlcera ¿eh? Con úlcera de estómago... aunque no te lo parece porque son personas relativamente jóvenes, pero que acaban teniendo úlcera. Sí, sí. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Veámoslo, a grandes rasgos.

2.1. Enfermedades infecciosas

En cuanto a las enfermedades infecciosas, la impresión de los profesionales y las situaciones observadas en las consultas difieren considerablemente en función de la especialidad, la zona donde ejercen, el tipo de centro (sobre todo si es o no específico para inmigrantes o para patología infecciosa) y el grupo de población:

R.- Los paquistanís y los indios también son muy distintos. Los indios están en zona tropical y los paquistanís ya casi no toca el Trópico y casi todo Pakistán es zona de alta montaña, es frío. Los paquistanís son problemas respiratorios. Los paquistanís son hombres... siempre joven, de edad media, entre 30-50 años, que vive solo y casi todos los que veo son problemas respiratorios: bronquitis crónica, con complicaciones de la bronquitis crónica o tuberculosis. Mucha tuberculosis en los paquistanís. Algún paquistaní con parásitos y picores, con eosinófilos altos. Anemias, no me llamó la atención. Y, después, también chicos jóvenes, alguno ha venido... con problemas más banales, con alopecias, con pérdida de cabello... (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

Una de las patologías más mencionadas (tanto en observación participante²⁶ como en entrevistas) fue la tuberculosis, respecto a la que existen claras divergencias en lo relativo a su impacto en población inmigrante –como vimos, algo también congruente con la bibliografía. Algunos profesionales, que ejercen en zonas deprimidas, aseguraban no observar una diferencia significativa entre autóctonos e inmigrantes:

P.- Tuberculosi?

R.- Jo dels que he fet, no. D'això jo no m'he trobat gaire. Tinc molts més amb autòctons, que no d'immigrants. (Médico de familia en un CAP, mujer)

P.- No diries que aquí la immigració ha tingut un impacte a la salut pública?

R.- No... Jo no, eh? (Médico de familia en un CAP, mujer)

Por otro lado, aquellos que ejercen en centros específicos o en zonas donde los autóctonos tienen un nivel socioeconómico medio o, simplemente, menos cercano a la pobreza y/o la exclusión social, señalaban una incidencia significativamente mayor entre los inmigrantes:

²⁶ De manera habitual, cuando se realiza un diagnóstico de tuberculosis, los pacientes son derivados para su tratamiento y seguimiento a unidades específicas. No realicé observación participante en ninguna de estas unidades, sobre todo por razones de tiempo, de manera que los datos proceden de la observación en primaria (donde acudían pacientes con sospecha de padecer la enfermedad o que ya habían sido tratados) y de las entrevistas (en primaria y en ámbito hospitalario y que, esta vez sí, incluye a especialistas en la materia).

P.- Aparte de la patología que motiva la consulta, ¿qué otras puedes encontrar?

R.- Empecemos por orden. En el continente sudamericano, a parte del Chagas que es la reina, o el rey, ¿eh?, después, patología de la esfera incatalogable, síntomas difíciles de catalogar... Te podría decir malestar o cefalea o dolor de pecho... cosas no concretas. Los subsaharianos suelen ser gente bastante sana, ellos no te van a venir activamente por grandes síntomas, pero sí consultan por síntomas... o sea, la mayoría son cribajes sintomáticos... eosinofilia, problemas cutáneos, síndromes diarreicos, pero vamos, suelen ser gente sana. Después marroquí y paquistaní suelen ser por patologías infecciosas. Por ejemplo, dentro de los paquistaní suelen venir fiebres tifoideas o síndromes febriles. En estos dos, síndromes febriles. Así no me mojo tanto. Que pueden ser tuberculosis, fiebres tifoideas, adenopatías... en este grupo la tuberculosis es la reina pero de largo, de largo, de largo [gesticula con la mano]. (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

Muchos señalan que entre los pacientes inmigrantes persisten las percepciones negativas en torno a la enfermedad algo que, unido a las dificultades socioeconómicas de muchos de los que la sufren, complicaría su manejo:

R.- A ver, hay gente de todo, pero básicamente.... inmigrantes y de nivel muy bajo. La mayoría sin papeles. Y bueno, nadie ha tenido nada, [se ríe] nadie ha tenido contacto. Es un tema tabú para ellos, lo de la tuberculosis. Se les pregunta '¿has tenido contacto con alguien que haya tenido tuberculosis?', 'no, nunca tuve...', 'en tu familia allí en Bolivia, tal...'. Nunca han tenido contactos... Después va saliendo. Si por alguna razón les diagnosticas la tuberculosis o le pones una profilaxis, que entonces tienes una relación de meses con ellos, después va saliendo, pero es un tema tabú entre ellos [lo dice resaltándolo]. Yo creo que es lo que los une a todos, ¿no?, que nadie ha tenido contacto con tuberculosos y después todo el mundo tiene pacientes familiares muertos de tuberculosis, ¿no? Es muy diferente los contactos familiares, por ejemplo, que los contactos laborales, ¿no? En los contactos laborales es gente de aquí... bueno, sí que cada vez están más mezclados, en fábricas hay más inmigrantes... pero, bueno, la mayoría son gente de aquí, en los contactos laborales... En los contactos familiares, a veces dices, en un piso '¿cuántos vivís?', 'cuatro', pero después empiezas a sacar, empiezas a sacar... y salen un montón, ¿no? Mira... La mentira y el tabú de la tuberculosis. No dan su nombre real porque piensan que no los visitarás si no tiene Tarjeta Sanitaria... y después cuando ya saben que aquí *** no preguntamos nada, entonces te dicen el nombre y tenemos que cambiar todo. [Se ríe] Unos líos tremendos con análisis que todavía están pendientes... Es decir, mucho..., por este miedo, ¿no?, de que están ilegales, no tienen Tarjeta y... (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

El caso de la tuberculosis constituye, entonces, un ejemplo sobre cómo el sistema sanitario, de cobertura universal (o casi), puede convertirse en una especie de oasis de ejercicio ciudadano de derechos para muchos inmigrantes:

P.- ¿Hay un porcentaje importante sin papeles?

R.- Sí, sí. Porque además mucha gente viene infectada, porque en sus países hay mucha tuberculosis y no viene enferma, pero enferma aquí al primer o al segundo año... Y, claro, lógico, le bajan las defensas por la depresión de la inmunidad, el estrés asociado al hecho migratorio, ¿no?... Y entonces, entre que trabajan, que están estresados, si los pillan que si no los pillan, que han dejado a la familia, que han dejado a los hijos... Ha sido una depresión inmunológica y entonces van a desarrollar la enfermedad. En ese momento nadie tiene papeles, claro. Por eso muchas veces te engañan, porque cuando ven que no le pides papeles..., que no tienen que pagar nada... que revisas a toda la gente de la casa, aunque no tengan papeles, entonces ya se tranquilizan, ¿no?, pero en un primer momento todo son engaños. (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

R.- La tuberculosis de todos estos pacientes les viene de ahí, y se contagian unos a otros. ¿Aislamiento? Imposible. El otro día fui a cenar con unos paquistanís y tenían todos la placa de tórax con sus cavernas tuberculosas. Bueno, cuatro de siete, que es muchísimo, pero es que todos viven juntos, todos están malnutridos y se contagian unos a otros. (Médico especialista en un hospital)

En lo que se refiere a las Infecciones de Transmisión Sexual, ampliamente mencionadas por los profesionales, éstos suelen señalar cifras más elevadas que entre población autóctona (aunque sin mencionar, habitualmente, datos epidemiológicos concretos), crecientes y diferenciadas por colectivos:

P.- ¿VIH?

R.- En sudamericanos y subsaharianos. (...) De los que hemos cribado, en general, meto en la bolsa a todos los inmigrantes, vamos a contar que tienen VIH el 4%, de los pacientes que yo he visto. Es considerable. Mucho más alto que el nuestro. Diez veces más alto que el nuestro. Ahora no te puedo decir los datos exactos, pero de los recientes diagnósticos de VIH y SIDA en **** [cita su centro de trabajo] el porcentaje de extranjeros es brutal. El de autóctonos está estable, el de inmigrantes ha subido bastante. Casi un 30% de los que se diagnostican son extranjeros. Ay, nos quedan enfermedades de transmisión sexual, en general hay bastantes. Aquí englobo, a parte del VIH, la sífilis, mucha sífilis, en sudamericanos y subsaharianos, los marroquíes no tanto. Hepatitis, hepatitis B, sobre todo, en subsaharianos... *buah*, brutal, brutal. También puede ser transmisión vertical, ¿no?, pero las meto dentro de este grupo. (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

P.- ¿Y los gitanos rumanos más jóvenes? ¿Algún otro motivo de consulta que destacarías o enfermedades que tengan?

R.- No. Lo que empezamos a ver también es bastante hepatitis C... que todavía es bastante frecuente en esos países. VIH de momento no hemos visto, pero imagino que es cuestión de población, ¿no? de porcentaje de población.

P.- ¿Tuberculosis?

R.- No, nosotros por lo menos no tenemos. Enfermedades de transmisión sexual... también estas enfermedades... herpes genitales, también tenemos.

P.- ¿En porcentaje significativo y superior a la población autóctona de la misma edad?

R.- Sí. (Médico de familia en un CAP, mujer)

En lo que se refiere a la patología respiratoria de causa infecciosa, según los profesionales consultados suele ser menor y, fundamentalmente, de vías altas:

R.- Respiratoris... de vies altes ...pneumònia i això, no. Serien angines, otitis ... això sí. I dentals...flemons... Molts en urgències per problemes dentals, sobretot magrebins. (Médico de familia en un CAP, mujer)

2.2. Sintomatología osteoarticular

Otro de los grandes tipos de patología (o, más bien, sintomatología) mencionados por los profesionales (tanto durante la observación como en entrevistas) fue la de índole osteoarticular.

De manera clara, este tipo de cuadros (lumbalgias y dolores osteoarticulares diversos, tendinitis, esguinces...) parecían relacionados con la actividad laboral, tanto en lo concerniente a los ámbitos (construcción, servicio doméstico, limpieza en hoteles, fábricas...) como las condiciones en las que se realizaba el trabajo (jornadas laborales

largas, poca formación en cuanto a riesgos laborales, etc., aunque en este caso era algo que se tendía a dar por supuesto y se exploraba menos).

Al mismo tiempo, los profesionales resaltaban (y solían tener en cuenta en el curso del proceso terapéutico) la necesidad de muchos de estos pacientes de obtener una solución rápida que les permitiera no tener que coger la baja (o perder días de trabajo, con la consiguiente pérdida de sueldo) y retomar la actividad cuanto antes, algo que no siempre es posible o que choca con la necesidad de una valoración adecuada de los cuadros. Cuestiones, todas ellas que no parecen diferir de lo que ocurre en capas de cualquier población en situaciones socioeconómicas y laborales precarias:

P.- ¿La patología articular es derivada del trabajo?

R.- Sí, yo creo que sí. [Se refiere, en concreto a población paquistaní]

P.- ¿Patologías serias?

R.- No, dolor..., tendinitis, cosas así... A lo mejor no es seria, pero es invalidante también y es preocupante para ellos, ¿no? Porque normalmente una persona joven con dolor, que tiene de trabajar y que tiene que hacer un esfuerzo... es una *putada*.

P.- ¿Y dices que vienen buscando una solución inmediata para el problema?

R.- Yo creo que se ve claro que busca el fármaco y una solución rápida. Son como muy ortodoxos, médicamente y pensando también, ¿no? Vienen como de la medicina más ortodoxa. Y a veces, el hecho de hablar con ellos y decirles: 'Hombre, tendríamos que valorar un poco y esperar a ver cómo evoluciona con el tiempo...' Cosas de estas no las entienden. A lo mejor porque tampoco le hemos planteado directamente que puede ser derivado de muchas situaciones familiares, y así... Pero yo creo que, si se hace, muchos lo entienden también. (Médico de familia en un CAP, hombre)

2.3. Sintomatología de la esfera dermatológica

La sintomatología de la esfera dermatológica, habitualmente leve (prurito, eccemas, manchas...) y difícil de filiar, generaría consultas frecuentes a los médicos de familia aunque desde la bibliografía se haya señalado con menos frecuencia.

Los profesionales consultados la refieren especialmente para población indo-paquistaní y, en menor medida, subsahariana y suelen relacionarla con cambios en el medio ambiente asociados a la migración aunque, según otros, podría tratarse de somatizaciones. Tampoco sería descartable que estuvieran presentes ciertas dificultades diagnósticas asociadas a la limitada familiarización de algunos de los profesionales con tipos de piel con características diferentes a la que están acostumbrados a ver:

P.- ¿También es una consulta frecuente en paquistanís?

R.- Mucho, mucho, pero mucho. Grano que les salga, grano que les preocupa.

P.- ¿Por qué será?

R.- Pues no lo sé. Yo tampoco lo acabo de ver, pero sí que es verdad que cuando miro la historia veo que la doctora visita a muchos con granos: en cara... en brazos... Luego ya no sé decirte el seguimiento, ver cómo quedan, ¿no? Pero granos en cara...y todo esto, sí. Aparte es que les preocupa, ¿no? (Enfermera de adultos en un CAP)

R.- En chicas, pakistaníes, muchas veces por pelo, que les sale mucho pelo, incluso en la cara a veces o en sitios así. Y también manchas en la cara por tema racial, por la pigmentación de su propia piel, que a veces no tienen que ser tan pigmentadas en ciertos sitios. (...) (Médico de familia en un CAP, hombre)

R.- [Se refiere a población paquistaní] Sí. A ver. 'Picor, picor', análisis normales... Sarna... O sea, escabiosis: miras a ver: a veces, sí, pero otras veces, no. Haces tratamiento a ver si se va pero no: 'Picor, picor'. (...)Y lesiones de rascado pero nada más. Y haces el tratamiento para la sarna por si acaso y... a veces se va y otras veces, pues no se va. Pero: 'Picor, picor, picor'. Y también lo que *ara que ho dius*, muchas alergias. Muchas alergias a nivel de narices y de ojos... que las tienen desde que han venido aquí.

P.- Desde que han llegado...

R.- El cambio de ambiente, supongo. Muchas alergias, eso sí. (Enfermera de pediatría en un CAP)

P.- ¿Somatizaciones?

R.- Sí, sí, y *ves* a saber si los picores son somatizaciones...

P.- ¿Qué definimos como somatización?

R.- Sí, a ver, y patología que no es causa orgánica también... Diría que... no más pero sí [tanto] como lo autóctona; somatizaciones, pero... la expresan de distinta manera. Ya te digo, vete a saber si los picores no... (Médico de familia en un CAP, hombre)

En cualquiera de los casos, parece tratarse de cuadros que generan un volumen de visitas que, a menudo, se perciben por parte de los profesionales como banales o de consulta poco justificada lo que puede generar frustración tanto en ellos como en los propios pacientes que no siempre encontrarían solución a algo que, evidentemente, ellos sí viven como un problema.

2.4. Patologías crónicas

De manera mayoritaria, los profesionales consultados señalan que la presencia de patología crónica (tipo diabetes, hipertensión, dislipemia...) es menor que entre la autóctona, lo que relacionan, fundamentalmente, con la mayor juventud de los colectivos inmigrantes.

Sin embargo, los especialistas en Medicina de Familia e Interna señalaron con cierta frecuencia la presencia, especialmente en población de origen magrebí e indo-paquistaní, de patologías como diabetes e hipertensión con un nivel de evolución o gravedad superior al que habría que esperar en comparación con la población autóctona de su misma edad, algo que parece imprescindible tener en cuenta en términos tanto de promoción de la salud y como en el momento de diseñar los protocolos de atención.

R.- (...) cuando era residente tenía la sensación que los pakistaníes hacían cosas graves, gente que no tocaba, ¿no? Como por ejemplo, una persona joven, un infarto. Eso también se ha comentado.

P.- Sí, es raro... ¿te encuentras con gente relativamente joven que hace hipertensiones, dolores torácicos...?

R.- Sí, a lo mejor lo de las úlceras es un ejemplo. Gente joven con una dispepsia, con quemazón o síntomas de que les sube la comida o cosas así... y después hay una úlcera... Y dices: 'no me lo esperaba'. Y sí que hay. (Médico de familia en un CAP, hombre)

R.- (...) Nosotros tenemos una población muy joven; entonces la mayoría de veces la doctora cuando los ve, es mandármelos para vacunar. Y, entonces, aprovechamos y hacemos las preventivas. Me llama mucho la atención el ver que suelen tener bastantes hipertensiones. Pero sobre todo me llama la atención la lectura de presión elevada. Yo no sé si es de tipo nervioso y entonces lo volvemos a citar... Y a veces sí que se confirma que era una hipertensión. Por el

hecho de venir... ¿no?... Pero dan muchos, muchísimos, una lectura de tensión elevada. Rondando los límites. ¡En chicos jóvenes!
P.- Chicos jóvenes en los que no tocaría, ¿no?
R.- No, no. Pero en pakistaníes esto me llama la atención. (Enfermera de adultos en un CAP)

R.- [Referido a hombre de origen paquistaní] Hombres. Y sobre los 40, al menos los que aterrizan, con bastante patología de dislipemia, de diabéticos, de hipertensos... O sea, bastante patología para la edad que tienen.
P.- Esto como que no toca en estas edades, ¿no?
R.- No toca. Aquí no tocaría. Los autóctonos no tocaría. (Médico de familia en un CAP, hombre)

P.- ¿Y diferencias en el motivo de la llamada [al 061], por ejemplo, con el resto de la población?
R.- (...) Bueno, los pakistaníes se suelen infartar mucho (...)
P.- ¿Más que la población de la misma edad de aquí?
R.- Sí, pero bastante más. Dices 'Jo'. Con 35 años tienen unos infartazos de... Impresionante.
P.- ¿Y esto por qué?
R.- No te lo podría decir, pero creo que hay un componente genético... además, muertes súbitas. (Médico en 061)

2.5. Salud sexual y reproductiva

Los profesionales del área de Ginecología consultados no han señalado la existencia de grandes diferencias entre el estado de salud de las mujeres autóctonas y las inmigrantes²⁷.

P.- En general, me dices que no notas diferencias entre los tres grupos [autóctonos, marroquíes i rumanos no gitanos] en los motivos de la consulta, pero ¿en el estado de salud y en los cuidados del embarazo?
R.- Algunas marroquíes llegan con patologías a veces no detectada, que no conocían ellas mismas, pero en el estado de salud tampoco, diría yo. Claro, piensa que trabajamos con un grupo teóricamente de gente sana, que es un grupo joven. Entonces que tengan patología de entrada es ya una pequeña proporción en el autóctono, por tanto, ellas no diría yo que tienen más. (...) (Ginecóloga en un hospital)

También destacan que se trata de población que, por edad, en su mayoría no ha entrado todavía en muchos de los programas de prevención aunque, en algunos casos, se señalaba también cierto desconocimiento de la existencia y de la propia importancia de estos programas así como de su gratuidad y también dificultades para citarlas derivadas de los cambios frecuentes de domicilio:

R.- Hay poca problemática ginecológica, muy puntual; por el desarreglo de reglas tal vez o así... (...) De mamografías, es una población que todavía no llega a la edad de los programas. De revisiones, las magrebíes tal vez son las que se hacen más revisiones, las paquistaníes no han entrado todavía, poco a poco... (Ginecóloga en un hospital)

Aunque, como ya hemos visto, sí pueda existir una cierta diferencia en cuanto a la prevalencia de algunas enfermedades infecciosas que los profesionales suelen relacionar

²⁷ En este punto debo recordar que la observación en contexto hospitalario fue muy limitada, de manera que los datos proceden, en su mayor parte, de entrevistas a profesionales (tanto hospitalarios como de primaria) y, en menor medida, a conversaciones y comentarios de profesionales hospitalarios en el curso de las visitas a estos centros y sesiones de formación.

con la situación sanitaria en origen y, en menor medida, con patrones de comportamiento sexual de las mujeres y, sobre todo, de sus parejas (en realidad, más difícilmente valorables, con precisión, en el contexto en el que tienen lugar las consultas en primaria):

R.- [Continuación de una cita anterior] Bueno, ojo, ojo, ojo... pero sí que es verdad que con el HIV por supuesto, muchas gestantes... hay una unidad que llevan solamente las pacientes HIV embarazadas y yo diría que ahí sí hay una mayor proporción de subsaharianas. Marroquí no lo sé, marroquí no tanto, diría. Pero... es posible que haya un cierto aumento de sífilis, pero tampoco mucho más. (Ginecóloga en un hospital)

P.- ¿Otras enfermedades de transmisión sexual de tipo sífilis, VIH...?

R.- A ver, VIH muy poquito en la comunidad latinoamericana. Sífilis sí que lo vemos, incluso volvemos a tener sífilis maternas, en embarazadas...

P.- ¿Hace años que no se veía una sífilis materna?

R.- Pues un montón de años, pero últimamente con las latinoamericanas, hemos tenido... Y se tratan y se controlan y ya está, pero hay un rebrote. En latinoamericanas sí que hay más patologías de papiloma virus, de patología cervical... Por supuesto, en magrebíes y pakistanís no suele haber tanta. (Ginecóloga en un hospital)

En cuanto a la anticoncepción, la mayoría de los profesionales destacan el rechazo al preservativo en prácticamente todos los grupos (mayoritariamente, pero no sólo, por parte de los hombres) y un nivel de conocimiento y pautas de uso de otros métodos diferenciado en función de la procedencia, la edad y ciertas circunstancias vitales, cuestiones todas ellas observables en las consultas pero, de nuevo, de difícil valoración en cuanto a los factores con los que se relacionarían y las implicaciones en la salud teniendo en cuenta el tipo de contacto que pueden establecer, habitualmente, los profesionales y las pacientes:

P.- Quin mètode demanen?

R.- Sobretot no volen preservatiu i sol·liciten sempre pastilles. Sempre pastilles, gent jove, pastilles. I sempre els dic 'espera't, anem a fer una analítica a veure com estàs... de colesterol'... Però el preservatiu, no. (...)

P.- I quan dones la pastilla...

R.- Jo els hi explico. Alguna ha vingut fins i tot amb pastilles del seu país... (...) Les llatines saben més, no venen en parella, vénen soletes... moltes porten DIU, moltes han avortat més d'una vegada i de dos... i aquestes no consulten per pastilles. Com que venen amb molts fills, o s'esperen allà els fills. Aquí la gent molt jove que ve, ve amb pastilles i l'altra, amb DIU's. I saben molt... de Papanicolaus... ja saben molt. I, què més?... no m'he trobat mai amb cap africana, mai,... que demanen anticonceptius... (Médico de familia en un CAP, mujer)

Y es en este tema, como en otros relacionados con el ámbito de la Ginecología y Obstetricia, donde surgen con más frecuencia las cuestiones relacionadas con las diferencias en los roles del hombre y de la mujer y la capacidad relativa de decisión de esta última:

P.- I els hi consulten les decisions?

R.- Nooooo.... El marit... Els anticonceptius els hi diuen els marits, sempre és el marit. (Médico de familia en un CAP, mujer)

R.- En cuestiones como las cesáreas, quizás no, ¿eh? En cuestiones como ligarse las Trompas en la cesárea y todo eso, sí que aquí interviene un poco más el marido.

P.- ¿Para las ligaduras, sí?

R.- Sí, para las ligaduras sí. 'Bueno... pues no...'. Sí, que ves que hay un trasfondo, ¿no?, que parece que no es su decisión... Pero tampoco puedo saber exactamente qué pasa... (Comadrona en un hospital)

Probablemente, esta especialidad médica es en la que con mayor frecuencia se demanda que los profesionales –especialmente en primaria, pero también, aunque en menor medida, en atención hospitalaria– sean mujeres. La interpretación que hacen de esto muchos de los profesionales es curiosa y pone de manifiesto las diferencias en la percepción de los fenómenos según se atribuyan a pautas culturales propias o ajenas, así como la existencia de estereotipos muy arraigados hacia algunos grupos: el hecho que esta preferencia por profesionales mujeres sea muy común también entre usuarias autóctonas hace que sea mejor recibida, que se perciba más como un ejercicio libre y autónomo de un derecho y menos en clave de sumisión de la mujer, aunque esta última sea una percepción que se mantenga en algunos casos cuando la petición procede de mujeres gitanas autóctonas o inmigrantes y que, sin embargo, no se atribuye cuando se trata de mujeres autóctonas no gitanas, en las que pueden darse o no similares motivos:

P.- ¿Algún tipo de actitud [respecto al sexo del profesional]? Sois mayoritariamente mujeres...

R.- Sí, ¿para los partos? Sí, algunas comentan esto... '¿Habrá hombres...?' Sí, y se les explica, que estamos en un hospital y que son médicos y tal. '¿No se puede escoger?' Pero he visto de todo, que lo comentaba el marido y he visto que la mujer le decía que lo dijera el marido porque ella sentía pudor, ¿no? Pero cuando se les explica, no ponen impedimentos; la cuestión es explicar y que te entienda, y que haya una comunicación. (Comadrona en un hospital)

Ya en el ámbito específico de la Obstetricia, los profesionales coinciden en señalar, de manera coherente con lo referido en la bibliografía y que se evidencia ya en las salas de espera, que las diferencias fundamentales se refieren a la edad de las madres, la paridad y también los procesos de cuidado durante el embarazo. En cuanto a la edad, prácticamente todos señalan que se suele tratar de madres, de media, más jóvenes que las autóctonas aunque la diferencia no parece ser percibida por los profesionales de manera tan evidente como señala la bibliografía y varía, también, entre colectivos:

P.- ¿Diferencias de edad de las madres en función de los colectivos en comparación con las de aquí?

R.- Pues sí. Las sudamericanas, más jóvenes, bastante más jóvenes. Las gitanas, más jóvenes. Las magrebíes... no... Las mayores, las de más edad, somos nosotras, las autóctonas. Pero en general, el resto, entre 25 y 35, yo diría eso.

P.- Tampoco mucho más jóvenes, entonces...

R.- ¿Cómo adolescentes? Pues las gitanas y las sudamericanas. *Algunaaaa* autóctona, pero en general, no. (Comadrona en un hospital)

El mayor número de hijos se señala también como un dato relevante, con claras diferencias entre los grupos (incluido el de gitanas autóctonas):

P.- ¿Diferencias en el número de hijos?

R.- Pues sí... Pues las magrebíes, más hijos... Gitanas, claro. En paquistaníes... quizá también... Pero, en general, todas más que las autóctonas, seguro... Y las chinas tampoco tienen tantos hijos. Como mucho, tres. (Comadrona en un hospital)

En lo relativo a los cuidados durante el embarazo y tras el parto, las valoraciones se matizan de manera clara si la comparación se establece según criterios socioeconómicos: es decir, si en lugar de comparar el conjunto de la población autóctona con el conjunto de la población inmigrante, la comparación se establece con segmentos socioeconómicos similares de cada grupo de población. Una precaución, hay que señalarlo, que, como vimos, no siempre se contempla en la bibliografía y que puede conducir fácilmente a generalizaciones inexactas.

P.- ¿Y cuando no han hecho todas las visitas?

R.- Algunas, algunas de ellas sí. Sí, por el trabajo. Bueno, o que no han tenido tiempo, yo qué sé, van a vender... el colectivo gitano. Las otras, quizás por problemas de idioma o de que han llegado más tarde o.... Pero ya te digo, si te entienden, cumplen. La mayoría. Como en todo. Porque también hay los extremos de las señoras autóctonas que tampoco cumplen... (Comadrona en un hospital)

Entre los profesionales se señala que el control de los embarazos es mejor cuando se inician aquí desde el principio que cuando la mujer viene ya embarazada de origen:

R.- Generalmente son gente que llevan bien el control del embarazo... Con un porcentaje mayor quizá de las que no controlan bien sus embarazos que serían las que han venido a medio embarazo para aquí y no han tenido tiempo de controlarlas bien, que esto ocurre con cierta frecuencia, que las que están a punto de venir, vienen ya para venir a parir... (Ginecóloga en un hospital)

R.- (...) Los embarazos, en *** [cita un barrio de Barcelona] nos encontramos muchas señoras que vienen de sus países de origen con nulo control o con muy poco. Entonces... a veces te encuentras un embarazo de siete meses que no le han hecho absolutamente nada. [Si] detectas alguna anomalía en el feto ya no puedes hacer nada más... En sus países creo que es la atención pagando, con lo cual suelen hacer muy poquitas visitas... (Ginecóloga en un hospital)

R.- Alguna que acaba de llegar, sí... Con los trámites... Que está muy avanzada... Esto quizás sea más hace unos años, porque el circuito no estaba tan bien organizado y no tenían acceso. A nivel hospitalario creo que está más organizado. Pero ahora no tenemos tantos casos de embarazos no controlados. (Comadrona en un hospital)

Dato que parecería contradictorio con la opinión de otros profesionales que señalan, en contra de lo que podría pensarse *a priori*, que el nivel de control puede decaer un poco cuando las mujeres son multíparas ya a destino, por lo que sería necesario investigar las posibles causas sociales y económicas (necesidad de cuidar a hijos previos, incorporación al mundo del trabajo...) o culturales (percepción de la necesidad de cuidados o del riesgo...) que podría haber tras este fenómeno:

R.- La inmensa mayoría controla bien su embarazo, pero sí que es más frecuente que en la población autóctona que haya menor cuidado del embarazo, no de las que acaban de llegar sino de las que ya hace un tiempo que están aquí; o sea, las multíparas, ya no le dan tanta importancia. (...) (Ginecóloga en un hospital)

También, entre los que tienen entre sus pacientes a población *rrom* (gitanas, fundamentalmente de origen rumano) señalan, prácticamente todos, la juventud de estas madres y las dificultades en el control del embarazo (muy evidentes, ambas cosas, en las consultas) aunque cabe aclarar que existe un considerable desconocimiento respecto a la realidad socioeconómica y cultural de este colectivo, persistiendo un buen número de

generalizaciones estereotipadas que, de acuerdo con las informaciones recibidas por parte de los etnógrafos del equipo especializados en este colectivo, no siempre estarían adecuadamente fundamentadas:

P.- Con embarazos muy avanzados...

R.- Sí, cuando no vienen pariendo sin ningún control.

P.- ¿Madres jóvenes?

R.- Son muy jóvenes. En la población [rrom] rumana. Existen madres adolescentes... Son de difícil cumplimiento, les cuesta seguir unas pautas...

R.- Yo creo que es por propia fe... y de ideal de vida que tienen... ¿no? Suelen ir a su libre albedrío... No les gusta cumplir normas... (Ginecóloga en un hospital)

R.- No controlados... Pues estas señoras de Rumania por ejemplo, quizás... Yo diría que es el colectivo más descolgado...

P.- ¿Las gitanas [rrom]?

R.- Sí, o avanzados o no controlados. (Comadrona en un hospital)

Sin embargo, y es muy importante destacarlo, pocos profesionales relacionan estos posibles déficits de control, en cualquiera de los colectivos, con un incremento claramente significativo de patología o complicaciones aunque, claro está, un único caso, si es evitable, constituye ya un número excesivo y, por pequeño que sea el porcentaje, cuando aparecen, estas complicaciones son dramáticas desde cualquier punto de vista.

Nuevamente, es necesario reclamar la realización de investigaciones concretas de calidad que permitan evaluar la situación real en los diferentes grupos de población y en comparación con segmentos socioeconómicos equivalentes. Y esto, entre otras razones, porque no conviene perder de vista que, en ocasiones, son (también) las condiciones socioeconómicas en las cuales viven las pacientes y no (sólo) la diferencia cultural las que pueden llegar a condicionar los cuidados durante el embarazo y el uso que se hace de los servicios sanitarios públicos y que, incluso ante situaciones de marcada diferencia cultural en cuanto a las concepciones en estos temas, las prácticas no suelen ser improvisadas ni carentes de sentido si se tratan de entender en su contexto (aunque a veces ocurra, como en cualquier grupo humano), de forma que existen posibilidades para la comprensión mutua y los acuerdos que redundarían, sin duda, en mejoras en la salud y en la propia calidad asistencial:

R.- Es que mi población sobre todo son sudamericanas. Su problema siempre es el mismo. Tú les recomiendas reposo después de una amniocentesis y ellas te dicen que van a tener problemas en el trabajo; la mayoría tienen trabajo de limpieza... Las que no trabajan lo tienen más fácil: tú le dices que haga reposo y, a no ser que tenga mil hijos, pues, harán reposo. Las trabajadoras tienen más problemas. No se atreven a decir que están embarazadas... 'es que no saben que estoy embarazada... cómo voy a faltar, no, no, no', y ya sabes que no van a hacer el reposo. (...) (Ginecóloga en un hospital)

En cuanto a la alimentación durante el embarazo y en el postparto, la mayor parte de los profesionales no siempre están adecuadamente formados en cuanto a las cuestiones, tanto económicas como, sobre todo, culturales que pueden estar implicadas y, más aún, con la delimitación de si el impacto es relevante en la salud o sólo en la organización de la asistencia tal y como están acostumbrados a entenderla:

P.- ¿Y durante el tiempo que están hospitalizadas aquí, por el parto, alguna cuestión cultural que destacarías?

R.- Bueno, sí. La gente magrebí, paquistaní, muchas veces trae la comida de su casa. Aparte, como no pueden comer cerdo... traen sus cuscus o se traen sus platos que suelen comer.

P.- ¿Por una cuestión de gustos o por que tengan algún tipo de tabú en el postparto?

R.- Esto no lo sé yo, si tienen algún tabú. (Comadrona en un hospital)

P.- ¿Y en cuanto a los cuidados de ellas? Determinados alimentos que veas que eviten, o algún comportamiento...

R.- No, no especialmente. A alguna china las familias se emperran en que les demos una especie de sopa que es para las puérperas y evidentemente les decimos que en las primeras horas después de un parto o de una cesaría no pueden comer... Y algunas te vienen: 'no, no, dele la sopa'... (Ginecóloga en un hospital)

Es necesario señalar, y volveré sobre ello, en sucesivos apartados, que convendría informar a los profesionales sanitarios de las características de las dietas de origen, de los factores que las influyen, de las peculiaridades para cada etapa vital y de su relación o no con la presencia de patologías. También, de los factores que intervienen en el cambio de la alimentación en destino y cómo la ausencia de determinados alimentos, que éstos no sean accesibles desde el punto de vista económico o que sus propiedades se vean modificadas por su combinación con otros propios de la dieta local, puede llevar a descompensaciones en las dietas que, desarrolladas de acuerdo con las pautas de origen, sí eran saludables.

R.- Bueno, lo que hemos detectado es que hay ciertas hipocalcemias, problemas del calcio en la alimentación de las paquistaníes por el tipo de pan que consumen. Desde Primaria se les intenta recalcar que hay que comer de todo, como la dieta mediterránea, y de también abandonar un poquito estos hábitos que tienen de comer cierto tipo de alimentos, como son estos panes sin levadura... Que son quelantes del calcio. Porque hemos detectado problemas de hipocalcemias en mamás, y parece ser que los pediatras lo detectan también en los niños. Entonces en la zona de *** [cita un barrio] se suele insistir bastante con la alimentación. En cuanto a las magrebís, creo que tienen una alimentación similar a las españolas y no hay problema, ni en el resto de las otras comunidades... (Ginecóloga en un hospital)

Otro tema importante en esta área se refiere a las cuestiones relacionadas con la vacunación durante el embarazo y, en este punto, las opiniones de los profesionales puede llegar a diferir bastante (en información recogida tanto en observación participante como en entrevistas) y se puede observar, de manera análoga a muchos otros temas relacionados con la salud de estas poblaciones, que la percepción de la gravedad de las carencias o de las dificultades es menor a medida que aumenta la formación específica del profesional que la emite. Cuánto menor es esta, mayor es la desinformación (incluso sobre cuestiones biológicas), el manejo de estereotipos o prejuicios y las actitudes de recelo o rechazo más o menos explícito:

P.- ¿Y en cuanto a vacunas?, por ejemplo.

R.- Un desastre.

P.- Pero, ¿vacunáis?

R.- Se insiste sobre todo durante el embarazo con la antitetánica, que esta sí que no tiene contraindicación y conviene ponerla para evitar tétanos neonatales. Y lo demás ya se remite a posteriori a su cabecera. Traen patología... tuberculosis, patologías que aquí habíamos erradicado... Tienen niños de embarazos anteriores que no han estado vacunados correctamente, con lo cual se suelen ver algunos sarampiones, rubeolas... en hijos de estos inmigrantes. Esto

nos puede complicar un contacto de un embarazo con la mamá o de alguna conocida que esté embarazada y que tenga contacto con este niño... (Ginecóloga en un hospital)

R.- Bien, bien... yo no noto diferencias... a ver, las madres quieren que todo salga bien... todas las madres, ¿no?... Vale que hay excepciones, pero eso pasa siempre, en todas partes, ¿no? Pero, en general, yo no me he encontrado problemas, no... Si no están vacunadas o no sabes si están vacunadas, ni ellas lo saben... que es lo más frecuente... pues ya lo tienes en cuenta... y no hay problemas, no... (Comadrona en un hospital)

Un tema en el que también merece la pena detenerse es el que se refiere a la realización de pruebas prenatales utilizadas para diagnosticar posibles patologías fetales, como el *triple screening* o la amniocentesis. En este punto, de manera genérica, los profesionales diferencian dos grandes grupos de actitudes, que tampoco son difíciles de observar en las consultas: por un lado, algunas madres (o parejas) especialmente autóctonas (y, entre éstas, sobre todo, gitanas) que expresan su deseo, a veces de manera insistente, de llevar a cabo todas las pruebas que sean posibles, incluso, en algunos casos, con escasa consideración hacia los posibles riesgos (en el caso de la amniocentesis) o asunción de los mismos:

R.- Las del tipo, 'a mí hágamelo todo'... que quieren saberlo todo... que tienes que explicarles... 'a ver, que con este screening...con esta edad... no hay indicación, ¿no?', que hay riesgos, que a veces, como tienen amigas o hermanas o cuñadas que se la han hecho [se refiere a la amniocentesis] les parece que no pasa nada... y tienes que explicar los riesgos... que casi nunca pasa nada, pero que cuando pasa... pues... poca broma... Pero hay un grupo, de madres de aquí, añosas ya, primerizas... Que quieren como una seguridad que ninguna prueba les puede dar... Y las gitanas, las gitanas también... estas se harían una ecografía cada dos días... En inmigrantes, yo lo veo menos, esto... me parece... (Ginecóloga en un hospital)

Por otro lado, existiría también un grupo con una marcada actitud de rechazo hacia cualquier tipo de prueba, especialmente las que puedan comportar cualquier tipo de riesgo pero también, incluso, las que no lo implican, expresando la voluntad de que, independientemente del resultado, se seguiría adelante con el embarazado. Aunque la mayoría de los profesionales lo relacionan con razones éticas o, especialmente, religiosas, otros han mostrado su opinión de que puede haber un deseo de la mujer de ocultar o evitar conocer posibles malformaciones que pudieran conducir a una aborto terapéutico que no desean y que podría afectar a su consideración dentro de la pareja o la familia aunque, de nuevo, resulta difícil valorar la calidad de la información en la que estos profesionales basan sus afirmaciones dado que difícilmente la relación que pueden mantener (la mayoría de ellos) con sus pacientes alcanzaría a permitir este tipo de confianzas:

R.- (...) Lo que sí está claro es a la hora de decidir si se quieren hacer la prueba [se refiere a la amniocentesis] o no se la quieren hacer, que muchas veces es el *quid* de la cuestión: muchas marroquíes no quieren hacerse nada. En eso sí que es evidente que son muy diferentes a nosotros. No te digo la mayoría; y hay muchas que se lo hacen porque el marido les insiste, pero por ellas no harían nada. Ya sólo de pensar que eso puede suponer un riesgo para el embarazo... Y, después, cuando detectas algo susceptible de interrumpir, claro, también hay muchas que no les cabe en la cabeza esa opción, ¿no?

P.- ¿Y no se hacen la prueba por el riesgo?

R.- Sí, en cuanto se enteran de que hay riesgo y de que encima eso va dirigido a interrumpir si hay problemas, si en su cabeza ya su idea es no interrumpir, por supuesto... Pero muchas veces anteponen lo del riesgo a saber si tiene algo o no. Y después ya te digo, a veces hay cardiopatías o no sé, fetos que tienen malformaciones importantes, que pueden ser compatibles o no

compatibles con la vida... en una española de las habituales sabes que van a interrumpir seguro, seguro, sin embargo ellas de vez en cuando deciden continuar. (Ginecóloga en un hospital)

En cuanto al momento del parto, suelen señalarse varias cuestiones, atribuidas todas ellas por parte de los profesionales a pautas culturales. La primera, la diferente manera de expresar el dolor y vivir el momento del parto.

P.- ¿Hay diferencias en esto en el momento del parto?

R.- Sí. Las chinas son muy fuertes. No se quejan, en nada. El resto... Es que, claro, hay de todo... Pero las chinas se desmarcan en esto, son muy valientes y tienen como muy asumido el parto y el dolor. No sé. Creo que soportan muy bien el dolor y están muy mentalizadas, muy valientes... (Comadrona en un hospital)

La segunda, las diferencias en la atribución de roles y responsabilidades en función del género, que se plasman, por ejemplo, en la importancia de la presencia del padre en el parto y de las interpretaciones que se hace respecto que esté o no:

R.- (...) El padre, sí. Durante el momento del parto se dan situaciones, como que hacen entrar al padre, y ni el padre tiene las ganas de entrar ni la madre tiene las ganas de que esté el padre allá, ¿no? Eso y bueno, todos los gritos y las manifestaciones de las marroquíes y el aguantar el dolor de las subsaharianas y el aguantar el dolor de las asiáticas, también... Bueno, estas cosas perinatales pues sí que hay mucha característica de cada población, comportamientos delante del parto, ¿no? (Pediatra en un hospital)

R.- El marido en las magrebíes se desmarca un poco del parto. Ellas tampoco están muy cómodas con su marido. Depende, también, ¿eh? Hay distintos..., están los más analfabetos y los más cerrados... Es que, claro, se dan muchas variables. Yo he tenido chicas magrebíes en clases de educación maternal, hablando catalán, por ejemplo. Pero con su pañuelo, con el velo. Y secretarias o... Esta, por ejemplo, venía con su marido. Claro, es que... la mayoría trabaja y tampoco les pueden acompañar. En los partos, yo pienso que en el momento de parir, el marido está incómodo y ellas también.

P.- ¿Y en los otros colectivos?

R.- Yo hago pocas guardias... A ver, las mujeres chinas también vienen bastante solas, la mayoría. (Comadrona en un hospital)

Y un hecho realmente llamativo y, a mi juicio, sobre el que habría que trabajar: la interpretación de quién se considera *normal* o *aceptable* que esté presente, olvidándose que se trata de una pauta tan cultural una elección como otras y desde posiciones, a veces, de escaso respeto a unos patrones culturales o elecciones individuales que, en este caso, claramente no tienen ningún tipo de repercusión directa por la salud en términos biológicos:

R.- Los miedos; luego... los maridos las dejan. En el trabajo de parto, generalmente hay maridos que... está fuera [quiere decir que no entre en la habitación ni en el quirófano]... o se va a trabajar... y están desamparadas...

P.- ¿Ellos están en el parto, los maridos?

R.- Algunos, sí. Paquistaníes nos cuesta más... magrebíes van entrando... Pero si hay la figura femenina de una madre, suegra o hermana... ya ellos se desentienden completamente.

P.- ¿Y entra la madre en el parto?

R.- Si no hay el marido, dejamos entrar a la pariente. Si hay el marido, preferimos que sea el marido que al fin y al cabo es el responsable y las madres las dejamos fuera. Pero si la señora está sola, por supuesto que no la vamos a dejar solita. (Ginecóloga en un hospital)

Y la tercera diferencia señalada, la relacionada con las actitudes respecto a las cesáreas y a la epidural. Sorprende, en este punto, la calificación de *cultural* que se hace de

algunas de las situaciones que, en realidad, no siempre parecen conocerse con la precisión necesaria para realizar afirmaciones tan tajantes y en las que podrían estar interviniendo, en conjunto o aisladamente, otros factores. Por no hablar de que la calificación de *cultural* se asigna exclusivamente, o casi, a colectivos inmigrantes o gitanos autóctonos, especialmente de nivel socioeconómico bajo, cuando entre población autóctona o inmigrante de nivel más elevado pueden haber pautas igualmente culturales, coincidentes o no, con las anteriores. Un ejemplo de esto podría ser el rechazo a la epidural, muy común, como pude comprobar, entre madres de origen argentino de nivel socioeconómico medio-alto o alto y también entre algunas autóctonas no gitanas, que expresaban con claridad una ideología orientada a vivir el momento del parto sin intervención externa en la medida de lo posible, viviendo con libertad la posibilidad de expresar el dolor como consideraran adecuado. Algo que tiene que hacernos reflexionar sobre la tendencia que tenemos, muchas veces, a calificar de *cultural* todo aquello que nos resulta extraño, que difiere de lo que estamos acostumbrados a ver en población autóctona que se entiende como prototípica y sirve de patrón de comparación sin que esta calificación a menudo vaya acompañada de una adecuada reflexión sobre los motivos que las personas pueden tener para hacer lo que hacen, que, muchas veces sí están pautados culturalmente pero, también muchas veces, no y responden a cuestiones de índole social o económica o estrictamente personal o, más frecuentemente todavía, a ambas, en cualquier caso, legítimas:

R.- Sobre todo en las cesáreas, esto sí que es un tema terrible y además corren bulos de que como que eres inmigrante quieren ir deprisa y que como no se entienden contigo, pues cesárea y te lo quitan rápido. Y hemos tenido problemas muy severos y muertes fetales por niños que estaba indicada la cesárea porque había una desproporción increíble y era la tercera... con dos cesáreas anteriores. Y, bueno, temas culturales de que la mujer no quiere quedarse con una tercera cesárea que significa no poder tener más niños, como que esto significa una cicatriz y a lo mejor tiene al marido fuera y aquí ha tenido este niño con un novio o.... Bueno, básicamente, que no quieren cesárea, porque quiere decir que no van a tener más niños y, bueno, es una lucha, ¿no? Y las subsaharianas a mí me consta que intentan hacerse una reconstrucción de himen cuando cambian de pareja, cuando se han separado y quieren buscar otro marido, por motivos culturales, ¿no? (Pediatra en un hospital)

P.- Y por ejemplo, en el momento de parto, ¿actitudes hacia la epidural o algo que sea destacable en ese sentido?

R.- Que no la quieran, por ejemplo... Quizás no la conocen demasiado y es por falta de información. Algunas, por ejemplo sudamericanas, es algo que de entrada, no. Y luego yo creo sí, que no tienen problemas. (Comadrona en un hospital)

R.- No. No suelen... La epidural hay más reticencia en la población sudamericana, porque se piensan que lo tienen que pagar... como en su país. Y las chinas. Las chinas aguantan muchísimo el dolor, con lo cual rechazan muchas veces la anestesia. Y las magrebíes y paquistaníes, como es el único momento en el trabajo de parto que pueden chillar y manifestar sus quejas... pues al final aceptan la anestesia por el dolor y el cuadro que te montan... Es escandaloso, pero es cultural... Parece ser que es el único momento en que el hombre puede escuchar los gritos de su mujer para que él se dé cuenta de lo que está pasando. (Anestésista en un hospital)

P.- ¿Y reticencias en los hombres [se habla de población paquistaní y magrebí] para la epidural? Porque pueda haber efectos secundarios o...

R.- Una vez el anestésista les explica, no suelen poner muchas pegas.

P.- ¿Y las cesáreas?

R.- Tampoco. (Ginecóloga en un hospital)

Finalmente, un apunte sobre las dificultades para conseguir un embarazo, ya que se trata de un tema sumamente interesante, que merecería investigarse con más detenimiento del que ha sido posible en esta investigación. Tan sólo señalaré aquí que la percepción en cuanto al grado de preocupación y la rapidez o no de la consulta difiere entre los profesionales aunque la mayoría señalan que se trata de un motivo grave de preocupación que genera consultas rápidamente.

R.- Donde también hay un aumento de las pacientes pakistaníes, es en la consulta de esterilidad. No sabemos si es debido a que son... hay la endogamia... porque muchos son primos casados... matrimonios arreglados. Esto también lo vemos en los hindús. Hay poquito hindú... sobre todo aquí tenemos de la zona del Punjab, un poco del Cashmir, y del resto de Paquistán no suelen haber. Y los hindús que también tenemos, son de la zona del Punjab. Y como hay estos matrimonios endogámicos arreglados, sí que hay bastante consulta por esterilidad... Y en nuestro servicio, realmente practican inseminaciones y fertilizaciones in vitro, cada vez hay una población en aumento de pakistaníes. (Ginecóloga en un hospital)

P.- Y, en las primeras consultas sobre esterilidad, ¿encontráis que hay causas justificadas? ¿O es más un miedo, o un deseo de un embarazo muy pronto que hace que se consulte rápidamente si no se consigue?

R.- No, al contrario. Tardan en consultar. Algunos llevan bastantes años, incluso vienen de su país con algún estudio precario de esterilidad por el motivo de que es medicina privada y lo tienen que abonar... Y entonces aprovechan tener la pareja aquí en España, para traerla con lo indispensable. (Ginecóloga en un hospital)

R.- Sí, los problemas de fertilidad... que se agobian. Los libros dicen que tienes que dejar pasar un año y medio antes de preocuparte, antes de hacer un estudio de fertilidad. Ellos [se refiere a población paquistaní] a los dos, tres meses de intentar, si la mujer no se queda embarazada, vienen aquí... (...) O los que hacen reagrupación familiar que se traen aquí a la mujer, bueno pues eso, también. Y después la aceptación social, que una pareja que no tiene hijos pues es que no hace sexo o lo que sea, pues la suegra, las madres, suelen ser las mujeres las que un poco juzgan la potencia sexual del compañero y '¿cómo es que no tendrá hijos...?'... (Médico en unidad específica en un hospital)

Se señala también que suele vivirse peor la infertilidad masculina:

R.- Donde puede surgir un poquito más de problema, es cuando el diagnóstico es una infertilidad clara masculina. Que tenga que haber un semen de donante, u otras prácticas... (Ginecóloga en un hospital)

En relación con todo esto, sorprende que, a pesar de que buena parte de los profesionales reconocían no tener formación específica sobre el tema ni haber profundizado (por distintos motivos) en el interrogatorio a estas personas para tratar de establecer las percepciones en torno a las explicaciones, suelen expresar, a veces de manera muy tajante y muy tranquila, algunas causas que, pudiendo ser ciertas para algunos colectivos y casos concretos, no necesariamente tienen que serlo para todos. Lo que de nuevo, nos conduce a reflexiones que ya he expresado reiteradamente: de qué tipo de formación e información disponen nuestros profesionales, en qué medida la perciben como necesaria y en qué medida, también, la necesitan y cuáles pueden ser las repercusiones de las respuestas a estas preguntas en cuanto a la calidad de la asistencia no sólo en términos biológicos:

P.- Me imagino que es duro para esas mujeres, el tema de la esterilidad...

R.- Sí, porque pueden ser repudiadas. Algunas te suplican que las embaraces, porque las llegan a repudiar. Sobre todo por parte de las suegras, si no les tienen mucho afecto... Y dicen: 'no, no, que me van a echar y se va a casar con otra'... (Ginecóloga en un hospital)

Aunque, insisto una vez más, para evitar malentendidos que también hay profesionales que, cuando perciben diferencias e intuyen pautas culturales diferenciadas, muestran interés por profundizar en ellas y sus implicaciones. Digo, de nuevo, en este punto, lo que he mencionado ya reiteradamente en otras partes de este texto: señalar estas lagunas en los conocimientos o estos deslices en las actitudes debe entenderse como una aportación crítica que pretende ser constructiva y respetuosa hacia (todos) los actores implicados. El manejo de estereotipos es común en todos los sectores de la población y es casi inevitable cuando no existen conocimientos por los cuales sustituirlos. Pero la clave es, precisamente, esta: si reconocemos que estos estereotipos existen, que tienen una repercusión en la dinámica de las consultas, en la relación entre los implicados, en el modo en el que trabajan los profesionales y, también, en la salud de los pacientes, habremos dado el primer paso para cambiar estereotipos por conocimientos.

2.6. Salud en la infancia y la adolescencia

Una de las primeras puntualizaciones que se debe hacer en lo que se refiere a la valoración de las necesidades en salud de los niños inmersos en un proceso migratorio es, precisamente, la necesidad de considerar la enorme variedad de situaciones que pueden darse en cuanto a las características de éste. Los profesionales de pediatría (por lo que he podido comprobar tanto durante la observación participante en primaria como durante las estancias y conversaciones más informales en ámbito hospitalario y las entrevistas en ambos contextos) tienen muy presente, en sus discursos y en su práctica profesional, la necesidad de considerar, para evaluar la salud del niño, además de su país de origen o grupo étnico, un conjunto complejo y heterogéneo de factores y, dentro de ellos, muy especialmente aquellos relativos a las condiciones socioeconómicas en las cuales se ve inmersa la familia a la cual pertenece. Así, podemos encontrarnos, por ejemplo, con niños llegados tras procesos de adopción internacional cuyas necesidades en salud pueden ser específicas y diferenciadas –especialmente, pero no sólo, en los primeros momentos– tanto de los niños hijos biológicos de padres autóctonos como de los hijos de los llamados inmigrantes económicos.

R.- A ver, está, no lo hemos de olvidar, el niño adoptado, que es un niño inmigrante que tiene una familia occidental y de aquí... Puede tener patología importada, puede arrastrar unas secuelas de raquitismo, puede llegar con una anemia ferropénica importante o alguna enfermedad hereditaria, pero tiene unas connotaciones totalmente distintas y que el enfoque es distinto. Pero sí que hay un cribaje a su llegada, que depende de su país de origen, pero que hay que tener en cuenta (...)(*)²⁸ (Pediatra en un hospital, mujer)

Y, en el caso de los hijos de inmigrantes nacidos en origen, habrá que tener en cuenta cuestiones como el país y la zona concretas, las características del proceso migratorio

²⁸ Las citas marcadas con este símbolo a lo largo de este apartado corresponden a la entrevista a una misma profesional, con amplísima experiencia, expresadas en un discurso continuo. Las he fragmentado, alterando, además, el orden en el que hizo los comentarios, para facilitar la elaboración de las explicaciones.

tanto del menor como de la familia (ya que no siempre vienen juntos ni en las mismas condiciones en cuanto a la preparación y desarrollo del viaje) y, también, ya para los nacidos aquí, las condiciones sociales y económicas de su familia –tanto en origen como en destino–, la estructura familiar –también en los dos contextos– y los cambios que pueda haber introducido la migración. Continuando con la cita anterior:

R.- (...) Este sería un extremo [el niño adoptado] y el otro extremo es el niño recién llegado de la familia recién llegada o no tan recién llegada, un niño recién incorporado a una familia llegada más tarde [sic], que son, pobres, los que sufren más, los que se quedan con los abuelos y vienen en una segunda oleada de inmigración. O sea, en el niño hemos de hablar de qué familia tienen, ¿no? Básicamente, el niño tiene la patología que tiene su entorno. Y, evidentemente, no se puede generalizar y hablar de la patología de la inmigración, porque depende del origen, depende del itinerario migratorio, depende de... dónde proceden, del campo o de la montaña, y del tiempo que haga que están aquí y de la situación en que se encuentran aquí. El que tienen un éxito migratorio más importante y el que no lo tiene tanto; y le es más difícil y empiezan con los problemas, de pareja, de pareja porque la mujer normalmente encuentra trabajo antes que el hombre y es la que sale de casa. O la terrible situación de inestabilidad de papeles, económica, laboral... Y esto se traduce en el niño y en su salud, por la convivencia de todas las familias..., por el descontento que hay. Y están, bueno, todos los subgrupos que quieras, ¿no?, de la familia con un éxito migratorio importante y que están aquí la mar de bien con su trabajo y con una integración *potable* o llevan aquí una buena vida, o el que acaba de llegar y que tiene enormes problemas vitales, que no tienes ni idea, y que están detrás con un peso *súper-importante* y sin la mediadora pues no llegas a conocer ni la punta del iceberg de lo que pueda haber detrás, ¿no?, de follón familiar y situaciones vitales muchas veces trágicas y dramáticas. (*) (Pediatra en un hospital, mujer)

Cabe, de todas formas, preguntarse cuánta de esta información serían capaces ya no sólo de recoger sino de contextualizar adecuadamente los profesionales de pediatría. Y sobre esto podría decir varias cosas, basándome en mi trabajo de campo: la primera que (aún sin disponer de datos susceptibles de un tratamiento estadístico), a priori, parecen estar en mejores condiciones que los profesionales dedicados a la atención de adultos, gracias a la importancia concedida a la atención al niño sano; la segunda que, aunque los datos suelen consignarse en las historias clínicas (informatizadas) y son visibles para pediatras y enfermeros de pediatría, la mayor parte de los datos sobre las condiciones de vida proceden de los interrogatorios (o percepciones o intuiciones...) de estos últimos y no siempre se registran todos por escrito, de forma que sucesivos profesionales que ven al niño no siempre disponen de esta información y parte de ella puede perderse, también, con los nada infrecuentes cambios de profesionales; tercero que, el valor que se le da y la aplicación real en cuanto a las decisiones clínicas es variable entre los profesionales; cuarto, que, aunque esto último podría, a priori, calificarse de negativo, sí es cierto que dadas las escasas posibilidades por parte de los profesionales de tener un conocimiento verdaderamente contextualizado para cada caso concreto y los riesgos de basarse en estereotipos que se asociarían a esto, quizá no lo sea tanto; y quinto (de nuevo sin datos estadísticos pero sí tras una exploración que creo cuidadosa durante el trabajo de campo), que a pesar de que la percepción entre los especialistas del área pediátrica respecto a la importancia de estas cuestiones es mayor que entre los profesionales que trabajan con adultos, el desconocimiento de parte de la gran variedad de cuestiones que entran en juego o de la importancia que pueden tener algunas de ellas, puede influenciar la práctica clínica.

Para profundizar en este tema –la atención pediátrica a niños hijos de inmigrantes– podemos empezar señalando que, a nivel de presencia de patología, la mayoría de los

profesionales no encuentran diferencias significativas entre niños de origen (o familia) inmigrante y autóctonos (tanto gitanos como no gitanos).

P.- ¿Algún tipo de patología que tenga una prevalencia distinta o una forma de presentación que os llame la atención? ¿Algo que destacarías?

R.- A nivel de urgencias es más difícil, claro... así, de pronto, no se me ocurre... que tenga que ver con la procedencia de país; porque, claro,... relacionadas con nivel social más alto o más bajo, eso ya es igual que seas autóctono o no, pues sí que hay unas patologías que pueden estar más asociadas, ¿no? Por ejemplo, de vez en cuando, vemos casos de sarna, vemos cosas así. Pero eso da igual, los autóctonos... que viven en zonas de poca higiene y tal... pues también lo cogen. Claro, como se asocia mucho más inmigración con estar en un nivel económico y social más bajo, pues en este grupo sí que lo vemos mucho más que en los autóctonos, pero.... Así como patología más típica... yo creo que tiene más que ver más con el nivel socioeconómico que no tanto con la procedencia (...). (Pediatra en un hospital, hombre)

Aunque existirían, respecto a esto, cuatro posibles excepciones. La primera, relacionada con cierto tipo de enfermedades infecciosas adquiridas en origen y que el niño no habría superado (o mantiene de manera latente) cuando llega a destino, aunque parece una situación poco frecuente. La segunda, relacionada con los viajes al país de origen:

R.- (...) Después, en común pueden tener que son niños viajeros y, por tanto, van y vienen con frecuencia y no siempre toman las prevenciones que deberían tomar. Los que van al África subsahariana muchas veces pues no han hecho o hacen mal o abandonan el tratamiento antimalárico. (Pediatra en un hospital,mujer)

La tercera, algunas patologías de base genética o de transmisión materno-fetal:

R.- (...) Después, tienen problemas hematológicos hereditarios con más frecuencia, talasemia, hemoglobinopatías, drepanocitosis...Y después, no hemos visto mayor prevalencia de tuberculosis, aunque en adultos sí que se ve mayor prevalencia de tuberculosis. Y tampoco hay mayor prevalencia de VIH ni de hepatitis B, que sí que hay mayor prevalencia en las mujeres gestantes, por los registros que hacen los ginecólogos, ¿no? Pero sobre todo la mayor prevalencia es mucho mayor en el hombre, en la mujer, menos y en el niño, menos. (*) (Pediatra en un hospital, mujer)

La cuarta, apuntaría a algunas apreciaciones ligeramente diferentes por parte de profesionales que ejercen en ámbito hospitalario, que ven cierto tipo de urgencias y cuadros más específicos (que son derivados a los hospitales para su estudio o les llegan, directamente, desde Urgencias) y que parecen minoritarias o, incluso, de causas atribuibles respecto a las que otros profesionales podrían discrepar:

R.- En general son niños sanos y saludables, evidentemente, ¿por qué no?... pero son niños que tienen en común, de todas maneras, que puede ser que hagan una alimentación deficitaria en hierro o en calcio y vitamina D...o sea, que hay problemas nutricionales comunes.

P.- ¿Por cuestiones económicas exclusivamente?

R.- Por razones que ahora te cuento. Varias razones. [Continua con otras cuestiones] (...)

P.- Lo que me decías del calcio y la vitamina D, ¿por qué es?

R.- Sí, por lactancia materna prolongada, no suplementada y a demanda, que puede ir muy bien, pero a partir de los seis meses, pues si el médico de primaria no atina... por eso necesitan formación, decirles que 'dos horas antes de la papilla no le des nada de pecho'; como no tienen ninguna noción de lo que es educación alimentaria, 'hay leche, pues hay leche y ya está'; creemos que pasa eso; tú ves los carnets de salud y el médico dice 'se introduce esto, se introduce lo otro' y se queda tan pancho; y no es verdad, porque se lo ha dicho pero no lo ha hecho. Había continuado con lactancia materna a demanda y esto, si no vas con mucho cuidado, dificulta mucho la introducción de los sólidos. Y este es un factor clave y la piel oscura y que la

lactancia materna se alarga y no es suplementada y que interfiere con la introducción de la alimentación complementaria y que muchas veces las madres ya son deficitarias. Y ahora lo estamos viendo (ya no se llama raquitismo, podríamos llamarlo osteomalacia), en adolescentes de piel oscura, tapadas también por religión, por ejemplo indopakistanís, en Barcelona se han descrito. Aquí hace poco tuvimos a una chiquita... no sé si era paquistaní o marroquí, que tenía catorce o quince años, ya pasaba a los de adultos, no la hemos podido seguir, ¿no?, pero que vino con signos de la mano en comadrón por hipocalcemia y anduvo tiempo y tiempo, de neurólogo en neurólogo con unos hormigueos y molestias en las manos y tenía una hipocalcemia tremenda, ¿no? y la vitamina D por los suelos. Y luego la ferropenia, por mecanismos muy parecidos, porque se da la leche con la escasa alimentación complementaria... (*) (Pediatra en un hospital, mujer)

Aparte de la patología pero de manera necesariamente relacionada, aparecen dos de los aspectos fundamentales en los cuidados pediátricos: el seguimiento del Programa del Niño Sano y, dentro de éste, la vacunación. En lo que se refiere al primero, los datos de la observación en consultas de primaria no serían coincidentes con los de las entrevistas, y en esta última técnica las opiniones de los profesionales también resultaban divergentes entre sí. Así, durante el tiempo que permanecí en las consultas, tanto con pediatras como personal de enfermería de esta especialidad, no vi prácticamente ningún caso que pudiera calificarse de incumplimiento no justificado del Programa o de reticencias, al menos expresadas de manera abierta. Es obvio que dado el tiempo de observación, que estuvo repartida, además, en consultas de distintas especialidades y que no estaba orientada a valorar el estado de salud de los pacientes sino hacia el trabajo con los profesionales, puede pensarse que los datos no se pueden considerar concluyentes pero, entonces, cabe señalar la existencia de discrepancias en las opiniones recogidas en las entrevistas: algunos profesionales señalan las dificultades de ciertas poblaciones para entender la necesidad de realizar revisiones aunque el niño no esté enfermo (por lo cual muchos señalan la relación entre el mejor seguimiento con el nivel económico y educativo de los padres); otros, señalaban lo contrario sin que, al menos en la medida en que pude observar, existieran perfiles diferenciados entre sus pacientes (en cuanto a otras variables que pudieran estar influyendo) que justificaran las diferencias:

P.- ¿El Programa del Niño Sano?

R.- Lo cumplen bastante bien. Yo estoy un día a la semana en el ambulatorio de ***. No hay mucho inmigrante, ¿no?, pero lo cumplen bastante correctamente. (Pediatra en un hospital, mujer)

R.- Y la sensación que yo tengo es que estos grupos... no sé si todos por igual o no, es que usan mucho el hospital y menos el ambulatorio. O sea, que el hospital es 'que me solucionan ahora el problema...'. Tengo la sensación como que utilizan más el 'problema-busco solución', que no el seguimiento del niño, el buscar un mismo interlocutor que sea siempre el mismo, el pediatra... Lo que es el concepto de 'quién lleva a mi niño'... Quizá esta población tiene más integrado el 'este es mi pediatra'... (Pediatra en un hospital, hombre)

R.- Yo creo que hay estos grupos que acuden muy poco al ambulatorio... y también los hay que no, que ves que los llevan al pediatra, que los conocen y tal, pero que ya es mucho menos... O van a que le pongan la vacuna y poco más. (Pediatra en un hospital, hombre)

También hay que tener en cuenta, para valorar adecuadamente esta situación, las posibles diferencias entre los sistemas sanitarios de origen y de destino, que incluye, al

contrario que alguno de los primeros, no sólo una vertiente asistencial sino también preventiva.

R.- Claro, lo que no sé es si ellas vienen de un sitio de donde no existe una red donde hay un seguimiento del niño continuamente. Claro, lo que quiero decir es que tienen un concepto, en el caso de los niños, que el pediatra es para cuando el niño se pone enfermo, pero aquí es para cuando el niño se pone enfermo y para el seguimiento del niño sano. Pero a lo mejor ese seguimiento del niño sano no existe en otros lugares, ¿no? O a lo mejor existe, como tú dices, en zonas muy concretas y la gente no concibe 'tengo mi pediatra'... (Pediatra en un hospital, hombre)

Y, también, la existencia de dificultades que no se relacionan con la percepción de necesidad ni con conceptualizaciones en torno a la prevención sino con cuestiones relativas a la situación social y económica en destino. Por ejemplo, las dificultades para acudir solas de algunas madres que no dominan el idioma y que se traducen en que sólo puedan ir a la consulta cuando alguien que sí sea capaz de comunicarse (el padre o algún familiar o allegado) pueda acompañarlas, lo que puede acabar relacionándose con dificultades en el seguimiento de los programas preventivos o, también, de patologías.

R.- Pero lo que es difícil es que... no que entiendan, sino que cumplan con los controles muy seguidos para una enfermedad, ¿no? Una infección de orina, por ejemplo, que se tienen que ir controlando cada tres meses, pues hay abandonos del seguimiento, ¿Por qué? Pues se dice, ¿no? y estudias, porque la madre no puede venir sola o le es muy difícil venir sola o el marido no puede acompañar siempre y como ven al niño bien, dejan de venir y ya está. (Pediatra en un hospital, mujer)

Se trata, sin duda, de una tarea pendiente de nuestro sistema sanitario el mejorar la educación para la salud en los diferentes sectores de población y hacerlo de manera acorde con sus conocimientos y necesidades, manteniendo los necesarios objetivos de salud pública pero sin olvidar que la diferencia cultural es legítima. En este sentido, la mayoría de los profesionales suelen coincidir que, cuando la información se hace llegar de manera comprensible (y yo añadiría, respetuosa y no paternalista), la respuesta suele ser buena. En palabras de una mediadora hablando de población indopakistaní:

R.- Sí. Bueno, se les ha de explicar que aquí hay el control del niño sano... que a ellos les cuesta entender, ¿no? En algunos casos, las mujeres solamente vienen cuando el niño está enfermo y... esa revisión de un año o el control del niño sano, no entienden el concepto... ¿no? Entonces, se le ha de explicar a fondo que aquí el sistema es un poquito diferente y funciona de esta manera. Y una vez sabido que es así la mayoría suelen cumplir. (Mediadora de la zona indo-pakistaní)

R.- (...) Pienso que... para algunas madres sería, pues ir al médico solamente cuando es urgencia, cuando el niño está enfermo. Pero no saben que existe también paralelamente un control del niño sano que tú lo tienes que hacer cada vez que ellos te dan visita. Entonces... yo sé que en *** [cita su país de procedencia] ... Yo vine aquí con 12 años y yo puedo contar las veces que yo he ido al médico. Muy pocas, muy pocas. Entonces, no es lo mismo. Me acuerdo muy bien que yo me iba al médico solamente cuando tenía fiebre o cuando estaba enferma pero...

P.- Bueno, convencerlos de que vengan cuando el niño está perfectamente...

R.- Es un poquito difícil, sí. Pero, por ejemplo, las madres que llevan aquí más de cinco años y que tienen otro hijo, entonces cuando nace el otro ya están acostumbradas y entienden la importancia. Pero lo que sí cuesta es una persona que acaba de llegar, hace un año y que tú le estés diciendo pues 'que tu niño tiene que hacer este control cada equis tiempo'. Para esa persona cuesta un poquito más, pero al final lo acaba haciendo, ¿eh? (Mediadora de la zona indo-pakistaní)

En lo que se refiere a la vacunación infantil, en contra de algunos tópicos circulantes, la mayoría de los profesionales destacan la inexistencia de problemas relevantes en lo que se refiere a la actitud de las familias y el cumplimiento de las pautas, centrandose en las dificultades en la diferencia entre los calendarios vacunales en origen y destino o las dificultades para obtener los datos relativos a la vacunación previa a la llegada, cuestiones que, como vimos, también se recogen en los protocolos clínicos y otras publicaciones sobre el tema y que también pude observar ampliamente en las consultas.

P.- ¿Y a nivel de vacunación?

R.- Correcto, correctísimo, ponen todas las vacunas, sí, y no falta ninguna. Tradicionalmente, se dice que no tienen tanta noción de lo que es la prevención, etc., pero en pediatría no es así. Yo creo que se vacunan perfectamente todos los niños nacidos aquí, cuando toca y ya está. Diferente es los que llegan, que a veces son niños mayorcitos, que se les mete en el colegio como pueden o a las niñas adolescentes ni eso, y muchas veces llegan con las que habían tenido en origen y poco más, ¿no? Pero bueno, yo creo que la primaria en esta zona está bastante sensibilizada para poner al día enseguida las vacunas de estos niños de incorporación... (Enfermera de pediatría en un CAP)

A estas dificultades se añadiría, en ocasiones, la necesidad de una información cuidadosa a los padres sobre la vacunación previa a viajes a origen, que ya he mencionado.

A nivel de actitud de los padres, tan sólo se señalan ciertas dificultades en algunos sectores del colectivo gitano autóctono y entre los *rom*, relativas a la reticencia de los padres a hacer daño a los hijos con el pinchazo o al desconocimiento de los riesgos y beneficios de la vacunación y, en contra de la contundencia de la cita que viene a continuación, aunque se dan, a veces, situaciones complicadas, no suelen ser irresolubles.

R.- El tema de las vacunas entre la población gitana rumana es innegociable. Esto también siempre lo comentan. El tema de las vacunas. (...) (Enfermera de pediatría en un CAP)

Otros colectivos, como el indo-paquistaní, destacarían por lo contrario: una valoración muy positiva de la vacunación y actitud colaboradora de los padres.

P.- ¿Suelen aceptar que se les pongan las vacunas a los niños? ¿Lo consideran importante?

R.- Sí, sí. Y tanto. Es más, preguntan mucho... 'En India o Pakistán ponemos... de tal enfermedad, ¿no? ¿La vacuna aquí existe también?'. Por ejemplo, de la hepatitis, de la polio... Se les explica también la diferencia de las vacunas de un país al otro. O de las enfermedades más frecuentes... para prevenir qué enfermedad se les pone la vacuna y la mayoría suele aceptar. Es más, trabajando aquí he sabido que la vacunación es voluntaria. Yo no sabía esto. Yo no conozco ninguna persona que se haya negado. (Mediadora de la zona indo-pakistaní)

También, y esto es muy importante señalarlo, cuando se habla de reticencias a la vacunación no son pocos los profesionales que señalan que, en ocasiones, éstas son mayores en sectores de población autóctona de nivel educativo y económico medio o alto y que, con diferentes niveles de información sobre la materia, ejercen como detractores vacunales total o parcialmente.

P.- ¿Hay diferencias en cuanto a la vacunación?

R.- (...) Pero sobre todo lo que sí que vemos es niños no vacunados en gente autóctona de aquí con cultura de tipo naturista. Eso en población que no es de aquí es más difícil que lo veas. Ese tipo de cultura naturista que tiene que ver con la modernidad no lo ves en las otras poblaciones.

Porque generalmente es gente que se ha intentado informar, que ha tomado una opción, con la que estarás más o menos de acuerdo, ¿no (...) (Pediatra en un CAP, mujer)

Ya en el terreno de la crianza, los aspectos más destacables se relacionarían con los diferentes patrones generales de cuidados, en cuanto a capacidad de decisión de cada miembro de la familia sobre la salud del niño y otras, más evidentes, como la alimentación (ya desde la lactancia).

Para comenzar con el análisis de estas cuestiones, creo necesario aclarar varias cuestiones: la enorme diversidad de pautas de crianza consideradas correctas (o no) entre los propios profesionales, lo enormemente cambiantes que pueden llegar a ser en el tiempo y también el hecho de que sean pocos los especialistas que reconocen no ya estas cuestiones sino el mero hecho de que, al menos en ciertas dimensiones, trascienden el ámbito estrictamente biomédico. Para el análisis de estas pautas de cuidados es necesario tener presente que los factores sociales, económicos y culturales se entrecruzan, se mezclan y se modifican, conformando una realidad dinámica, rica y compleja. Así, por poner un ejemplo, parece de gran importancia, especialmente en madres jóvenes y que tienen a sus primeros hijos en contexto migratorio, el hecho que a menudo no disponen de una red familiar (o social) amplia en destino cuyo papel es muy importante no sólo en el apoyo material y emocional después del nacimiento del niño sino, muy especialmente, en lo que tiene que ver con la transmisión de conocimientos y prácticas relativas a los cuidados. Se trata este de un hecho que, según he podido observar a lo largo del trabajo de campo, pasa muy frecuentemente (aunque no siempre) desapercibido a algunos profesionales de la pediatría. Éstos pueden no conocer del todo cuál es la situación en cuanto a la red social y familiar del niño ni el papel que ésta misma red, en destino, podría cumplir en el contexto social y cultural de origen para la madre (y para el padre), de forma que pueden desconocer también las repercusiones sobre la crianza en cuanto a falta de información, de ayuda y, también, en cuanto a una sensación más o menos acentuada de desamparo de la madre en momentos psicológicamente muy delicados, lo cual, es obvio, puede tener también repercusiones en su propia salud y en la de su hijo.

P.- ¿Crees que les falta la red de mujeres alrededor? [En el momento del parto]

R.- Sí... Sí. Yo noto que, por ejemplo, están deseando muchas, quizás extranjeras, argentinas... que están deseando que lleguen sus madres. Les faltan sus madres... Esto es clarísimo. Sí. (Comadrona en un hospital)

Además de que, de manera ya absolutamente pragmática, la ausencia o escasez de red social de apoyo dificulta el día a día de estas personas y el cuidado de los niños, también en el contexto sanitario. Un profesional comentaba esto hablando de las dificultades que se presentan a veces para mantener ingresados a hijos de inmigrantes:

P.- En cuanto al ingreso, ¿hay alguna diferencia?

R.- Ahí sí. Ahí sí, porque generalmente la población autóctona que tiene más dificultades económicas no tiene tantos problemas para el ingreso, creo yo... Los tendrán y seguramente habrá casos que sí, pero... aquí tú puedes tener un nivel económico con dificultades, pero generalmente tienes una familia a tu alrededor y es más fácil que se pueda acercar y la abuela viene unas horas a estar con el niño mientras yo... no sé qué. Pero, sin embargo, las familias que son de otros sitios, a lo mejor no tienen aquí estas posibilidades, ¿no? Y entonces, por temas del trabajo, de que 'tengo que trabajar', y sobre todo los magrebíes, ellos muchas veces te dicen: 'Es que cómo se va a quedar mi mujer sola si no entiende el castellano', y luego ya ves que eso no es tan verdad. Pero tiene mucha tendencia a 'yo', ¿no?, 'yo soy el marido... yo tengo que ir a

trabajar'. Pero yo sí que creo que hay diferencias con la población autóctona. En lo cultural está claro y en lo económico, puede que tengan las mismas dificultades en lo de faltar al trabajo pero generalmente es más fácil que tengan quien se pueda quedar con el niño. (Pediatra en un CAP, hombre)

Decía antes que otra de las cuestiones que entran en juego cuando se habla de salud pediátrica tiene que ver con la capacidad de toma de decisiones. En este sentido, es importante informar a los profesionales que quien tiene la prerrogativa de tomar decisiones respecto a la salud del niño no es necesariamente la persona que lo acompaña a la consulta ni, tampoco, quien en un primer momento pueda parecer dotado de esta capacidad según las pautas culturales mayoritarias: puede ser su padre, su madre, los dos o, incluso, para algunos grupos y en algunos casos, alguno de los abuelos maternos o, sobre todo, paternos. Desconocer este hecho puede conducir a no saber a quién elegir cuando se trata de negociar pautas terapéuticas y también a interpretar como dejadez situaciones que no necesariamente lo son. Este tipo de confusión y respuestas más o menos tajantes ante la situación no puede decirse que fueran frecuentes en las consultas en las que estuve presente pero sí se daban, como se daban también considerables esfuerzos por parte de muchos profesionales por estar atentos a estas cuestiones y gestionarlas lo más adecuadamente posible en cada caso concreto, aunque, como parece obvio por la cita siguiente, esto es más sencillo con aquellos colectivos con los que la familiarización puede ser mayor:

P.- ¿Crees que, entre la pareja, a parte de las cuestiones de idiomas, hay uno de ellos que toma las decisiones...?

R.- Ahí ya te digo que en los magrebíes está clarísimo. Bueno, los gitanos... ahí lo que pasa es que generalmente el niño cuando viene con sus papás, lo padres generalmente son bastante jóvenes y a veces está por encima la figura de los abuelos. Y, sobre todo, la abuela, que es la que toma el mando de la situación. Y cuando lo que tienes es un grupo de gitanos numeroso que vienen acompañando a un niño y generalmente la situación del niño, está con algo importante, generalmente es el entorno cercano al niño, de acompañar al niño y estar con el niño... sobre todo la figura preponderante es la de la abuela. Porque nosotros aquí dejamos entrar a dos acompañantes... generalmente, la escena es que entra el niño con dos acompañantes, tres, cuatro, que se creen que... vienen con el niño los padres, el abuelo, la abuela y tal... y cuando les dices, 'mira se han de quedar sólo dos porque no hay espacio o no sé qué y tal...', van entrando y saliendo todo el rato, pero, bueno, los que oficialmente se quedan con el niño son la madre y la abuela. La abuela echa a todos los demás. Al marido le dice: '¡Tú, niño, fuera!' ... y su marido generalmente ya se inhibe y dice 'no, que se quede ella y la madre'; y se van. (...) En cuanto a grupo total, generalmente identificas a alguien que hace un poco como de patriarca, ¿no?, como de...*boom*... y es el que, si necesitas colaboraciones, es el que es bueno que identifiques y estableces cierta complicidad con él, ¿no? Y generalmente lo reciben muy bien. O sea, si tú lo que haces es 'no puedes, no puedes, no puedes....' y les dices que se vayan fuera porque tal y cual... es igual, no sirve para nada... pero si buscas a la persona que crees que encabeza el grupo y le dices 'oiga, mire, vamos a ver... usted me tiene que echar una mano porque el niño está delicadito y es mejor no molestarlo...'. Él te dice: 'No se preocupe doctor'. Entonces: hay el cabecilla del grupo cuando hay un montón y, a nivel pequeñito, la abuela. Es la sensación que tienes.

Y los del Este, yo te diría que no encuentro muchas diferencias, ¿eh? Quizás a lo mejor si son musulmanes, puede ser que sí que haya más... es mucho más radical la diferencia de los magrebíes que no a otros niveles. (Pediatra en un hospital, hombre)

Tampoco pueden dejarse de lado otros factores que puedan estar interviniendo, como el idiomático, aunque, a menudo, he tenido la impresión de que la atribución causal en torno al idioma reflejaba un menor conocimiento respecto al papel de otras causas, sobre todo pautas culturales de organización familiar:

R.- Supongo que salvo el tema del idioma, no hay diferencia. Con los magrebíes es mucho más radical: hay muchísimas veces que con la madre no te entiendes; y lo que también es curioso, a veces, es que te entiendes mucho más de lo que crees. Generalmente, el marido la inhibe mucho, y la madre queda ahí en un rincón y, luego, cuando necesitas hablar con ella, te das cuenta de que te ha entendido y de que es capaz de expresar según qué cosas. Pero supongo que por el papel diferente entre hombre y mujer... cuando vamos al hospital... supongo que irán menos veces solas al ambulatorio. Y luego hay otro perfil, yo supongo que ya son las que también trabajan y están más integradas, que a veces esas sí que vienen solas. Pero yo creo que en ellos, aparte del tema de horario laboral y... del concepto de cultura sanitaria o de... depende del país donde vengán, pues igual la asistencia primaria no la conciben como el sitio donde tengo que ir y donde realmente me pueden solucionar problemas... (Pediatra en un hospital, hombre)

Y, también conviene recordarlo, el hecho que existan pautas culturales en este sentido no significa que se cumplan para todas las familias ni en todas las situaciones y que tanto la estructura de éstas como el reparto de roles que establezcan pueden cambiar en contexto migratorio de maneras absolutamente particulares. En palabras de una mediadora:

P.- A nivel de salud, ¿toman las decisiones las mamás o esperan y se lo consultan al padre antes de darle un tratamiento o de ponerle una vacuna?

R.- Depende del reconocimiento que tenga en casa la madre. Yo creo que no en todos los casos es lo mismo. Puede haber madres que consulten antes con el marido, ¿no? Y otras madres que toman las decisiones por ellas mismas. Pero no te puedo decir ni que existe una posibilidad ni la otra porque yo creo que existen las dos. (Mediadora de origen marroquí)

P.- Cuando las toman ellas, es ¿por qué...?

R.- Yo creo que cambia cuando... o tienen más familiares aquí desde hace más tiempo o tienen más niños... o ellas el primer hijo a lo mejor ha nacido en Paquistán pero el segundo ha nacido aquí; y entonces lo llevan mejor. Entienden la importancia [se refiere al Programa del Niño Sano]... (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

Y sobre esto merece la pena que nos detengamos en dos aspectos más. Uno, el hecho de que algunos profesionales tienen con frecuencia dificultades para comprender, contextualizar adecuadamente y gestionar en el curso de la práctica clínica situaciones en las que se evidencian diferencias, culturalmente pautadas, en lo que se refiere ya no a los roles de los progenitores y otros familiares adultos sino en la propia definición de las etapas vitales y los roles y responsabilidades que se atribuyen a los niños, que no necesariamente coinciden con las imperantes en la sociedad mayoritaria. En este sentido, suele ponerse el ejemplo de niños que asumen responsabilidades antes de lo que en nuestra sociedad (de manera mayoritaria, aunque tampoco absoluta) suele considerarse adecuado, como el cuidado de los hermanos pequeños, las tareas del hogar o el propio autocuidado, incluyendo, por ejemplo, acudir solos a las consultas pediátricas. Este tipo de situaciones, comunes, según algunos reconocen, en sectores de nivel socioeconómico bajo de la población mayoritaria, son, en el caso de población gitana autóctona o inmigrante, interpretados casi unánimemente, como mínimo, como consecuencia de situaciones sociales complejas pero en cualquier caso indeseables o, incluso, directamente, como negligencia por parte de los progenitores. Independientemente de que ambas cuestiones puedan darse en algunos de los casos, se echa de menos una información al personal sanitario sobre las diferencias culturales en la definición de las etapas vitales y la posición a menudo compleja de las familias y los propios menores para conciliar los dictados de dos culturas y un contexto socioeconómico muy concreto y muy exigente. Información, quiero aclararlo, que no

necesariamente tiene que ir orientada a que los profesionales acepten prácticas que, por diferentes motivos (no sólo biomédicos) pueden no considerar aceptables en ningún caso, no se trata, dicho de un modo más coloquial, de *convencerles* de nada ni de *convertirlos* a nada sino de proporcionarles datos sólidos y contextualizados que, precisamente, ayuden a definir posiciones (las que sean) pero de manera fundamentada:

P.- ¿Paquistaní y marroquí?

R.- Sí. Paquistaníes, tenemos algún... Y mandan solos a los niños de diez años o así.

P.- ¿A las revisiones del pediatra?

R.- No, a las revisiones no. 'Estás malo, pues vete al médico'. Como si los mandaran al quiosco a comprar una bolsa de pipas. Pues vienen, ¿no? Y entonces dices: '¿Y tu madre y tu padre?' En el caso de ésta, es que además me acuerdo [Se ríe]: '¿Y tu madre?'. 'Mi madre está durmiendo'. 'Ah, vale. Pues tu madre tiene que venir a acompañarte'. (...) Y, entonces, pues no venía, ¿vale? Y el pediatra, como que le sabe mal, pues a veces lo visita. Y otras veces, ya como represalia, pues 'No te voy a visitar, que venga tu madre'. Pero no te preocupes que si su madre se tuviera que visitar, a las ocho y media estaba aquí como un clavo en la puerta. (Administrativa en un CAP)

Afortunadamente, algunos profesionales de la pediatría realizan esfuerzos por contextualizar las situaciones que, nadie lo niega, pueden ser francamente complejas y preocupantes pero que no encontrarán, seguro, la respuesta más adecuada en la represalia ni la generalización estereotipada:

P.- ¿Hay algún límite de edad para esto que dices, que se les considere adultos antes?

R.- Eso sí. Un niño de diez años es un niño casi adulto, que se ocupa de los más pequeños y que provoca actitudes de escándalo absoluto entre las enfermeras cuando una madre trabaja y no puede estar aquí o tiene otros niños pequeños en casa o tiene que ir a hacer la comida y dejan los lactantes al cuidado de niñitos más mayores, de doce o trece, catorce años, que dejan de ir a la escuela, además, para cuidar de ese hermanito. Esto sí que ocurre con frecuencia, ¿no?, o el niño deja de ir a la escuela para hacer de traductor con la madre, esto sí que lo vemos con frecuencia. (Pediatra en un hospital, mujer)

P.- ¿Notáis por ejemplo críos que vienen solos o que son ellos mismos los que toman las decisiones?

R.- ... adolescentes que vienen solos a veces sí que vemos. Entonces les tenemos que buscar a los familiares y esto... Pero no sé yo si te diría que son más de aquí, de autóctonos. Gitanos que vengan solos, poco frecuente, marroquíes que vengan solos, te diría que ninguno. Lo que sí que vemos a veces en los que son de fuera, es la familia con padre, madre, niño pequeñín y niño más mayor. A lo mejor llevan aquí más tiempo y el niño mayor está escolarizado y habla castellano y catalán sin ningún problema; pues a veces, en según qué entornos, por ejemplo en los padres magrebíes que tienen dificultades, pues está la figura del hermano o la hermana mayor que coge un poco las riendas de la situación. (Pediatra en un CAP, hombre)

Y aparece aquí el segundo de los aspectos cuya existencia mencionaba antes, no menos importante: las repercusiones a nivel educativo y para el desarrollo evolutivo que pueden tener sobre los menores los cambios en la estructura familiar, en los roles de sus progenitores y en los suyos propios asociados a la migración, a los procesos más o menos acusados de aculturación, a las condiciones socioeconómicas de los padres y, también, a las expectativas de éstos (y el entorno familiar en general) sobre ellos:

R.- A nivel de pautas de cuidado, ¿notáis alguna diferencia con la población autóctona? (...)

R.- Falta de hábitos de educación alimentaria, falta de hábitos de sueño, que el niño tiene que ir a dormir a una hora determinada y levantarse a una hora determinada... Durante la lactancia desde luego es un desbarajuste porque la madre en muchas ocasiones por la mañana duerme muchas horas y se cuelga mucho de los culebrones de la tele y se vuelven un poco dejadas y perezosas, ¿no?, entre la tele y una cosa y la otra. Y la excusa del lactante, le ponen a dormir y le dan la teta y luego... A parte de que son poco educadoras en ese sentido... si el niño tiene comida, pues, bueno... los dulces van que vuelan.... Yo recuerdo hace poco un niño que estuvo ingresado, hijo de una familia marroquí, que tenía anemia ferropénica severísima, pero... las anemias pueden ser muy severas y no dar síntomas, pero es que vienen con síntomas de anemia... Es que era un niño que iba haciendo lipotimias por la calle, que pasó por epiléptico y se le hizo electros y se le hizo una resonancia magnética y no había nada. Y era una anemia ferropénica severa. El padre, encima, tenía una tienda de chuches y la madre no era capaz de decirle que no y, bueno, el niño comía lo que le daba la gana... Y vienen y los ves en la sala de espera con la bolsa de los caramelos. Hay más caries y hay una alimentación lácteo-farinácea más frecuente que en los autóctonos, eso sí. Fuera de esto, no... alguna enfermedad cutánea hemos visto más complicada... tiñas... alguna sarna, sobre todo después de estar por allá... algún familiar que lo tuviera... y varicelas en niños negros que se han complicado y que han dejado después unas geodas impresionantes... varicelas que se han infectado y que han dejado ahí un socavón impresionante. (Pediatra en un CAP, mujer)

Sin olvidar además, las repercusiones, especialmente en la adolescencia, de las dificultades en cuanto a la elaboración de la identidad cuando se vive en equilibrio entre dos culturas, cada una de ellas con expectativas y patrones que pueden ser, en ocasiones, muy divergentes:

P.- ¿Tienen TSI cuando llegan aquí?

R.- Sí, sí. Los que ya tienen niños son gente que ya hace la reagrupación familiar y son hombres que han esperado a tener una situación económica, laboral, prudentemente estable y podrán traer a la mujer y a los niños para aquí. Ahora, muchas veces son niños, sobre todo los subsaharianos, que se pasan temporadas aquí, después los envían para allá cuatro o cinco años... después vuelven a venir para aquí... y el pobre niño va muy despistado, ¿no? El marroquí no, el marroquí, la inmensa mayoría vienen en grupo, viene toda la familia para aquí y, puntualmente, hay algún niño que viene más tarde, sobre todo niñas adolescentes, que ya vienen... que no sabes si son de la misma familia o sobrinas que les cambian el nombre... y salen unas cosas... para que vengan a ayudar y a servir cuando la madre ya ha conseguido un trabajo y no puede estar con los pequeños en casa... entonces vienen a hacer labores del hogar. (Pediatra en un CAP, mujer)

Como ejemplo de todo esto, suele señalarse también la situación frecuente en las consultas y ampliamente referida por los profesionales (tanto hospitalarios como de primaria) del papel de los hijos escolarizados, que generalmente adquieren un rápido dominio del idioma que les permite ejercer de traductores para sus madres lo que, aunque indudablemente les facilita a ellas la situación, puede tener consecuencias negativas para el propio niño en la medida en que frecuentemente para poder acudir a las consultas tiene que dejar de ir a la escuela y porque, en ocasiones, pueden verse expuestos a escuchar información que puede resultarles difícil de comprender por su edad y nivel de formación o, simplemente, que es delicada de transmitir a su madre. Además, muchos profesionales señalan también que este papel de los niños (de los dos sexos), al otorgarle una posición de superioridad relativa frente a su madre y de adquisición temprana de responsabilidades quizás mayores a las que les corresponderían si aplicamos los estándares de nuestra propia sociedad (pero no necesariamente en la suya de origen, ni por criterios de sexo ni de edad), puede alterar su posición en la

familia y dificultar el proceso educativo. Son muchos los profesionales que expresan su preocupación por todas estas cuestiones:

R.- No había [mediadores] y yo me acuerdo que mi padre nos acompañaba. Mi padre cogía fiesta en el trabajo para acompañar al médico a mi madre o también... Pero luego, bueno, yo empecé a estudiar, iba a las clases, hablaba un poquito de castellano. Y ahora... Y cogí el rol de mi padre, yo. Entonces, iba con mi madre yo y con mi hermano, yo. Entonces, cambió. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

R.- Que a veces el más pequeñito te sirve de traductor o para que te explique lo qué le pasa a su hermano más pequeño, a veces de intermediario con los padres y a veces ya son como adolescentes y casi cogen como el papel, ¿no? A veces hay situaciones... graciosas de estas... hace poco vino uno de seis o siete años, que era muy pequeñito, y los padres no se enteran de mucho y me acuerdo 'les tienes que decir que vayan al ambulatorio y... a un sitio u a otro' y entonces se queda así parado y él dice: '¿Cómo lo vamos a hacer, que yo tengo colegio?' [Se ríe] (Pediatra en un hospital, hombre)

Volviendo al listado de situaciones a las que es necesario prestar atención en cuanto a las pautas de crianza y cuidados que mencionaba ya unas páginas más arriba estaba la alimentación. Aunque he ido mencionando ya algunas cuestiones al hablar del embarazo y volveré sobre el tema un poco más abajo, merece la pena no pasar aquí el tema por alto y resaltar que se trata de un ámbito en el que, de nuevo, se entrecruzan factores de índole económica y cultural, relacionados con la estructura familiar y la definición de autoridad de los adultos. Así, algunos profesionales reflexionan sobre las pautas alimentarias propias del contexto cultural de origen y la necesidad o no de cambiarlas por las de la sociedad de destino, las dificultades de comunicación entre familias y profesionales y los supuestos que existen, en algunos casos, tras la imposición del cambio:

P.- [Se refiere a población hijos de familias de origen marroquí] ¿Una alimentación muy deficiente, en general?

R.- Claro. Esto lo explican muy bien las enfermeras [de pediatría], cuando empiezan a trabajar con todo el tema de los alimentos con bebés nacidos aquí, ¿no? Claro, es que no encaja nada con nada, porque lo que para nosotros es una alimentación sana y saludable, para ellos es una cosa rara y que no tienen costumbre y esto es un esfuerzo, ¿no? No sé qué habría que hacer... porque yo pienso, a ver, si han comido siempre así y están bien, pues tampoco vamos a ponernos tan pesados, ¿no? (Pediatra en un CAP, mujer)

También se señala la influencia de las cuestiones relativas a la relación madre e hijo y la capacidad de ésta para imponer su criterio a la hora de elegir la comida. Y sigue llamándome la atención la dureza de algunas manifestaciones que, aunque pudiendo estar justificadas en algunos casos y reflejar además una genuina y apreciable preocupación por parte de los profesionales, también, en otros, pueden no estar tan fundamentadas en un buen conocimiento de cada situación concreta (o más general) como sería deseable y ético:

P.- Esto que me dices de la alimentación... ¿por cuestiones económicas, porque no están familiarizados con la alimentación de aquí...?

R.- No tanto; yo diría más que es por dificultades para imponerse al niño, ¿eh?. Son niños, estoy hablando de los marroquíes ahora, son niños muy dependientes de la madre, hay una relación como muy... de niño muy cercano a la madre y no existe en absoluto esta tendencia de la cultura nuestra occidental, de independizar al niño desde lactante y dejarlo en su habitación y en su cuna y tal, sino que están muy pegados a la madre y la madre es muy incapaz de imponerse, ¿no? Y el medicamento que no le gusta, pues ya sabes que no se lo van a dar. Y tienes que insistir

enormemente desde el principio, sabiendo lo que pasa con mucha frecuencia, 'no le gustará, no le gustará, pero tienes que insistir...' y te vienen después de tratar una anemia ferropénica a los dos o tres meses, pues que a pesar de la insistencia 'es que no quiere, es que no quiere'. Es muy difícil hacerles entender que se han de imponer, ¿no? Habiendo comida... pues ya está y es muy difícil hacerles entender que si no quiere lo que hay en el plato... que tienen que comer como todo el mundo y que si no quiere, bueno, pues sin armar ningún escándalo, ya comerá en la próxima comida, ¿no? Y ellas no son capaces, ¿no?, no tienen esta noción de educación sanitaria. (Enfermera de pediatría en un CAP)

En cualquier caso, todos los profesionales consultados coinciden al señalar la importancia del proceso de cambio en las pautas de cuidado de los hijos, que tienen repercusiones ya muy tempranamente, por ejemplo, en cuanto a la lactancia materna:

P.- Y pueden alargar la lactancia, ¿hasta cuándo?

R.- Aquí no la alargan tanto como en el país de origen, que son dos años de promedio, y las marroquíes menos que las subsaharianas, ¿eh? De promedio, las marroquíes, les dura la lactancia materna... es diferente en las que han tenido el bebé en origen, que han hecho más tiempo la lactancia materna. Las marroquíes que están aquí, yo diría que imitan mucho los hábitos occidentales y, aunque tengan leche, introducen la lactancia artificial de forma precoz y suele durar tres o cuatro meses de promedio, las que lo han tenido aquí, ¿eh? Y las subsaharianas que lo han tenido en origen, entre un año y medio o dos y las que lo han tenido aquí dura un promedio de ocho meses o así. Promedio de ocho meses quiere decir que hay la que se cansa del pecho muy pronto pero hay las que todavía les dura la leche más de un año, ¿eh?

P.- Pero sí que observáis un cambio entre las que llevan aquí un tiempo...

R.- Sí, dan menos tiempo que en origen. (Enfermera de pediatría en un CAP)

Aun así, la opción por la lactancia materna sigue percibiéndose como mayoritariamente declarada por parte de las madres, aunque algunos profesionales apuntan a diferencias por origen:

P.- ¿Hay alguna cuestión del cuidado de los niños que te llame la atención en el momento de nacer o después?

R.- El tema de la lactancia, a lo mejor. La mayoría lactan, excepto la población china. No sé, no acabo de entender el tema este. A lo mejor lo hacen más tarde o es que la mayoría de ellas trabajan. Yo he observado que trabajan estas mujeres y que vienen y que se duermen aquí. Se sientan y *plaf*, se duermen. Casi todas. Y... Estoy segura que no duermen y trabajan de noche. (...) O a lo mejor se acuestan tardísimo y están agotadas. Y yo que sé, apuran mucho para venir al parto y vienen muy muy a punto. Como muy fuertes. (Comadrona en un hospital)

R.- Las chinas, por ejemplo, casi todas quieren la lactancia artificial. Claro, hay que volver a trabajar enseguida y no pueden dar el pecho... El drama de las chinas... que tiene que volver a la máquina de coser al cabo de unas semanas, si las dejan... Y explican también que enviarán el niño con los abuelos a China, y ellas se quedan trabajando. De aquí que la lactancia materna no... Las magrebíes y las paquistaníes sí que practican... y las sudamericanas... (Ginecóloga en un hospital)

2.7. Vacunación en población adulta

En adultos, la vacunación adquiere relevancia, fundamentalmente, en tres ámbitos: el laboral, en relación con la vacuna del tétanos; el de las enfermedades de transmisión sexual, como la hepatitis B; y el del proceso de embarazo, del que ya he hablado.

P.- A nivell de vacunació?

R.- Tètanus, depèn com... jo, quan m'arriben els hi faig analítiques i serologies d'hepatitis... Si tenen positiva, cito a la parella per a vacunar a la parella... En general, són molts... De tètanus, molt, perquè treballen a la construcció i en algun moment s'han tallat... En algun moment han passat per urgències i també els han vacunat.

P.- I alguna actitud significativa envers la vacunació?

R.- No.

P.- Accepten bé?

R.- Sí. (Médico de familia en un CAP, mujer)

La mayoría de los profesionales señalaban disponer de escasa información respecto a las vacunas recibidas en origen. Por otra parte, es un tema en el que la intervención de los médicos de familia parece ser variable, incluso en el caso de la vacuna del tétanos, cuya revisión y actualización figura en el listado de objetivos en primaria, algo observable en las consultas y también declarado en entrevistas.

P.- ¿Se vacunan?

R.- Del tétanos, porque también creo que es la que se va haciendo cada diez años y así... Si son jóvenes, no, ¿eh? A lo mejor viene la familia y traen a los hijos... entonces a los hijos los miras a todos. Gente mayor no me fijo mucho yo en las vacunas...

P.- Es uno de los objetivos, la vacuna del tétanos, ¿no?

R.- Sí, sí, pero yo no me fijo mucho. Tampoco es un tema que me apasione, la verdad. (Médico de familia en un CAP, hombre)

En cuanto a la actitud de los pacientes, como puede verse en la primera cita, la mayoría de los profesionales relataban no haber tenido dificultades para la vacunación en adultos cuando lo habían planteado²⁹.

2.8. Hábitos tóxicos

La mayoría de los profesionales consultados coinciden en señalar el menor consumo de alcohol y tabaco entre población de origen magrebí y paquistaní respecto a la autóctona, algo que claramente relacionan con el seguimiento de preceptos religiosos, aunque señalan también la dificultad para conocer la veracidad de este dato precisamente porque, al estar prohibido por el Islam, podría existir cierta infradeclaración.

R.- La norma, preguntarle por este tema y que te digan que no... y entonces ya te planteas que puede ser real o no. (Médico de familia en un CAP, hombre)

P.- ¿Tabaco, alcohol?

R.- [Se refiere a población paquistaní] Tabaco, sí, y alcohol, diría que también. (...) En teoría no, pero sí. Quien lo comenta sobre todo es el que viene de traductor. (Médico de familia en un CAP, hombre)

P.- Con el alcohol y el tabaco, ¿hay diferencias con la gente de aquí?

R.- En alcohol, claro. El tema de marroquíes que en principio son los que dicen que no beben...

P.- ¿No beben realmente?

²⁹ Personalmente, tampoco vi ningún caso explícito de rechazo durante la observación participante en primaria aunque sí, algunas, pocas, situaciones en las que tanto el profesional como yo misma tuvimos la impresión que el paciente no acudiría a la cita para vacunarse (si no se hacía *in situ*) aunque, en estos casos, no fue posible para mí ir más allá en cuando a la indagación de las causas.

R.- Supongo que habrá de todo, pero yo creo que básicamente, no. En lo que sí que hay es en sudamericanos. Los sudamericanos sí que es diferente. (Enfermera de adultos en un CAP)

Sin embargo, también parece existir acuerdo entre los profesionales que tienen experiencia con población de origen latinoamericano respecto a que el consumo de alcohol puede considerarse un problema serio en una proporción no desdeñable de los varones y, más aún, también son conscientes y podía intuirse en el curso de las consultas, puede existir también cierta infradeclaración:

R.- Las mujeres, no. Ellas beben 'de repente', que dicen, que me hace mucha gracia... [Se ríe] (...) Fuman 'de repente', quiere decir que no fuman, pero si les apetece, un día, pueden fumar mucho. Ellas pueden beber un día de fiesta, que puede ser muy de vez en cuando, y si les dicen que no beban, normalmente no hay ningún problema. Toxicidades hepáticas en mujeres sudamericanas, no. En hombres, sí, ¿eh? Sí que hay problema. Porque además muchos vienen aquí porque la mujer está aquí y no trabajan [ellos]. Entonces...

P.- Que han llegado últimamente por reagrupación familiar...

R.- Claro, las mujeres pueden trabajar en limpieza, pero los hombres, ya me dirás tú. Es complicado. Entonces, es mucho más fácil darte a la bebida, no tienen mucho más que hacer... (Médico especialista en un unidad específica)

En lo que se refiere a otro tipo de sustancias, los profesionales insisten en señalar que los patrones no diferirían en exceso de la población autóctona. Tan sólo en una situación peculiar y que destacan como muy preocupante: los menores no acompañados³⁰.

R.- (...) Pues a veces abuso de sustancias; la mayoría de ellos [se refiere a menores residentes en centros de tutela] o fuman porros o inhalan cola (...) (Psiquiatra en una unidad específica)

2.9. Alimentación

Mención específica requiere el tema de la alimentación. Aunque ya he tratado algunos aspectos concretos en los apartados correspondientes al embarazo, parto y postparto y al cuidado de los niños, vale la pena detenerse un momento más y abordar otras cuestiones más genéricas aunque sea de manera muy esquemática.

Resultó llamativo durante el trabajo de campo que, al abordar el tema de la alimentación, prácticamente todos los profesionales consultados señalaran hábitos dietéticos deficientes muy especialmente en la población gitana autóctona a la que atienden, que atribuían, también de manera mayoritaria, más que a dificultades económicas a una escasa educación sanitaria (tanto en lo que se refiere a la alimentación propiamente dicha como al manejo de patologías crónicas que pueden relacionarse con ésta) –aunque, no puedo dejar de señalar, una vez más, que no por tratarse de un colectivo autóctono los profesionales tienen un mayor nivel de conocimientos sobre sus características sociales y culturales:

R.- ¿El tema de la alimentación, los gitanos? Fatal, fatal. O sea, cada vez hay... la obesidad... de hidratos de carbono... Comen fatal.

P.- ¿Y tienen un porcentaje significativo de enfermedades crónicas derivadas de esto?

R.- Sí. Diabéticos... y obesidad. Diabéticos... hay la tira. Y que no hacen caso... como no se han de morir mañana... (Médico de familia en un CAP, hombre)

³⁰ No realicé observación participante en ninguno de estos centros, de manera que los datos proceden sólo de entrevistas.

En cuanto a población inmigrante, los profesionales sanitarios, incluso aquellos más directamente involucrados en el tema como los médicos de familia o el personal de enfermería de primaria, parecían tener, en general, aunque con excepciones, unos conocimientos limitados sobre las pautas culturales alimentarias propias de cada uno de los grupos, algo que, cuando se exploraba, estos profesionales relacionaban directamente con la limitación de tiempo para elaborar historias clínicas de calidad.

Sería, en este sentido, muy interesante formar a los profesionales en estas cuestiones para que pudieran interpretar mejor la necesidad o no de cambios en la dieta y también los factores que, una vez en destino, influyen en que esta se modifique o no y las repercusiones que pueda tener. Y esto, reconociendo, también, que la existencia de grupos de diferentes procedencias y costumbres en las consultas requiere de los profesionales un esfuerzo adicional para el que no siempre reciben el apoyo adecuado.

P.- Mantenen l'alimentació que tenien allà? La canvien aquí?

R.- *Hmm...* no t'ho sé contestar, això. Potser les llatines que viuen a cases, canvien..., no?. Potser els pakistanesos mengen més les seves coses [...]. (Médico de familia en un CAP, mujer)

P.- ¿Notas que mantienen la alimentación de origen?

R.- Sí.

P.- Eso para las dietas [específicas para el manejo diario de ciertas patologías] puede ser un poco complicado, ¿no?

R.- Es horrible. Tienen ... bueno, su propia comida... Me imagino que aquí les es fácil, a lo mejor en tiendas, conseguirla, y realmente es un problema porque comen muchos hidratos de carbono... Hacerles entender esto es difícil. Bueno, realmente los que se cuidan bien, están bien, ¿eh? Aunque los diagnósticos ves que están bien controlados. Pero yo creo que sí, que ellos mantienen su dieta. Y, bueno... (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- Y las indicaciones que les dais, ¿las cumplen en general? ¿O hay diferencias por grupos o...?

R.- No sé qué decirte... Entre otras cosas por el tema cultural; es que claro..., si yo fuera a Paquistán a vivir y me dieran una dieta con comida de ellos y yo continuara en mi casa con mis costumbres, pues seguramente esa dieta no la cumpliría tampoco.

P.- Me imagino que para hacer una adaptación de la dieta debe ser complicado...

R.- Claro, es más complicado en diabetes y en temas de obesidad. Y yo también veo que es por culpa nuestra que nosotros tampoco sabemos cómo es la alimentación de ellos, ¿no? Ni cómo adaptarlo. (Enfermera de adultos en un CAP)

Una de las cuestiones que marcan de manera clara la alimentación en varios grupos de población y que es muy poco conocida por la mayor parte del personal sanitario es la de las propiedades atribuidas a los alimentos, en términos a veces confusos desde el punto de vista de nuestra tradición alimentaria. Desconocer estas cuestiones implica no siempre interpretar bien las pautas alimentarias y, como decíamos, llegar a hacer indicaciones terapéuticas contrarias, contradictorias o, como mínimo, extrañas si se contemplan desde este punto de vista. Conocerlas, cuando menos de manera genérica, podría ayudar a mejorar la comunicación y encontrar puntos de encuentro. Y, otra vez, dadas las limitaciones de tiempo propias de las consultas, no parece razonable trasladar en exclusiva esta responsabilidad a los profesionales por lo que lo que sí lo sería es contar con apoyo especializado externo. De nuevo, la interdisciplinariedad. Veamos un ejemplo en la cita siguiente procedente de una entrevista:

P.- ¿De cuestiones relacionadas con la alimentación? ¿Mantienen la alimentación de origen o se adaptan a la de aquí?

R.- ... yo creo que comen muchos productos de ellos, ¿eh? Esto sí que lo dicen. Y pescado comen poco, fruta no, tampoco, poca, creo, ... y entonces las cosas que explicabais vosotros [se refiere a información proporcionada por un miembro del equipo de investigación en un seminario realizado en el centro], 'cosas frías no bien, cosas calientes...' tengo que comer más frío, más caliente.... Cosas muy relacionadas con sensaciones, con las percepciones. El frío, el calor, en fin...todo esto, sí. (Médico de familia en un CAP)

R.- Claro. Sí, sí. Es como dar dietas a un diabético que no las coma... Por ejemplo, a un vegetariano, que coma pollo. 'Pero si no como pollo nunca. ¿Cómo voy a dejarlo de comer si nunca he tomado?'. (...) Sí. Es que... yo... ¿kiwi? Eso no sé, es que... Yo nunca había visto un kiwi y no sé la traducción en punjabi o en hindi o en urdu, el nombre de la fruta kiwi... (...) Claro, yo intento decir 'No; es que tiene mucha fiebre'. ¡Ay! Fibra, perdón. Y, ya sabes, eso. Pero yo desconozco la nomenclatura del kiwi. (Mediadora de la zona indopakistaní)

Tampoco puede olvidarse que la dieta en origen no está influenciada tan sólo por cuestiones culturales sino también sociales y económicas, igual que no lo está en destino, ni en población autóctona ni inmigrante.

P.- Porque, ¿habitualmente siguen comiendo lo mismo que comían allá o cambian?

R.- Cambian, cambian. Bueno, depende de la situación económica de cada persona. Allí, por ejemplo, tomar una fruta al día cuesta mucho [dinero]. Depende del nivel económico de cada familia o de cada persona. Y aquí yo creo que lo hacen... O un zumo, por ejemplo. Para mí tomarme aquí un zumo es lo más normal o lo más económico... Y cuando voy a la India, no sé... Yo lo he vivido. Cuando pasamos las vacaciones allí siempre llevamos más de... fruta. O sea, no un kilo, dos kilos, sino que para toda la familia, ¿no? Como vivimos... están mis tíos y mi abuela, tanto por parte materna como paterna y llevamos fruta o... O sea, yo alucinaba con qué ansiedad comían mis familiares. O los niños de mi pueblo, por ejemplo. Que mi padre llevaba a los templos, ¿no?, o a las familias que conocíamos más o teníamos más relación cercana... Que eso para mí...

P.- Sí, que aquí es tan normal pero allí no lo es.

R.- Sí. Es más, mi hermano tiene diez años y se quedaba... '¿Nunca has visto una fruta?' [Se ríe]. Y claro, es muy difícil convencer a mi hermano que en España... me tomo un zumo o una fruta en cualquier momento. Entonces, son cosas muy simples pero que cuestan de asimilar. (Mediadora de la zona indopakistaní)

No obstante, sí puede decirse que los profesionales intuían bastante acertadamente los posibles motivos que pueden relacionarse con los patrones alimentarios y la aparición (o no) de cambios tras la migración. Aun así, sólo una pequeña parte había hecho (o reconocía haber hecho) la reflexión de que desconocer la tradición alimentaria de origen podría, fácilmente, conllevar una valoración negativa de la dieta a priori o a pedir a determinados pacientes cambios que no serían del todo necesarios o justificados desde el punto de vista médico y que no se harían si se dispusiera de estos conocimientos y que pueden malinterpretarse por parte del paciente y no cumplirse, con la consiguiente frustración para todos y las consecuencias negativas esperables a nivel de salud.

Parecería innecesario decirlo pero, lamentablemente, no lo es: que los productos o las maneras de cocinarlos sean diferentes no significa necesariamente que sean peores o menos saludables; a veces, incluso, todo el contrario; que algunos pacientes no sigan la dieta mediterránea o, mejor decirlo así, la versión que aquí consideramos dieta mediterránea, no significa que su alimentación sea, a priori, menos saludable.

En lo que se refiere a los conocimientos sobre los motivos y posibilidades de mantenimiento de la dieta de origen o las causas o factores relacionados con los cambios y su repercusión sobre la salud en contexto migratorio, harían referencia a dos grandes grupos de factores: el primero, las cuestiones económicas que llevan, por un lado, al hecho que sea difícil acceder a productos importados de origen porque o no están disponibles o aquí se consiguen a precios elevados y, por otro, al hecho que los productos más saludables de la dieta local (mediterránea) como pescado, frutas y verduras pueden también en muchos casos salirse de las posibilidades económicas de algunas de estas personas. El segundo gran bloque de cuestiones hace referencia al desconocimiento de la dieta local, de algunos de los productos que la componen y están accesibles en los establecimientos, y la manera de cocinarlos, lo que puede hacer que no se contemplen en la dieta aun cuando fueran asequibles y, sin embargo, sí se incorporen otros, no necesariamente saludables de nuestra propia dieta. De esta forma, por razones económicas y culturales, se pueden abandonar hábitos saludables de origen que pueden ser sustituidos por alimentos poco saludables, como la comida preparada, bebidas refrescantes, snacks, etc. Intervendrían también, está claro, otros factores, como la idea que algunos productos de la sociedad de destino son deseables y en cierto modo acceder a ellos marca un estatus o, también, las posibilidades reales, no sólo económicas, de preparar e ingerir una comida saludable: tiempo para comprar, posibilidades para una conservación y preparación adecuada de los alimentos (disponibilidad de frigorífico, salubridad de las cocinas, espacio físico donde guardar los alimentos, disponibilidad de menaje..), conocimientos básicos de cocina (algo especialmente relevante en hombres que migran solos y no estaban familiarizados en origen con la preparación de comida), tiempo para comer, etc., a lo que habría que añadir también algo que ciertos profesionales, especialmente del ámbito de la Psicología y la Psiquiatría, interpretan como, por un lado, un cierto descuido en el cuidado personal derivado de tener ocupaciones que se consideran más prioritarias y también, y sobre todo en el caso de personas sin redes familiares sólidas o con trayectorias migratorias menos exitosas, relacionado con la tristeza o el desánimo.

P.- A nivel de hábitos de vacunación o de alimentación, ¿hay diferencia entre unos y otros?

R.- No. Mantienen su alimentación, de su país de origen, siempre. Los chinos continúan comiendo el arroz, todos los días, con un poquillo de verdura. Y si son del sur con mucho picante. Y no los saques de ahí, no he conseguido cambiarle el hábito a nadie. Muchas veces consulta por dispepsia ulcerosa y les digo que cambien el hábito, pero esto es muy difícil. Los indios comen las *txapatis*, comen los panecillos... y van picando. O sea, no he notado ninguna diferencia. Mucha *Fanta*, mucha bebida con gas. Beben *Fanta* en lugar de agua. Claro, me imagino que allí beber agua puede ser peligroso. Y beber *Fanta* es una marca de estatus. (Médico especialista en hospital)

P.- Porque ¿mantienen la alimentación de origen?

R.- Bastante.

P.- ¿E incorporan algo de aquí? De la alimentación.

R.- Cuando están solo hombres imagino que deben mantener algo e incorporan algo nuestro, pero de lo malo. Me imagino que deben incorporar más la comida rápida. Pero cuando están las familias ya y está la mujer a mí me da la impresión que mantienen mucho las costumbres de allí. (Enfermera de adultos en un CAP)

R.- A veces es abandono, cansancio... ¿sabes? Que he llegado a las nueve de la noche, reventado de trabajar.... que no sé cocinar porque no he pisado una cocina en mi vida... que la vida es

complicada, todo es muy difícil.... Y se desaniman, se dejan ir.... Y esto lo notas en la alimentación.... (Enfermera de adultos en un CAP)

En cualquier caso, vale la pena destacar que una de las tareas pendientes en cuanto a la investigación en salud pública respecto a estas poblaciones es precisamente la alimentación.

2.10. Patologías o motivos de consulta específicos en población inmigrante

Otro motivo de consulta que los profesionales de primaria con los que he trabajado señalaban como frecuente, sobre todo en población de origen paquistaní, fueron las poluciones nocturnas, situación de la que he hablado ya en el Capítulo 3 y que aparece, también, recogida en la bibliografía. En relación con esto, llaman la atención diversas cuestiones. En primer lugar, tanto los profesionales consultados como la bibliografía parecen circunscribirlo (como motivo de preocupación y consulta en el sistema sanitario) casi en exclusiva a hombres de esta procedencia:

P.- ¿Esto se ve en otros grupos de hombres jóvenes que estén así solos?

R.- No, no, no.

P.- ¿Y te lo cuentan espontáneamente?

R.- El primer día, quizás no. Pero si ya te ven otro día, al segundo día, sí. ‘Yo tengo un problema...’ o ‘Mi amigo tiene un problema’. Con los pakistaníes la primera vez, no, porque me imagino que es por toda esta cosa respetuosa que tienen, pero... si ya vienen la segunda o tercera vez... enseguida te lo dicen. (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- Cuando te llaman a ti, ¿el paciente por qué motivo ha venido?

R.- Ah, pues por resfriados... En hombres, bueno, porque a mí me sorprende mucho, es la enfermedad del *Dhat*, el síndrome del *Dhat*. No digo la mayoría, no, pero en algunos hombres sí... (...) (Mediadora de la zona indopakistaní)

Segundo, durante las entrevistas a médicos de familia, éstos referían que supone un considerable volumen de consultas y de tiempo de dedicación³¹. Tercero, que parece algo bastante conocido por los profesionales de primaria, que estarían ya acostumbrados a dar respuesta a una situación que en un primer momento les resultaba sorprendente, aunque continúen existiendo algunas dificultades de manejo derivadas, opino, de considerar exclusivamente el problema en clave social (ausencia de pareja, escasa red de relaciones...) y no, también, cultural (relacionado –habitualmente, no siempre– con el concepto de persona y de fuerza vital); y, en lo que se refiere al personal sanitario –también, recordémoslo, dotado de cultura– heredero –habitualmente, no siempre– de una tradición de raíz judeocristiana que puede llevar a adjudicar a otros colectivos concepciones propias de esta tradición en torno, por ejemplo, a la masturbación, que no necesariamente estarían presentes y que tampoco siempre se exploran:

R.- Yo últimamente me he montado un sistema personal, y es analizar un poquito su vida. Analizar cuánto tiempo hacen que están aquí, cuánto tiempo hace que les pasa el problema... si

³¹ Una puntualización sobre esto: durante la observación en primaria no vi directamente ningún caso pero sí, en tres de las ocasiones en las que valoré que mi presencia en la consulta no era conveniente, el paciente acabó realizando (según me comentó después el profesional) una consulta de este tipo, de manera aislada o junto con la expresión de otros síntomas o preocupaciones. Además, tanto en el curso de conversaciones durante la observación como en entrevistas a profesionales, era una situación que se percibía como muy frecuente.

está casado o no está casado... y entonces salen temas de si puede haber una amiga por aquí o no hay una amiga.... Me intento hacer la idea de si es mucha carga para él, porque te lo puede afirmar más o menos angustiado... o si pasa más o menos del tema o tal. Creo es difícil saber la realidad, es muy difícil. Y entonces, ... 'mira desde abril de tal año estás aquí y esto te pasa aquí... no has visto a tu mujer desde no sé cuándo... quieres tener hijos en este tiempo... vas con ella, tenéis muchas relaciones sexuales en este momento...vuelves sin esto... tú...'. Y a veces él mismo, ya te va explicando, 'sí, pues es que yo no tuve hijos y no sé qué...'. y ves que hay como carga emocional detrás de esto; yo intento que como mínimo sean conscientes de que la situación ya es compleja y... A veces les pongo ejemplos de gente de aquí... que si estuvieran en la misma situación les podría pasar lo mismo... (...)

P.- Porque si traen a su mujer, ¿mejora o desaparece el síntoma?, ¿te han dicho algo?

R.- Sí, sí. A lo mejor es que no comentan el tema ya. No te dicen: 'mira aquello, ya...'. No creo ni que ellos a lo mejor sean conscientes del cambio. (Médico de familia en un CAP)

Implicaciones sociales y culturales que siguen siendo, al menos parcialmente, desconocidas por algunos de los profesionales:

R.- (...) Y después también trastornos de la esfera sexual... *buah*... también muy curioso. Paquistanís y subsaharianos. Paquistanís te explican poluciones espontáneas y los subsaharianos igual, poluciones, porque culturalmente o religiosamente no tienen la promiscuidad como algo muy bien establecido. Incluso la masturbación, la ven como algo no sano, ¿no? Entonces, ni tienen relaciones sexuales, tampoco se masturban, entonces tienen poluciones nocturnas o eyaculaciones espontáneas o si tienen relaciones, eyaculación precoz. Claro, eso el primer día no te lo cuentan, pero [al segundo o al tercero] sí, te lo cuentan porque les preocupa. (...) Ellos están aquí mil horas trabajando, van a su país, ven a la novia y eyaculan enseguida. Entonces ellos lo ven como una enfermedad. Y la pareja también lo vive como una enfermedad, y hay conflictos de pareja en este sentido. Le dan mucha importancia al sexo, sobre todo los subsaharianos, la actividad sexual la tienen..., es como una cosa bastante normal del día a día, no le dan la importancia entre comillas mística que le damos nosotros, del amor, de una expresión de amor... o sea, el sexo para ellos es una cosa muy del día a día, ellos son muy sexuales, y si no les funciona el sexo, pues... (Médico especialista en unidad específica en un hospital)

O que se interpretan, también a veces, con cierta ligereza:

R.- Y éste además siempre venía con... que nos había de enseñar algo, por delante o por detrás. Siempre había algo así para enseñar... hasta que se casó y viene menos, ya, afortunadamente... (Enfermera de adultos en un CAP)

O en clave estrictamente biológica y con respuesta farmacológica:

P.- Y a nivel de tratamiento, ¿tú has utilizado antidepresivos?

R.- Alguno te lo pide, pero porque han visto que a un amigo se lo han dado: 'a mi amigo le han dado una cosa que le fue bien'. Yo lo utilizo muy poco, casi nunca. No lo sabes, porque hay gente que, por lo que dicen, mejora... es como un mecanismo un poco secundario por el cual mejora, supongo... ¿no? Pero etiquetarlos en depresivos o de no sé qué... a mí me cuesta. Si tengo una persona que veo que tiene muchos problemas y que es muy reactiva a las situaciones, pues ya pienso: 'Uf, claro... puede tener algún problema'. Entonces en ellos, intento hacer este esquema, y no sé... a veces funciona. A veces también pensamos que funciona, cuando se van contentos, y a lo mejor... después en casa a ver qué pasa... Y sí que hay mucha gente que la ves muy angustiada. (Médico de familia en un CAP, hombre)

En todo caso, esto no es, ni mucho menos, generalizado, y existen profesionales que han adaptado en parte su lenguaje a las concepciones de sus pacientes, mejorando, sin duda, la comunicación:

P.- ¿Patología sexual? [En paquistaníes]

R.- Eyaculación precoz, no. En el tiempo que llevo aquí por eyaculación precoz me han consultado una vez. Lo que me preguntan muchas veces es por las eyaculaciones nocturnas. Eso sí que lo consultan porque se ve que según ellos se les va la vida por ahí..

P.- ¿Es un volumen de consultas significativo?

R.- Bueno, pues a ver. Sobre todo cuando... el pakistaní nuevo que llega y no tiene pareja. Y le comentas 'No, a ver, si es normal. Si no tienes pareja, no mantienes relaciones, no...no te masturbas... Pues se ha de ir. Pero tú tienes mucha vida dentro, no te preocupes por eso'.; y luego otro día vienen de urgencias y lo vuelven a consultar...

P.- Y el manejo de esto...

R.- Bueno, explicamos eso... de que no pasa nada, de que si no tienes pareja, pues... y no mantienes relaciones es normal. 'Tú tienes mucha vida dentro'. Es lo que [les digo, les tranquiliza]... porque si no... (Médico de familia en un CAP, hombre)

Se trata de un buen ejemplo de cómo un paciente puede conceptualizar una determinada situación como patológica y reclamar una solución en términos biomédicos a pesar de que la biomedicina no disponga para ella de una etiqueta diagnóstica porque no la considera una disfunción. A los profesionales les corresponde, ante esto, una interpretación en términos amplios, no sólo clínicos sino, también y sobre todo, socioeconómicos (soledad, lejanía de la pareja, escasez de dinero...) y culturales (ideas en torno a las relaciones sexuales, la masturbación y el semen...), algo que sólo estará a su alcance con una adecuada formación y una actitud abierta y receptiva.

2.11. Otros cuadros y situaciones

Llama la atención que buena parte de los profesionales, especialmente los médicos de familia y el personal de enfermería especializado en estas cuestiones, señalan los escasos conocimientos de sus pacientes sobre cuestiones relativas a curas básicas de salud, y esto respecto tanto a población inmigrante como autóctona (gitana y no gitana), especialmente la de sectores de nivel socioeconómico bajo. El uso del termómetro es el ejemplo más utilizado³²:

P.- Por ejemplo, ¿notas que saben utilizar bien el termómetro? ¿Saben cuándo hay fiebre?

R.- No...No, no. Yo creo que muchos también porque no deben tener en casa... (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- I un dels motius de consulta freqüent és la febre. Però, tenen termòmetres?

R.- No, no... 'Calor en el cuerpo...'. No, ni un de termòmetre, ni un. Ni el saben interpretar a vegades... no. (Médico de familia de un CAP, hombre)

P.- A nivel de conocimientos, por ejemplo, de cuestiones de cuidados básicos de salud... Decías que consultan por fiebre a veces ¿Conocen el uso del termómetro?

R.- No, no. Pero los de aquí tampoco. Aquí, cuando abrimos este centro... mucha gente ni sabía lo que era un termómetro... sobre todo en la etnia gitana; muchos no sabían lo que era el termómetro e incluso se llegó a hacer un trabajo de educación sobre el uso del termómetro. Pero los nativos tampoco. (Médico de familia en un CAP, hombre)

En lo que se refiere al manejo de fármacos de uso habitual (y que no suelen requerir receta médica para su dispensación), los profesionales no parecen encontrar, en

³² Debo reconocer que fue algo que me sorprendió: el volumen de población, también autóctona (gitana y no gitana), que acudía a consultas espontáneas (no programadas) de primaria afirmando tener fiebre sin haberse tomado la temperatura....

general, diferencias evidentes entre la población inmigrante y el resto de población con nivel socioeconómico similar aunque sí destacan, algunos de ellos, el elevado consumo de fármacos anti-inflamatorios, que relacionan con la existencia de dolores osteomusculares provocados por la actividad laboral o con molestias no filiadas que tienden a interpretar como somatizaciones sin que, al menos en una observación no sistemática, quepa establecer grandes diferencias entre sectores de diversas procedencias pero en situaciones socioeconómicas similares:

R.- Lo que me llama la atención es que todos conocen el Neobrufen, por ejemplo. Y a veces lo das y dicen: 'no, esto no, porque no hace nada...'. Supongo que por experiencias de gente que conocen que han utilizado el Neobufen y que no les ha acabado de ir bien y lo han abandonado. (Médico de familia en un CAP, hombre)

P.- I l'ús de fàrmacs habituals... anti-inflamatoris, analgèsics...

R.- Sí, s'hi acostumen ràpid, ¿eh? En la segona consulta, ja s'hi acostumen i ja se'ls saben (Médico de familia en un CAP, mujer)

R.- Lo que sí suelen decir es que aquí no dan nada. [Se ríe] Sólo dan paracetamol e ibuprofeno. [Se ríe] Entonces de eso sí se quejan mucho los pacientes y en algunos casos incluso dudan de la profesionalidad, ¿no? 'No son médicos, no sé donde han estudiado, sólo dan ibuprofeno y paracetamol. Una persona que está muriendo. Diga usted... le dan paracetamol e ibuprofeno'. Pero es, yo creo, que es la importancia que tiene para el paciente su enfermedad, ¿no? O el síntoma... Lo que significa para él el síntoma; por ejemplo, doler la cabeza: lo asocia a un montón de cosas: a la alimentación, al clima, a la familia... (...) Sí. Cuesta, cuesta de que se convenza que solamente un dolor de cabeza, con un antiinflamatorio puede pasar. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

En cuanto a la capacidad para manejar pequeñas heridas, las percepciones de los profesionales son variadas:

P.- ¿Y curar heridas básicas, saben hacerlo?

R.- No, no. Tienen cualquier cosa o lo que sea y te vienen, de urgencia, como sea, pero te vienen... A lo mejor hay muchos que lo hacen en casa y no te enteras, ¿no? (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- Y, por ejemplo, curas, ¿saben limpiar una herida, ponerle un desinfectante...?

R.- Yo creo que sí. Por lo menos, una vez han venido y les explicas los cuidados que han de tener, sí. A ver, cuidados... yo los que tengo son de poca higiene. Pero bueno, supongo que es en función del nivel socioeconómico que tienen, seguramente, o sea que tampoco es de fiar. Hay gente muy sencilla y muy aseada y limpia y otros que no... (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- ¿De manera diferente a la población de aquí del mismo nivel económico?

R.- Me imagino que algo menos. (Enfermera de adultos en un CAP)

En lo que se refiere a las extracciones de sangre, sólo profesionales que tienen experiencia con población subsahariana señalaban algún tipo de reticencia, que relacionaban con cuestiones culturales (asociación de la sangre a la fuerza vital, por ejemplo) o miedo al contagio de enfermedades, mientras que en el resto no parecía haber ninguna actitud negativa. Al contrario, los médicos de familia señalan, especialmente para el caso de hombres de la zona indo-paquistaní, un marcado interés, ya desde los primeros tiempos de la llegada, en realizarse analíticas y revisiones, algo que no siempre es bien recibido por algunos profesionales, que lo interpretan como un

abuso del sistema o, incluso, desconfianza hacia su competencia. Personalmente, no vi ningún caso de rechazo o conflicto abierto ante la petición de una analítica aunque sí algunas actitudes, digamos, de desagrado (que, aunque sin datos suficientes como para afirmarlo con la solidez necesaria, podrían relacionarse con cierta aprensión –en colectivos muy diferentes, incluido el autóctono–, con la impresión de que la petición de la analítica y el tiempo que tardarían en hacérsela y disponer de los resultados retrasaba la solución del problema –también en grupos muy variados–, y, en algunos casos, una cierta sospecha de si el profesional pediría la analítica porque no sabía orientar adecuadamente el diagnóstico). Respecto a la buena aceptación por parte de hombres paquistaníes decir que sí tuve ocasión de verlo, aunque, de nuevo, vuelvo a insistir en que el lector debe tener en cuenta el tiempo dedicado a la observación participante y los diversos escenarios en los que tuvo lugar para matizar el alcance de estas afirmaciones.

2.12. Salud mental

En lo que se refiere a la posible asociación entre migración y salud mental, de la que hablé en cuanto a sus abordajes más teóricos en el Capítulo 2, los especialistas en esta área con los que he trabajado, muestran, igual que la bibliografía nacional e internacional, diferentes tendencias y matices en sus valoraciones:

P.- ¿La migración dentro de la historia de estas personas ha tenido un impacto en su salud mental?

R.- Mira, yo creo que hay casos que migran, que ya estaban enfermos allí. Hay estudios rigurosos que dicen que sí, que migrar, especialmente a ciudades grandes y tal, pues, *ostrás*, esto parece que aumenta el riesgo de padecer enfermedades incluso graves, del tipo esquizofrenias, ¿no? Hay estudios, sobre todo en Inglaterra, ¿no?, de estos. Yo aquí no te lo sabría decir. No me da la sensación, aunque sí que es verdad que quizás, no en patologías psiquiátrica muy grave. Pero en patología ya no tan grave... en problemas adaptativos, que vemos más en Urgencias, en problemas de relación con la gente, en eso sí que ha influido el hecho de ser inmigrante y quedarse sin trabajo, los problemas con papeles...

P.- Toda la problemática social...

R.- Eso sí. 'Tengo no sé cuántos hijos y no me puedo, tal' o 'Mi mujer está en Marruecos y no puede venir'. Yo qué sé, ¿no? Esto sí que genera patología psiquiátrica menor. Como también la genera aquí. Ahora, hace unos pocos días unos periodistas, por motivo del Día Mundial de Salud Mental nos preguntaban, 'bueno, y ¿la crisis ha provocado más...?', tal'. Hombre, pues la crisis no ha provocado más depresiones mayores pero sí igual más preocupaciones, ¿no? y más consultas en Urgencias. El otro día, anecdóticamente, un señor, que había ido al banco y había sacado un cuchillo porque el director no lo atendía. Bueno, pues esto igual es muy puntual del tema crisis, ¿no? Pues en esto también la población inmigrante tiene muchos más acontecimientos vitales que mucha población de aquí. (Psiquiatra en hospital)

De hecho, una de las cuestiones señaladas por estos mismos especialistas, aunque no suelen disponer de datos concretos (tampoco son concluyentes los disponibles en las publicaciones), es que el porcentaje de consulta en lo que se refiere a patología psiquiátrica considerada grave parecería ser inferior al que correspondería por volumen de población, lo que, en caso de poder comprobarse, apoyaría la hipótesis, ya mencionada, de que son los miembros sanos de estos colectivos los que más migran:

R.- Entonces en población extranjera hemos visto casos así, que vienen de viaje y enferman, ¿no?, porque igual ya estaban enfermos e hicieron el viaje porque estaban enfermos y se trasladaron allí. Estos pueden venir de todos los sitios. Hemos visto italianos, hemos visto andorranos, hemos visto tal..., pero estos son muy pocos casos. Y luego está... sobre todo son gente extranjera que está residiendo aquí, yo diría que son magrebíes y algún subsahariano. Y

población de Sudamérica, pero que parece que no consulta mucho. A pesar de que hay mucha inmigración de Sudamérica, magrebí, etc., pues a las plantas de agudos... y te estoy diciendo a las plantas de agudos... o incluso en Urgencias... parece que no consultan mucho. O sea que... Bueno, hay grupos aquí en España que están investigando esto (...). Nosotros queríamos hacer algún estudio aquí. [Pero] la verdad es que los registros hospitalarios no están por el momento como para eso... (Psiquiatra en hospital, hombre)

Aunque tampoco se excluye la existencia de patología considerada mayor que, según coinciden todos los profesionales (sobre todo, para este tipo de cuadros, especialistas en Psiquiatría), a veces, puede ser de difícil gestión.

R.- También te haría un grupo minoritario, pero que revela las carencias personales más [quiere decir relativas a su formación] y del sistema que son los que no tienes ni idea de lo que les pasa. Es el paciente de Mali que viene con el gusano que sube, que no sé qué, que ya le han hecho las pruebas infecciosas o en los servicios... ¿qué le pasa a este señor?, ¿no? O el hombre de Pakistán que se golpea con la cabeza en la pared, que ya uno no sabe, ¿esto es psiquiátrico?, ¿esto culturalmente se puede entender? No hablan absolutamente nada... el papel ahí de la mediadora tampoco acaba de resolverlo, ¿no?³³ Y de estos tenemos unos cuantos. Acabamos siendo un poco el depositario donde se va decantando... a todos los que vienen de ***... aquellos que no tienes ni idea de lo que es, ¿no? (Psiquiatra en centro específico para población inmigrante)

R.- Sí, aquí predominan mucho los trastornos psicóticos. Claro, la población inmigrante presenta cuadros que a nosotros nos cuestan más de identificar porque estamos sesgados, porque vemos... porque los libros están escritos por los anglosajones, en general o por españoles, que también, tenemos tratados de Psiquiatría escritos por grandes psiquiatras españoles, ¿no? Pero, claro, nosotros, en este sentido, estamos sesgados. Entonces, hay presentaciones de patología psiquiátrica que nos cuesta mucho distinguir, cuadros psicóticos que vemos a veces pues que también nos cuesta etiquetar... (...) (Psiquiatra en hospital, hombre)

Sin embargo, al mismo tiempo, tanto durante la observación participante realizada en centros sanitarios, dedicados o no en exclusiva a la salud mental, como durante las entrevistas con profesionales de las especialidades directamente relacionadas (Psicología, Psiquiatría y Medicina de Familia) se mostró la existencia de una elevada prevalencia de patología psiquiátrica menor, que los profesionales coincidían en calificar de fundamentalmente reactiva a las condiciones del proceso migratorio y la situación socioeconómica de los diferentes grupos.

P.- ¿Y diferencias en el motivo de la llamada [al 061], por ejemplo, con el resto de la población?
R.- Las crisis de ansiedad son bastante frecuentes en todos, ¿eh? Hombre, en *** [cita un barrio] hay un núcleo de gitanos y también allí hay... bastantes. Las crisis de ansiedad son bastante frecuentes en todos: en gitanos... en gitanas, más bien, en magrebíes de ambos sexos y sudamericanas. (Médico 061)

Para este tipo de patología destacan, también según la mayoría de los médicos de primaria (ya que son cuadros que pocas veces se derivan a especialistas en Psicología y Psiquiatría, ni en primaria ni en hospital), las mujeres de origen latinoamericano, algo

³³ Respecto al papel de traductores y mediadores hablaré en el próximo capítulo pero merece la pena señalar ya aquí que, dados los criterios de selección que habitualmente se utilizan para su incorporación a los centros sanitarios es posible que aunque (no siempre) comparta la lengua del paciente no tiene por qué compartir ni todos los rasgos culturales ni hacerlo en la misma medida, de manera que su incompreensión, en algunos casos, puede ser casi tan grande como la de los propios profesionales y no irá, en el mejor de los casos (aunque ya es mucho) más allá de saber que puede haber alguna pauta cultural interviniendo, aunque no necesariamente la conozca..

en lo que, opinan, podrían estar implicados al menos dos factores diferentes. Uno, las diferencias en la expresividad del sufrimiento físico y psíquico. Otro, y es significativo en cuanto a la importancia de los patrones culturales en su relación con la salud, con el hecho de estar frecuentemente separadas de los hijos (que permanecen en origen), situación común a muchos hombres sin que los profesionales ni, a menudo, los pacientes varones, lo relacionen con patología en la misma medida:

P.- Háblame del perfil de tus pacientes. Si tuvieras que hacer grupos por perfiles, ¿cuáles harías?

R.- Pues mira, ... hombre lo más fácil sería hacerlo por origen geográfico, ¿no?, y, además, yo creo que es pertinente. Podríamos hablar de los latinoamericanos o, más bien, de las latinoamericanas. Tenemos bastantes mujeres de países andinos, desde Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia, que manifiestan una clínica de tipo reactivo a una situación personal dura. Podríamos pensar, sin duda, que es gente que se ha endurecido y que la vida no ha sido fácil para ninguno de ellos en su mayoría, que es gente que están acostumbrados pues a vivir con lo material indispensable; pero no es éste el origen de sus dolencias, ¿no?, sino que suele ser, bueno, dejar atrás a los hijos, que se encuentran aquí muchas veces en unas condiciones como de indefinición en cuanto a las relaciones familiares: hay bastante inestabilidad en las relaciones de pareja, muchas veces las mujeres... o al llegar aquí el marido decide que se separa o han dejado al marido allí y se enteran de que está con otra... El tema de las relaciones, así generalizando, es como muy líquido, ¿no?, muy fluido, es una variable que aparece con frecuencia. Lo que expresan clínicamente, pues es una clínica de tipo ansioso depresivo, la mayoría de los casos. Esto es el grupo yo creo que más numeroso.

P.- ¿Qué porcentaje?

R.- Pues esto igual es la mitad de los pacientes. Las mujeres latinoamericanas con una clínica así, reactiva, yo te diría que el 40, 50%, probablemente. No digo que no sean interesantes, porque todo lo que te comentaba antes de la influencia de la cultura está presente en estos casos, pero no suele ser tan llamativo, tan espectacular, ¿no?, como cuando aparece clínica de tipo psicótico o francamente psicótica. (...) (Psiquiatra en centro específico para población inmigrante)

P.- I el motiu de la consulta? Hi ha diferències amb la població autòctona? De la mateixa franja d'edat?

R.- *Humm...* últimament, però és molt últimament, eh?... llatinoamericans... molta més consulta d'adaptació... 'd'estic trist', de dol...

P.- Són dones?

R.- Sí. Treballen en servei domèstic... en cadenes... moltes treballen en geriàtrics, de cuidadores... Aquests fan el dol de la família... sobretot el dol dels fills... (...) (Médico de familia en un CAP, mujer)

Esta situación referida para mujeres de origen latinoamericano³⁴ en situaciones sociales y económicas que se identifican como precarias da pie, en realidad, a una reflexión de mayor calado: la importancia que otorgan los diferentes profesionales a los patrones culturales, de sus pacientes y de la sociedad mayoritaria en la que está inmersa su disciplina, tanto en lo que se refiere a la consideración o no de la existencia de patología, los patrones considerados ajustados para la expresión del sufrimiento y para la búsqueda de ayuda, y cómo todo ello impregna la práctica clínica. El nivel de reflexión al respecto y las opiniones difieren enormemente entre ellos aunque la mayoría le reconozca un papel más o menos relevante.

También es necesario destacar, aunque pueda parecer sorprendente, que el reconocimiento de la importancia de las cuestiones culturales en la clínica no parece ser

³⁴ En realidad, debería decir “de origen hispanoamericano” puesto que se refiere fundamentalmente a mujeres de países de habla castellana, no brasileñas.

necesariamente mayor entre los profesionales de los centros específicos. Opino que la minusvaloración hacia esta cuestión (que en algunos contextos o entre profesionales no biomédicos, incluidos antropólogos, en ocasiones se ha equiparado a falta de sensibilidad o prepotencia) no sería ni siempre ni necesariamente tal y que este tipo de situaciones extremas (aunque puedan darse), en mi experiencia, no son en absoluto frecuentes entre los profesionales de cualquiera de los tipos de centros. En realidad, creo que apuntaría más bien a falta de formación en la materia, que obstaculizaría la tarea de valorar todo el amplísimo espectro de factores que pueden estar interviniendo en los cuadros y de contemplar la posibilidad, también, de que estén presentes algunos que no se conocen. Y, en cuanto a esto último, se relacionaría también con las dificultades para establecer una reflexión intelectualmente sincera sobre los fundamentos del paradigma biomédico y psiquiátrico, sobre las estructuras diagnósticas y las pautas terapéuticas y sobre su aplicabilidad por igual a todos los pacientes:

P.- ¿A nivel de salud mental?

R.- Interesante. Paquistanís y *marroquíes* muy poco, muy poco; suelen ser bastante sólidos en ese aspecto. Sudamericanos, sobre todo; yo tengo a más bolivianos y suelen tener síndromes ansiosos-depresivos. Los que tienen patología psiquiátrica florida y, a nivel psiquiátrico, muy interesante, son los subsaharianos. Tienen unos cuadros psiquiátricos *súper-abigarrados, súper-difíciles* de manejar, que te interfieren mucho con el manejo del paciente. Es difícil, o sea, tenemos pacientes subsaharianos muy, muy complejos, que hacen cuadros depresivos, pero invalidantes, cuadros confusionales, alucinatorios, que no son 'ah, es que esto es cultural de su país', y un *huevo*, tienen cuadros de alucinaciones, confusionales, somatizan mucho los problemas que tienen... o sea, espectacular. Dentro del grupo de los subsaharianos son los que vienen con una patología psiquiátrica más sólida y más difícil de tratar. (...) Los sudamericanos son ansioso-depresivos; o depresivos, porque suelen ser mujeres, pero, vamos, más tipo la española. Que los que realmente tienen patología que llegue a preocuparte, invalidante, que parece un problema, son los subsaharianos. Y después también trastornos de la esfera sexual... *buah*... también muy curioso. Paquistanís y subsaharianos. (...) (Médico especialista en un hospital)

Cómo decía, sin embargo, hay profesionales capaces de reflexionar sobre su práctica profesional y sobre su capacidad de respuesta ante los pacientes, que viven la inmigración y las cuestiones culturales como un reto intelectual y profesional y no como una molestia o una amenaza a sus patrones de conocimiento:

P.- ¿Qué porcentaje mujeres latinoamericanas [hablando de patología psiquiátrica menor]?

R.- Pues esto igual es la mitad de los pacientes. No digo que no sean interesantes, porque, todo lo que te comentaba antes de la influencia de la cultura, está presente en estos casos, pero no suele ser tan llamativo, tan espectacular como una clínica de tipo psicótico o psicótica. Pues esto, pacientes de África Subsahariana, pacientes de Europa del Este, pacientes también alguno de los países que te he dicho de Latinoamérica, pero me estoy refiriendo a estos que te plantean un reto en lo psicopatológico, discernir si lo que está contando debes considerarlo psicótico o no. A mí esto me atrae mucho, me interesa. Estoy pensando, pues en pacientes de la República Dominicana, pacientes africanos, pacientes del Magreb, que tienen creencias muy en lo mágico, con explicaciones totalmente alejadas de lo que es la biomedicina, ¿no?, donde los espíritus, lo religioso, se entremezclan con experiencias pseudoalucinatorias... comunicación con los antepasados... Esto es algo que puede parecer más pintoresco, más folklórico, pero que está ahí y lo vemos y además supone un reto, como te digo, porque claro, la orientación me parece esencial. El riesgo de psicotizar o de tildar de psicótico es muy apetitoso, es muy apetecible, pero a veces, claro, le cae un estigma a esta persona bastante duro. Yo te diría que aquí son pacientes quizá con una brecha aculturativa mayor, donde el idioma generalmente puede ser un hándicap, o donde el mundo de significados culturales es muy, muy diferente del occidental. O sea, el Afrocaribe, Magreb, África subsahariana se prestan a esto. Y en Europa del Este que podríamos pensar que a lo mejor hay un substrato más común pero también lo vemos y lo vemos de una

manera como más... en las fases iniciales de la inmigración. Yo te diría que éste es otro grupo. (Psiquiatra en centro específico para población inmigrante)

Otro ejemplo relacionado con esta dificultad para entender el origen de los síntomas y los propios síntomas lo constituyen lo que suelen denominarse somatizaciones, que suponen, según algunos profesionales, aunque no todos, un volumen importante de consultas, a menudo, además, de manejo complejo.

P.- El tema de las somatizaciones. Se dice mucho cuando se habla de pacientes inmigrantes... ¿Crees que generan un volumen de consultas significativas? ¿Más que el autóctono de su misma franja de edad y de su misma situación económica?

R.- Yo creo que no. (Médico de familia en un CAP, mujer)

P.- I què feu amb aquests quadres?

R.- Què fem? El que podem... Sobretot a la consulta, explorar-les... auscultar-les... intentar crear una confiança... Donar-li *algo* pel dolor, inflamatori o així...i tornar a citar-los més endavant. Torno a citar-los i “no estic millor”, i “explica’m més com estàs... perquè, tal...”. (...) I després... saps què passa? Que si venen molt perden molts diners, *vale*? I com no són famílies que siguin... , que són treballadors, poden venir poc. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Entre los profesionales no es frecuente escuchar –aunque, insisto una vez más, hay excepciones– una reflexión meditada que hable de diferencias en la manera de entender el cuerpo y la mente y las relaciones entre ellos que pueden estar presentes en estas situaciones, así como dudas en sentido contrario–y lo he visto en algunas ocasiones en trabajo de campo–: sobre si la interpretación de la situación, y el conjunto de factores vitales con los cuales se relaciona, surge realmente del paciente o es, en cierto modo e involuntariamente, inducida por su médico, que parte de su propia concepción y trata de hacer encajar una situación vital desconocida en un contexto clínico que le resulte más familiar. Demasiado frecuentemente, el profesional, por falta de tiempo o de conocimientos, a veces también de capacidad o interés en la reflexión, realiza una interpretación en clave exclusivamente del contexto social, económico y cultural de la sociedad mayoritaria. Esto puede conducirle a interpretaciones erróneas que pueden tener repercusiones sobre la salud de su paciente, sobre su satisfacción como profesional y, finalmente, sobre el propio sistema sanitario. Un sistema sanitario que tiene una orientación que a menudo deja de lado muchos de los condicionantes sociales y culturales que se relacionan con la salud y con la enfermedad y que, por eso, encuentra dificultades para el abordaje de cuadros en los cuales todos estos factores se entrecruzan, tienen un papel y acaban generando una situación para la que se demanda una solución en términos biomédicos. Obviamente, como digo, hay excepciones:

P.- Porque a nivel de salud mental, ¿la patología es, digamos, menor?

R.- Sí. Lo que pasa es que no creo que te lo transmitan mucho. Yo tengo la percepción de que la gente... a lo mejor somatizan mucho más... y cuesta mucho decir “viene de una cosa mental o de un problema más de nervios y tal...”. Porque no te transmiten los nervios como tal. Por ejemplo, un autóctono, a lo mejor te dice: “ha pasado por esto, ha pasado por aquello”... Y al final te acaba diciendo: “estoy muy nervioso y a mi hija le ha pasado esto...”. Lo que te esperarías que te dijera un pakistaní a lo mejor es: “he tenido que salir de mi país, tengo la familia allí...”, pero no te lo dicen, no te acaban de relacionar tan tan claramente esto. A lo mejor lo relacionas tú por tú percepción, pero no porque te lo diga él claramente, ¿no? Entonces es difícil atribuirlo a esto,...

P.- Para ellos, ¿tienen algo físico?

R.- Sí, yo creo que en esencia es esto: que tienen algo físico y que tienen algo físico. Sí. Pero después del curso³⁵, trabajándolo un poco, si lo planteas según cómo y se lo dices, muchas veces sí: “puede influir el hecho de que yo tenga mi familia allí y tenga mis preocupaciones y...”. Planteándolo, sale. Pero, a lo mejor viene el tipo de paciente que no lo planteas ya de base, y no sale.

P.- Volviendo al tema de la somatización. El abordaje, ¿cómo lo hacéis?

R.- Si tienes un día que puedes hablar un poquito... Yo intento que de forma espontánea, hablando, pueda verbalizar su situación. Entonces, en base a esta situación, pues... vas construyendo todo su problema... un poquito... a ver si él también lo construye. Y si él lo construye, pues yo refuerzo la idea de que puede ser que sea esto... de que detrás de un dolor hay otra cosa. Y un poco así, llegas. Al menos, yo. Si no tienes tanto tiempo, a veces obvias el problema. Lo obvias. También es verdad que lo hacemos... (Médico de familia en un CAP, hombre)

En este sentido, en los últimos años, se ha dado un debate en torno a la necesidad (o no) de adaptación de las estructuras diagnósticas de la Psiquiatría a población diversa culturalmente. En nuestro entorno no existe, sin embargo, un movimiento claramente articulado en torno a esta cuestión, más allá de un debate intelectual de alcance limitado, con la excepción hecha de las aportaciones concretas de autores como Achotegui (2002), que ha llegado a proponer la creación de un síndrome específico para población inmigrante, como ya comenté en el Capítulo 2. Sólo añadiré aquí que no parece existir acuerdo entre los profesionales ni sobre la pertinencia de la creación de estos síndromes ni sobre su utilidad práctica, como no parece haberla, tampoco, sobre el peso de nuestras propias clasificaciones:

P.- Volviendo al tema de las manifestaciones. Parece que una de las alternativas es la creación de síndromes específicos, ¿no? El Síndrome de Ulises... ¿Es una etiqueta que utilizáis?

R.- Yo diría que más es una etiqueta más coloquial que usa la población, ¿no? Pero nosotros acabamos diagnosticando con unos criterios de diagnósticos aceptados internacionalmente, que pueden ser, o bien los criterios americanos, que son el DSM, ¿no?, en sus ediciones, que ahora estamos en la cuarta revisada, o bien en la clasificación de la OMS, que es la Clasificación Internacional de las Enfermedades. O sea, que estos son más de etiquetas.

P.- ¿Es una etiqueta que está justificada realmente, es una entidad diagnóstica nueva o es algo más artificioso?

R.- Mi opinión particular, que no tienes por qué tenerla en cuenta, es que igual no, igual son maneras de describir algunos casos, ¿no? de otras enfermedades. Lo que pasa es que la clasificación de las enfermedades psiquiátricas es muy mala, digamos. Porque... desafortunadamente, sólo tenemos... prácticamente sólo tenemos la clínica. Lo que nos explica el paciente, lo que nosotros observamos, lo que conseguimos preguntarle, pero no tenemos pruebas complementarias, ¿no?; tú vas al cardiólogo, le explicas lo que te ocurre, te puede explorar un poquito pero luego viene un ecocardiograma que ves que la válvula está no sé cómo, ¿no? O las pruebas complementarias que tenemos, tampoco tenemos pues un conocimiento suficiente de las enfermedades como para decir “vamos a mirar la neurona *no sé qué* o el gen *no sé cuánto*”, ¿no?, porque la Ciencia en nuestro campo no ha avanzado todavía suficientemente. Entonces tenemos bastantes dificultades. (Psiquiatra en un hospital)

R.- Claro. Y las etiquetas que son occidentales, a su vez son muy amplias. Por ejemplo, en el capítulo de los trastornos psicóticos hay una clasificación que tiene... la esquizofrenia; pero es que no es una esquizofrenia, porque dentro de la etiqueta esquizofrenia hay miles de esquizofrenias, exagero, ¿no?, varias formas de esquizofrenia; que dices, bueno, pues entre un esquizofrénico y otro, no se parecen casi en nada, ¿no? En cambio, están todas dentro de la etiqueta esquizofrenia. Esta es la heterogeneidad de estos trastornos. (Psiquiatra en un centro específico para inmigrantes)

³⁵ Se refiere a uno de los cursos de formación para profesionales organizados a lo largo del proyecto.

Desde el punto de vista de la Antropología (y también de algunos profesionales sanitarios), podría añadirse que los esfuerzos tendrían que ir dirigidos más hacia entender qué le pasa al paciente, en el contexto social, político, cultural y económico en el cual le ocurre, que a crear etiquetas diagnósticas en las que hacer encajar sus síntomas o, más bien, los resultados de interpretar en clave occidental y medicalizar sus síntomas. Volveremos sobre esto.

En cualquier caso, independientemente del tipo de patología, todos los profesionales consultados, tanto especialistas en Psicología o Psiquiatría como en Medicina de Familia, resaltan que la exploración en salud mental con población inmigrante y perteneciendo a minorías étnicas es especialmente compleja por cuestiones idiomáticas y de comunicación en sentido más amplio:

P.- Y esas formas de manifestación, ¿en qué son diferentes? ¿Predomina más algún tipo de síntoma que otro o alguno que no ves en población general y aquí sí?

R.- No, no. A veces son dificultades en hacer la anamnesis psiquiátrica, ¿no? porque tienen dificultades idiomáticas, o porque se muestran como menos confiados contigo... No te sabría decir qué... Igual ves menos formas de libro, ¿no?, menos cuadros típicos y más cuadros atípicos ¿no? Pero igual es un sesgo idiomático. (Psiquiatra en un hospital)

Y estas cuestiones pueden complicar un diagnóstico y hacer dudar al profesional.

P.- Todo lo que tiene que ver con percepción de la discriminación debe ser complicadísimo de valorar, ¿no?

R.- Imagínate, claro. Y a veces son... puede ser el único síntoma de una enfermedad psiquiátrica muy grave como puede ser un trastorno delirante, ¿no? O algunas esquizofrenias que... porque a veces en las esquizofrenias tienes alteraciones en la percepción, alucinaciones visuales o auditivas, ¿no? 'Me dicen', 'Me hablan y...' o 'Veo cosas extrañas' o 'He tenido apariciones' y tal, ¿no? Esto es muy frecuente. Pero a veces los trastornos delirantes son ideas de estas falsas, ¿no? 'Me siento maltratado por la gente' o 'Los vecinos me...'. Claro, esto si no tienes... Si ya es complicado con personas que hablan tu idioma y conoces bien su cultura... Imagínate, ¿no? (Profesional de la Psicología en un centro específico para población inmigrante)

En lo que también hay coincidencia, de manera mayoritaria, es en la dificultad para separar, independientemente del peso que se le dé a las pautas culturales, la patología de las condiciones de vida y la realidad social y económica de estos pacientes, como puede verse en las citas siguientes, para mí, especialmente impactantes:

P.- A nivel de Urgencias, ¿hay diferencias con la población autóctona?

R.- Desafortunadamente, no tenemos datos, ¿no? Te puedo dar mi opinión como médico que estoy en Urgencias. Yo diría que consultan poco. Y consultan por casos graves o por problemas sociales ¿no?, por problemas derivados de los problemas sociales, pues porque no tienen vivienda... Entonces, es cuando empiezan a haber estas dudas que te decía: 'es que no tengo vivienda y además me miran mal, y me atienden mal y me discriminan'. Y dices, 'bueno, y esto, ¿qué es? Esto es delirante, es una idea falsa y tal... o no, es una idea cierta...'. No tienes informante y sólo te viene el paciente... Es muy complicado... (Psiquiatra en hospital)

O, desde otra experiencia:

R.- Sin duda es un tema que a mí me parece muy interesante, ¿no?, el origen de la clínica. Lo que te decía, para la mayoría no lo buscas en lo material, en eso mejoran la mayoría, o sea viven aquí mejor de cómo vivían allí. El poder ahorrar, casi todos ahorran, y poder enviar dinero

a sus países, algo impensable en sus países de origen, pero envían dinero que es suficiente para arreglar la casa de la madre o para construirse... Esto lo consiguen, pero a cambio es en lo emocional donde está la gran carencia, ¿no? Hablar de adaptación, integración, en éstos desde luego, nada. Estos viven para trabajar. Sin embargo, claro, [hay otros] que vivían en Marruecos, a lo mejor en la casa de la madre, donde no habían tenido nunca problemas; y se ven, como éste, durmiendo en una alfombra en una casa que le dejan y que le cobran no sé cuánto por dormir en una alfombra, que va con un carrito recogiendo tal... No sé si es casualidad, pero tenemos bastantes pacientes que lo que ves es dramas personales, no sé decírtelo, pero directamente relacionados con la inmigración como consecuencia de no conocer bien el sistema y haber sido víctimas también de la mala fe de personas que sí están en el sistema. O sea, gente que se lucra de los inmigrantes haciéndolos trabajar sin contrato. Por ejemplo, estoy pensando en un caso dramático de un hombre marroquí, que no sabe ni la edad que tiene pero en los papeles pone una edad que evidentemente no es la suya, la que tiene es como mucho más mayor; y ahora, cuando ya debería haber completado su proceso migratorio y volver a Marruecos (donde le espera una mujer con la que se casó casi por poderes porque él apenas la conoció), veinticinco años más joven que él, y que él tendría que regresar con las alforjas bien llenas, pues no tiene absolutamente nada, porque está de baja desde hace no sé cuánto por un accidente laboral, porque el patrón no lo había dado de alta y, por lo tanto, no tiene derecho a...historias de estas. Que, claro, que te quedas... La sensación un poco de desbordamiento, de que lo social aquí se mezcla, como suele ocurrir en Psiquiatría, pero a veces a un nivel que dices, 'pero bueno, ¿qué hago yo con esto?, ¿cómo puedo ayudar a esta persona?'. (Psiquiatra en un centro específico para población inmigrante)

Un profesional hospitalario de la Psiquiatría señaló, de hecho, que existe un elevado porcentaje de los inmigrantes que consultan por urgencias y que pueden carecer de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Este porcentaje se eleva más todavía en aquellos centros que, para ser específicos para población inmigrante, tienen normativas de acceso que no hacen imprescindible la TSI:

R.-. Poquitos, pero a lo mejor un 10% no tiene Tarjeta Sanitaria. Nosotros los atendemos a todos. Sin papeles..., permiso de residencia, permiso de trabajo, yo te diría sí; tres cuartas partes, seguro. (Psiquiatra en un centro específico para población inmigrante)

También como ejemplo de especial vulnerabilidad, los profesionales de la Psiquiatría consultados (y que los tienen entre sus pacientes) coinciden al señalar a los menores no acompañados debido a las durísimas condiciones de vida que tienen:

R.- [Se refiere a menores no acompañados que residen en centros de tutela] Chavales de 15, 16, 17 años que bueno, son los típicos que han estado en Tánger esperando en el puerto a colarse debajo de un camión o en un ferry,... Y cuando llegan a España los coge la Policía, la Guardia Civil y los distribuyen en estos centros que son como internados, porque están en un régimen de internamiento; y cómo viven esto, pues te puedes imaginar, ¿no?, la frustración, o sea, todas las ilusiones que tiene un chaval adolescente en su imaginario desde la costa de Tánger viendo España como El Dorado y con lo que luego te encuentras ¿no? Las expectativas de la familia con las que están en contacto... cada vez que hablan con ellos, y la enorme contención emocional a la hora de desnudarse, claro, tampoco el entorno lo facilita: centros cerrados, con cincuenta u ochenta chicos, ya sabemos que el débil va a ser rápidamente pasto de las fieras... Entonces hay una cultura de la hombría, de la dureza, que llama bastante la atención. Son chavales que en la consulta ves lo que son, son niños, pero juegan a ser adultos, a... y les lleva a problemas de conducta. En un entorno con unas normas muy estrictas, ellos proyectan en ese sistema la frustración de lo que no están consiguiendo, 'yo no puedo progresar porque me tenéis aquí como preso' y están con la idea de 'en dos o tres meses pasaré a un centro abierto y entonces ya me buscaré la vida'. Y todo inconsistente, el planteamiento que tienen es absolutamente pobre, su proyecto migratorio carece de un hilo conductor. Es una cosa... Yo, como psiquiatra, me gusta diferenciar, y es lo que les he dicho a los responsables [de los centros], no me parece que sea tanto un trastorno psiquiátrico, creo que es algo más reactivo a unas condiciones durísimas para un chaval de 16 años, estar en un centro sin salir... Pero es verdad que en este magma a veces

crece psicopatología... pues abuso de sustancias, la mayoría de ellos o fuman porros o inhalan cola. Muchos de ellos, que es una de las propuestas, presentan una clínica de niños muy inquietos, muy hiperactivos, que hay que estar atentos por si pudieran tener un TDH, ¿no? También muchos de ellos tienen enuresis nocturna, pero es que están sometidos a una tensión enorme. Si tenemos que hacer grupos, desde luego habría que citar este grupo. (Psiquiatra en un centro específico para población inmigrante)

Otro de los factores indicados, con escasa frecuencia en las consultas de medicina de familia pero mucho más habitualmente en profesionales especializados en salud mental y sobre todo entre los que ejercen en centros específicos, es la discriminación percibida. Aunque, como vengo diciendo, los niveles de profundidad y capacidad de matización en el análisis son variables:

R.- Aquí nosotros tratamos de valorar cuáles son los motivos de preocupación. [Habla de puntuaciones en una escala de valoración psicológica]... la que aparece como más robusta, la que puntúa más alto el inmigrante y de una manera más consistente es lo de la discriminación percibida. Y realmente lo aprecias en la consulta, ¿no? Es un tema de cómo el paciente, de cómo la persona, por su pertenencia étnica percibe un trato más desconsiderado. Y eso es algo que sin duda es todo un reto, un reto como clínico, para saber manejarlo y un reto desde luego para elevarlo a quien le correspondiera. (Profesional de la psicología en un centro específico para población inmigrante)

En otro orden de cosas, pero relacionado con todo lo anterior, es necesario señalar que la salud mental es uno de los ámbitos, casi de forma exclusiva, junto con el de enfermedades tropicales, donde existen centros específicos para población inmigrante, y algunos profesionales lo justifican. En cuanto a la salud mental, varios de los profesionales consultados y las propias observaciones durante el trabajo de campo realizado en estos centros, parecen indicar que la tipología de pacientes no es muy diferente a la que se vería en centros convencionales:

R.- Pero en general, yo te diría que tampoco se diferencia mucho de lo que te diría otro compañero a la hora de clasificar a sus pacientes. O sea, la mayoría de tus consultas la sigue ocupando la psiquiatría "menor", la reactiva, donde lo ambiental es esencial y lo que predomina es lo ansioso-depresivo, ¿vale? (Psiquiatra en un centro específico para población inmigrante)

Tan sólo dejo aquí este apunte, puesto que será una cuestión que trataré con más detenimiento en el apartado dedicado a las adaptaciones del sistema sanitario.

2.13. Los profesionales ante la existencia de desigualdades sociales en cuanto al uso de los servicios sanitarios en la población inmigrante a la que atienden

En el capítulo 3 he realizado un abordaje, desde un punto de vista teórico de los factores que pueden influir en el estado de salud y en el acceso y uso de los servicios por parte de la población inmigrante, y que pueden condicionar su capacidad para realizar un uso efectivo y en condiciones de equidad del sistema sanitario. Aquí me referiré, de manera coherente con lo que vengo haciendo en esta Tercera Parte del texto, a aquellas circunstancias que pueden ser conocidas por los profesionales y directamente observables en las consultas.

2.13.1. Un apunte sobre condiciones legales de acceso al sistema sanitario y gestión de la TSI

Una de las primeras cuestiones que me llamó la atención durante el trabajo de campo fue la escasa información de la que disponían no pocos profesionales sobre los supuestos legales que regían, en ese momento, la atención a población inmigrante y de las dificultades legales y burocráticas que parte de esta población podía tener para hacer efectivo el derecho a la asistencia³⁶.

P.- ¿Tienen TSI?

R.- Ni idea.

P.- ¿Os informan sobre los requisitos legales para que se los atiendan?

R.- No, no tenemos ni idea... Si alguien aparece con un problema en la puerta, lo atendemos y, después, administrativamente, ya se apañaran, ¿no? Teóricamente, nuestro sistema cubre a todo el mundo, el Sistema Nacional de Salud, ¿no? (...) (Ginecóloga en un hospital)

R.- ¿Pero enseguida se empadronan, no? Por muy irregulares que estén, ya lo deben saber, ¿no? Y ahí se acabó el problema, ¿no? (Médico de familia en un CAP, mujer)

De hecho, en entrevistas, más de un tercio de los profesionales no tenían claros estos supuestos:

Valoración de los conocimientos en torno a los supuestos legales que regulan la asistencia en profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Correcto	38	63,3	63,3	63,3
Incorrecto o incompleto	22	36,7	36,7	100
Total	60	100	100	

Y esto no sólo entre profesionales de asistencia directa, lo cual podría ser bastante comprensible –aunque no puedan descartarse consecuencias en cuanto a la actitud durante la práctica clínica– sino, también, entre parte de los gestores y personal administrativo, lo que sí puede considerarse francamente grave.

P.- ¿Y los que no tienen alguno de los requisitos que has dicho? ¿Hay algún tipo de tarjeta provisional?

³⁶ El lector puede encontrar una explicación detallada de la normativa legal de las cuestiones que se tratan en este apartado en la Adenda al capítulo 3.

R.- Ah, pues no sé. [Son] pocos. En principio, no entran al amparo de la salud pública. O sea, claro, tienes que identificarte, ¿no?, tienes que saber con quién estás tratando. Y lo del empadronamiento... es un tema económico, ¿no?, nos pagan por habitante y si no constas como habitante, pues no hay dinero para los gastos, ¿no? El Servei Català de la Salut esto lo tiene clarísimo. (Profesional administrativo de un CAP)

Hablando en concreto de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), parece haber acuerdo en que la inmensa mayoría de la población inmigrante la tiene, especialmente a medida que aumenta el tiempo de estancia:

P.- ¿Tienen TSI?

R.- Sí, sí. Los que ya tienen niños, sí que la tienen. Ya llevan tiempo aquí y tienen los niños... (Pediatra en un CAP, mujer)

De hecho, parecería ser uno de los primeros trámites que muchos realizan, conscientes no sólo de su importancia para el acceso a la atención sanitaria normalizada sino también como documento acreditativo de la estancia y el arraigo:

P.- Los que vienen aquí, ¿tienen Tarjeta Sanitaria?

R.- Bueno, los que vienen aquí todos vienen a pedir la Tarjeta. Lo tienen que hacer, ya lo saben. Cuando vienen aquí igual ya hace tiempo que están en *** [cita una ciudad] o en el barrio. Claro, esto nosotros ya no lo sabemos. Supongo que unos se lo dicen a otros, 'lo primero que tienes que hacer es ir allí a coger la Tarjeta', que luego cuando se van a regularizar... pueden presentar la solicitud de la Tarjeta y es una de las cosas que luego les cuenta, a la hora de obtener la residencia. Así que es de lo primero que hacen. (Personal administrativo de un CAP)

Ahora bien, algunos pacientes sí carecían de TSI en el momento de solicitar la visita aunque hay que decir que se trataría de casos puntuales en la mayor parte de los colectivos y que sólo afectarían (en aquel momento) de manera más amplia a los sectores más desfavorecidos, especialmente de la población *rrom*:

P.- ¿Qué nivel socioeconómico tienen?

R.- Pues, en general, y en comparación con el paciente autóctono, sin duda es más bajo. La mayoría de ellas, las sudamericanas trabajan el 100% en el servicio doméstico, cuidando ancianos o limpiando. Los chavales estos [no acompañados que viven en centros tutelares], ya ves, no tienen ningún tipo de autonomía. Y casi todos los pacientes que tengo yo te diría pues que están en la franja baja de la estratificación. Muchos de ellos sin papeles, la mayoría no tienen permiso. Esto, una variable transversal a todos los grupos que te he dicho y que se repite como un motivo de preocupación constante. Algunos no tienen Tarjeta Sanitaria. Nosotros los atendemos a todos... (Psiquiatra en un centro específico para población inmigrante)

R.- Los gitanos rumanos, el problema es que no están empadronados. O sea, que no tienen domicilio. De estos sí que hemos tenido algún caso que no hemos sabido bien qué hacer. (...) Normalmente siempre contactamos con la trabajadora social. Lo que pasa es que estos que no tienen dirección... Y, claro, es complicado. Normalmente lo que intentan es buscar un domicilio donde se puedan empadronar. Pero alguno sí que nos ha dado problemas. (Profesional administrativo de un CAP)

No obstante, las dificultades para la obtención existiría y se centrarían, según la opinión de los profesionales y lo observado en los centros, en la ausencia de documentación identificativa (NIE o pasaporte en vigor) y, sobre todo, en las trabas para el empadronamiento. La primera de las circunstancias suele afectar básicamente a población llegada de manera irregular, en pateras o a través de la valla de Ceuta y

Melilla, que no suelen llevar encima la documentación para dificultar los trámites de repatriación si son detenidos. Aunque hay una situación, no extraña entre los *rrom* rumanos, que es la ausencia de pasaporte u otro documento identificativo y las dificultades para conseguirlo, derivadas de las circunstancias de marginación que tienen ya en origen³⁷.

En cuanto al empadronamiento, las dificultades aparentan ser burocráticas pero el trasfondo es, sin duda, de índole política. La más destacada, los impedimentos, que en diferentes grados, ponen algunos ayuntamientos para empadronar extranjeros, aludiendo, fundamentalmente, razones de sobreocupación en los pisos y, en algunos casos, infringiendo la ley de manera flagrante.

P.- ¿Os llega de Servicios Sociales alguna demanda de alguien que no cumpla estos requisitos?
R.- Pocos. Normalmente suele ser al revés, normalmente somos nosotros los que se los enviamos. Hemos tenido muy pocos casos, ¿eh? De problemas de empadronarse... en *** [cita el ayuntamiento] se sacó una ley en que limitaba los padrones en las casas... había casas que tenían cuarenta personas empadronadas, entonces, claro, se dieron cuenta y 'no, esto no puede ser'. Entonces, limitaron el padrón. Y hubo algún caso, alguna vez vino alguien 'oh, es que no me quieren empadronar'. Pues, claro, a ver...esto es un problema más social, ¿no? ¿Cómo lo arreglamos? Y alguno se intentó mandar a Serveis Socials ... y desde Serveis Socials, haciendo mediación con el Ayuntamiento, no cedieron... El Ayuntamiento tiene unas reglas de padrón... y no quieren saber nada. Pero son casos muy, muy puntuales. No sé, desde hace tres o cuatro años para allá que nos vino alguno, de subsaharianos pues igual hemos tenido dos o tres casos. (Profesional administrativo de un CAP)

La segunda dificultad ligada al empadronamiento se refiere a aquellas circunstancias en las cuales no existe una vivienda o ésta no puede calificarse como tal (barracas, naves industriales...). En este caso, las leyes contemplan el empadronamiento igualmente, pero se requiere la intervención de los Servicios Sociales para que acrediten que la persona realmente reside donde dice hacerlo, de manera que, en este punto, se movilizan tanto intereses políticos contrarios al empadronamiento de personas en estas circunstancias –especialmente claros cuando se habla de *rrom* en ciudades del área Metropolitana de Barcelona– y, tampoco se debe olvidar, la escasez de recursos personales y de tiempo disponibles habitualmente en los dispositivos de atención social. Sea por uno u otro motivo (aunque, opino, puede considerarse más grave el primero), tendríamos que tener presente que negando el empadronamiento no sólo se incumplen las leyes que lo regulan sino que se niega de manera implícita el acceso a un derecho reconocido por normas estatales (vigentes en el momento del trabajo de campo) e internacionales. La responsabilidad de los poderes públicos de garantizar el derecho a la atención sanitaria, especialmente en el caso de menores y mujeres embarazadas, pero también de la población con derecho legal a hacerlo, es ineludible y corresponde a los propios poderes y a las entidades cívicas y sociales garantizar su cumplimiento.

Aunque, claro está, las trabas no serían generalizadas en todos los ayuntamientos, de acuerdo con lo que perciben los profesionales³⁸:

³⁷ Para un abordaje completo de estas cuestiones remito al lector a: López O, Sáez M. (2009) *La població rrom immigrant de Romania a Catalunya: accés i ús dels serveis sanitaris catalans i situació de salut*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.

³⁸ A pesar de haber realizado observación participante tanto con los profesionales administrativos como de Trabajo Social en primaria, y, probablemente porque el tiempo dedicado en cada uno de estos

P.- La Tarjeta Sanitaria, ¿cómo la gestionáis vosotros?

R.- Interviene la trabajadora social, normalmente. En el CAP *** como teníamos mucha población inmigrante y había mucha gente que venía para hacer el trámite de la Tarjeta, porque esto les servía luego para el tema de la legalización en el país y así... lo tramitábamos desde las unidades administrativas. Entonces, si estaban contratados, ya no había problema porque iba vía INSS normal y corriente. Y si no, lo que hacíamos era hacerles firmar el documento aquel que solicitan el derecho a la asistencia para personas sin recursos, y tramitábamos la Tarjeta. Así se tramitan muchas tarjetas.

P.- Y el empadronamiento, me imagino...

R.- Sí, el empadronamiento. En el Ayuntamiento no les ponen muchas pegas. Los empadronan fácil.

P.- Esto varía de un Ayuntamiento a otro...

R.- Aquí no les ponen muchos problemas, yo creo que si llevan un recibo de luz o algo, ya enseguida, pues eso lo arreglan fácil. Nosotros no hemos tenido problemas para los empadronamientos.

P.- ¿No os habéis encontrado gente que os pide la Tarjeta sin empadronamiento, sin documentación...?

R.- No, les hemos dicho que nos hacía falta y nos lo han traído. No, no nos ha generado problemas esto. Al menos en el Ayuntamiento de ***, y en el de *** que yo sepa, tampoco. (Profesional administrativo de un CAP)

Y existiría una tercera dificultad, en cuanto al empadronamiento, de aparición durante el curso de la investigación, que se refería a la exigencia legal de renovar el empadronamiento por parte de los extranjeros cada dos años. Durante el trabajo de campo la información fue diversa y contradictoria respecto a las consecuencias de esto a nivel de la gestión de la TSI:

P.- ¿Que soliciten la Tarjeta y ya al momento soliciten la asistencia?

R.- No es habitual. (...) A veces cuando hacemos limpieza de la base de datos y tal, (...) te das cuenta de que vienen a veces a hacer la Tarjeta Sanitaria y ya no los ves más y luego te informan de que aquella persona se ha ido fuera de Cataluña. (...)

P.- Esto, ¿a vosotros os llega la notificación?

R.- Sí, vía RCA... Hay un Registro Central de información [Registre Central d'Assegurats], que es una base de datos del Servei Català de la Salut, todos los catalanes estamos allí. Entonces es, bueno, una base de datos que recibe información de diferentes sitios, de la Seguridad Social, por una banda; del INE, del Instituto Nacional de Estadística, en cuanto al empadronamiento. O sea, los padrones municipales informan al INE de las altas y las bajas que hay... entonces INE informa al RCA, hay diferentes canales. Nosotros también estamos conectados con RCA, una cosa interactiva, y cada día nos llega la información. Entonces, fulano de tal se ha ido o hay un problema en la ficha o han dejado de cotizar, entonces nosotros ya estamos advertidos y, si viene, pues se le dice, ¿no?, que falta el empadronamiento. El empadronamiento, los inmigrantes se dan de alta y tienen un período máximo de un año y antes de los dos años tienen que actualizarlo; si no, les dan de baja. (Profesional administrativo de un CAP)

departamentos no pudo ser el suficiente como para que pudiera dar ocasión a contemplar toda la amplia casuística, no observé ningún caso en que el usuario (o candidato a tal) hubiera referido una negativa por parte del ayuntamiento a ser empadronado, aunque sí, otras dificultades de índole diversa pero ni mucho menos generalizadas: personas antiguamente empadronadas en la vivienda que no se habían dado de baja al irse y seguían constando en los certificados, de forma que era complejo acreditar que ya no residían allí; dificultades para obtener permisos por escrito de arrendatarios de pisos en los que no había contrato de alquiler...; pero, y, sobre todo, desconocimiento y percepción de complejidad del conjunto de los trámites burocráticos. Como digo en una nota anterior, en López, Sáez, 2012, se trata este tema con más detalle y se recogen datos concretos de situaciones mucho más duras.

P.- ¿Y os informa el Ayuntamiento?

R.- Bueno, nos informa RCA, a través de los ayuntamientos y del INE. Entonces,... aquella tarjeta, con baja en el padrón, queda anulada. Entonces, claro, lo detectamos, por RCA, y cuando viene la persona: 'tienes que traernos un empadronamiento', 'ah, pero si yo ya estoy empadronado', 'y usted, ¿lo ha renovado?', 'ah, pues no'.

P.- ¿Tienen esta información?

R.- Yo creo que sí. Además se lo dicen, 'usted se da de alta tal día, esto es una licencia de dos años'. Y luego, me parece que les envían una carta antes de caducar... Pero tampoco nadie les dice que si no lo renuevan pierden el derecho, hasta que vienen aquí y nosotros se lo decimos, ¿no? 'Sin padrón, te vamos a dar de baja'. (Profesional administrativo de un CAP)

P.- Y el tema éste de que les caduca el padrón cada dos años. ¿A vosotros os llega esta información y los dais de baja o...?

R.- No, no. Esto debe de ser cosa del Ayuntamiento. Nosotros sólo pedimos el padrón para tramitar la Tarjeta y con fecha de tres meses, de caducidad.

P.- Lo que pasa es que los extranjeros cada dos años tienen que renovarlo...

R.- ¿El padrón? Pues no, no sabíamos.

P.- Una vez que estas dado de alta...

R.- No, no hay problema. (...) (Profesional administrativo de un CAP)

En realidad, esta divergencia de opiniones y procedimientos es una constante cuando se habla de la gestión de la TSI, algo sorprendente y preocupante tratándose de un trámite administrativo tan importante y que, sin lugar a dudas, no contribuye, precisamente, a mejorar la gestión de la atención, los conocimientos de los profesionales, la atención a los usuarios ni la convivencia social y en el propio sistema.

Aparte de las dificultades citadas hasta ahora, se dan, en el día a día, diferentes problemas en cuanto a la gestión de la TSI en población inmigrante. El primero se refiere al proceso burocrático de obtención, que, aunque probablemente no sea, ni mucho menos, el trámite más complejo al que tengan que hacer frente durante su periplo por las distintas administraciones, no es, ni mucho menos, evidente ni inmediato para todos ellos. Así, las dificultades para enfrentarse al entramado burocrático serán mayores cuando más diferencias existan en relación con la organización de la Administración con sus lugares de origen y también cuanto menor el tiempo de estancia y el manejo del idioma aunque, afortunadamente, irán descendiendo al incrementarse el tiempo en destino y, sobre todo, con la disponibilidad de red social de apoyo:

P.- ¿Conocen bien el itinerario para hacer la Tarjeta?

R.- Los papeles que tienen que traer ya los saben, yo supongo que se lo van diciendo y tal... porque ellos vienen y te dicen 'venimos a hacer la Tarjeta' y pocas veces aquello de 'no, le falta un papel', ya lo saben ellos. Y no es que nosotros les hayamos informado o sea, que han venido, han preguntado, normalmente yo supongo que se lo dicen entre ellos. (Profesional administrativo de un CAP)

Y, un apunte sobre esto, para ayudar a contextualizar las situaciones y las dificultades que se les asocian: aun cuando los sistemas de origen y destino no sean tan diferentes ni la precariedad social o económica tan acentuada, el itinerario burocrático sí puede resultar complejo y lo es incluso para personas autóctonas. Un ejemplo: para que un recién nacido hijo de padres con nacionalidad española obtenga la TSI es necesario acudir a cuatro lugares diferentes: al Registro Civil (ambos progenitores en caso de que no estén legalmente casados), a la Oficina de la Tesorería de la Seguridad Social, al Ayuntamiento y, finalmente, al CAP. En el caso de hijos de padres extranjeros, la

burocracia se complica y lo hace todavía más si añadimos, como vemos, situaciones de precariedad:

P.- Para hacerles la Tarjeta, ¿cómo funcionáis?

R.- Bueno, pues la Tarjeta es fácil. Para la Tarjeta tienen que traer la hoja del padrón, que estén empadronados en el barrio, de no más de tres meses. Porque como se cambian de piso como el que se cambia de jersey [Se ríe]... Y el pasaporte o el NIE, que no esté caducado. Esto varía, ¿eh? Otras veces podía estar caducado, ahora no tiene que estar caducado... Esto depende ya de otros departamentos que también veo que cambian de opinión, también. Y luego para los niños tienen que traer ya más papelorios. Pues el libro de familia... o la hoja de su país.... Si los niños son de fuera, que conste quién es el padre y quién es la madre porque tenemos mucho lío porque entre que le explicamos...y, bueno, el libro de familia o la hoja de registro civil, claro, muchos nos lo traen de su país y lo traen en su idioma. Entonces hasta ahora lo tenían que traducir y hace unos quince días o así que han quitado esa norma y ahora no hace falta que lo traduzcan. Pueden traerlo tal cual. Libro de familia, fotocopia de DNI de los padres y, bueno, de los niños que son de fuera su pasaporte, también, y si están registrados en la Seguridad Social, pues la hoja de la Seguridad Social. El trámite es bastante..., es bastante sencillo. Y los papeles pues tampoco es que sean... pero, bueno. (Profesional administrativo de un CAP)

Los cambios de domicilios, relativamente frecuentes, no ayudan tampoco a simplificar la situación:

P.- ¿Y las recogen aquí o se las mandan a casa [las TSI]?

R.- Algunas las recibimos aquí, por problemas de que los buzones los tienen rotos... o que hay bastante vandalismo en la portería. Pero de todos, de toda la población. Pero no tenemos un gran volumen, a lo mejor tenemos cincuenta o sesenta cartillas. Porque además tenemos el problema de que tardan mucho. En principio, en una semana tendrían que llegar. Y no llegan.

P.- ¿Os dicen a veces que se han cambiado de domicilio?

R.- No. Cuando vienen a reclamar 'Es que hace un mes que...'. Porque, eso sí, son muy exigentes. Hacen la cartilla y puedes tenerlos aquí, en una semana tres veces que vienen: '¿Y la cartilla? Que no me llega la cartilla'. "Bueno, tranquilo. Hace una semana que te la hemos pedido'. Y a veces tarda tres meses en llegar. Y entonces... (Profesional administrativo de un CAP)

P.- Hablábamos del cambio de domicilio...

R.- Ah, entonces, tú le dices '¿Pero usted vive en tal sitio?' 'Ah, no. Es que vivo ahora en tal otro'. 'Ah, pues entonces igual te la han mandado a aquel'. Pero bueno, como siempre están en esos pisos que son multitudinarios, pues siempre tienen algún amigo que se la puede coger. Nos enteramos de los cambios... pero muy pocos vienen a cambiarse la dirección... porque sí. (Profesional administrativo de un CAP)

Y también debe señalarse, aunque parezca contradictorio con alguna de las citas anteriores, que se trata de un proceso burocrático cuya complejidad o, más bien (en ocasiones) cuya falta de claridad y estabilidad, también afecta a algunos de los propios profesionales encargados de desarrollarlo:

P.- Una vez que estas dado de alta...

R.- No, no hay problema. Sí que es verdad que, como son transeúntes [se refiere a personas inmigrantes, en general], pues que a lo mejor están aquí y luego... una vez que te visitas, por ejemplo, en otro ambulatorio que no es el tuyo o en un hospital... el servicio (bueno... en algunos, no en la gran mayoría... se supone que en toda Cataluña tendría que ser así) te da de baja automáticamente por traslado. Una vez que te hayas visitado. A lo mejor tú te vas de vacaciones a Lérida y por lo que sea vas al ambulatorio y entonces, si es el mismo sistema informático que nosotros tenemos, que es el SIAT, entonces te da de baja por traslado. Y otra cosa también... si es en la misma provincia. Porque hoy hemos tenido un caso de un señor que ponía 'Fuera de Cataluña'. Lo que pasa es que me ha dicho que se iba a Manresa y eso no es

fuera de Cataluña. Esto también, claro, no depende sólo de nosotros. Depende de la Central.(...). Antes poníamos el NIE... pues teníamos que poner otra identificación, ¿no? O sea, el DNI es la D, el NIE ahora es la N y antes era una T. ¿Por qué? Pues no se sabe. Y entonces todos estos que estaban con T, para podérselo cambiar... Porque, entonces, con otro sistema informático que usábamos no lo identificaba porque era diferente letra. Y nos daban a todos de baja por traslado. Entonces era la única manera de que nos diéramos cuenta de que teníamos que cambiar lo del NIE. (Profesional administrativo de un CAP)

Incluso podría resultar cómico si no fuera porque estamos hablando de un requisito imprescindible para acceder a un derecho humano básico.

Otro hecho que hay que destacar es que, aunque la vía más frecuente para la obtención de la TSI es a través de la cotización a la Seguridad Social, no es la única sino que existe una multiplicidad sorprendente de formas de acceso, bastante desconocidas por los profesionales de asistencia directa e incluso percibida como compleja por los responsables de gestión de las TSI.

R.- No, bueno, hay diferentes tipos de tarjeta, diferentes coberturas. Sí, hay seis ya, hay seis tipos. Porque hay según la entidad de cotización... el 90% de la gente es una persona que cotiza o que ha cotizado a la Seguridad Social directamente, pero luego hay otros grupos: como Muface Hay una tarjeta que es la tarjeta de nivel 1, que decimos, que sólo tienes derecho a los programas del Departament de Salut, que son normalmente estos programas de SIDA, vacunación antigripal... sin asistencia. Esto puede ser gente o profesionales liberales. Pueden ser autónomos o no. Luego la del Régimen normal [General], que hay dos, dos tipos: la cobertura sanitaria general al 60%, con cobertura normal, y al 100%, que son los activos y los pensionistas. Ah, ahora han creado un grupo que tiene una escala especial para Pamem, que es una entidad que son trabajadores del Ayuntamiento de Barcelona que cotizan a la Seguridad Social pero tienen esta aseguradora. (...) [Piensa] Ah, vale, hay unas..., lo que pasa que cada vez ya hay menos en España..., entidades colaboradoras de la Seguridad Social; esto era antes... que grandes empresas como podía ser la ONCE, la Caixa, con unas condiciones especiales... lo que pasa es que esto se creó y ya cada vez hay menos... estos acuerdos ya no... (Profesional administrativo de un CAP)

El modo concreto de gestión de la TSI puede variar también según los centros, dándose el caso, por ejemplo (en alguno de ellos con un volumen importante de población extranjera en situación irregular o con dificultades para los trámites), en los que la totalidad o la mayoría de las Tarjetas se gestionaban directamente por los trabajadores sociales. Y esto no sólo por su mayor conocimiento de los trámites y recursos alternativos a las formas de acceso mayoritarias sino también y en algunos CAPs de manera especial, por la ocasión que suponía para detectar (y, potencialmente, actuar sobre) situaciones de precariedad, no sólo entre población inmigrante. Aunque, como pude comprobar durante el trabajo de campo, ésta era una posibilidad que se planteaba como interesante, en algunos centros acabó rechazándose, bien por temor a estigmatizar a la población inmigrante (presuponiéndoles de entrada una situación de precariedad que no siempre tienen y cuya asunción podía, además, ofenderles), a molestar o generar agravios comparativos con el resto de los usuarios o, sobre todo, porque la disponibilidad de trabajadores sociales en los centros no siempre lo permitía:

R.- En el CAP *** la coordinadora de trabajo social que tenemos siempre dice que la trabajadora social tendría que intervenir siempre porque detectas muchas cosas cuando haces la Tarjeta. Lo que pasa es que para facilitar el trámite a la gente, pues nosotros, si era gente que no estaba trabajando, pues no tienen recursos y estaba claro, ¿no? Y al menos les tramitábamos la Tarjeta. Pero, luego, si hay *quelcom* más añadida que nosotros... ya citamos a la trabajadora social. Si no, también la trabajadora social se pasaba el día haciendo tarjetas y tampoco...; nos parecía una

pena, porque luego la gente que necesita su recurso, lo tenía más difícil para acceder. Depende del centro nos lo combinamos, según cómo lo tengamos montado; hay de todo. (Profesional administrativo de un CAP)

Otra dificultad, de índole administrativa, apuntaría, esta vez, no a las condiciones sociales de los usuarios sino a la rigidez de la burocracia asociada a la TSI y a la calidad de la información que se recoge en las propias tarjetas o en la documentación identificativa de los usuarios y se referiría a la existencia, no mayoritaria pero tampoco infrecuente, de tarjetas con fechas de nacimiento que no se corresponden con las reales –bien porque se desconocen, bien porque no se registran en los documentos en origen o no con el mismo formato– con nombres duplicados o mal registrados –por la dificultad de escribir algunos nombres, la posibilidad de hacerlo de diferentes maneras, la ausencia, frecuente, de dos apellidos o la confusión, también frecuente, entre nombre y apellidos. En cualquiera de las circunstancias, la gestión de las altas o las citas del paciente, puede complicarse, requerir un tiempo mayor que para otros usuarios y, también, y esto es más grave, incrementar el riesgo de errores en el manejo clínico del paciente:

R.- Paquistaníes tenemos pocos... Pero a veces te equivocas... y cuando le abres la historia es un nombre con un pequeño error y ya no hay manera de encontrar esa historia y bueno... Eso que tienen mucho cuidado las secretarias, porque ya saben que luego se encuentran este problema. (Ginecóloga en un hospital)

R.- (...) Además ellos casi todos no tienen fecha de nacimiento, sólo el año. Entonces todos son uno [del día uno de enero...]: setenta y cinco, setenta y ocho, ochenta y seis... el año que sea, ¿no? Y claro [tenemos también dificultades con los nombres]... pues no sé, los Mohammed [porque] son las mismas iniciales, pero nosotros tenemos un código que es lo mismo: la fecha de nacimiento y en vez de ser las dos primeras es la primera letra de cada apellido. Como ellos sólo tienen uno... Que eso también tenemos problemas con el Ayuntamiento. Pues, bueno, los dan de alta o... ellos siempre es dos nombres y un apellido. Alguno... rara vez... dos apellidos no tienen nunca, pero, según como esté escrito en el pasaporte, pues... no [les] deben preguntar y, a lo mejor, le ponen el nombre como primer apellido y entonces... es ya para volverse loca. Claro, porque tú lo buscas y a lo mejor está dado de alta... Tienes que hacer todas las combinaciones posibles para a ver si lo localizas, ¡se nos hacen unas colas...! (...) porque además, pues perfectamente podíamos hacer en una mañana sola quince o veinte tarjetas, menos los lunes que ya tenemos colapsados con las urgencias. [Se ríe] (...) Y, claro, te vuelves loca. A ellos les da igual, les dices ‘¿Tu nombre cuál es?’ y te dicen ‘Mohammed, no sé qué padre, Ahmed, apellido’. Y tú ‘Sí, pero es que está al revés’. ‘No, nombre’. ‘Es que te has puesto el nombre de segundo apellido’. No es lo mismo llamarse Pedro Antonio Juan que Juan Antonio Pedro. Y, entonces, esto también... ‘Ah, pero da igual’. ‘No, no da igual. ¿Cómo va a dar igual?’ Y, entonces, otra vez al Ayuntamiento a cambiar el padrón y que volvieran porque tenía que cuadrar el pasaporte con la hoja del padrón. Y entonces, esto, a veces si son las primeras visitas, pues se nos puede colar a nosotros perfectamente y al médico. Pero ya si alguno de ellos ha tenido algo más importante... (pues que... yo qué sé, se le ha hecho un análisis o...) entonces la doctora a lo mejor se da cuenta o se acuerda por lo que sea... ‘Pues si es que a mí este me suena que tenía no sé qué y que...’ Y, entonces, al final, averiguamos que es otra persona que se está visitando con la misma cartilla.

P.- Esto es un problema...

R.- Es un problemón.

P.- Y, ¿cómo se puede solucionar?

R.- Pues no lo sé, hija. Si tienen ese nombre, pues no le veo solución. Como no les cambiemos nosotros el nombre y los bauticemos... [Se ríe] Claro, también es culpa nuestra, en parte...; cuando se abrió este ambulatorio, la gran mayoría de población... el 85% de población era gitana. Y aquí pues es *campi qui pugui* y están acostumbrados a venir sin Tarjeta, nunca traen la Tarjeta. Casi nunca. Entonces, ‘La Tarjeta’, ‘¿Tarjeta? Si nunca me piden la Tarjeta’, ‘Bueno,

pues alguna vez tiene que ser la primera'. Claro, entonces no nos hemos cuadrado desde la primera vez. 'Si no vienes con Tarjeta, no'. 'Dime el nombre' y entonces te dicen [nombres ficticios] 'Juan Amaya', por ejemplo, ¿no?. 'Amaya ¿qué más?'. 'Amaya Flores'. '¿En qué año nació?'. 'Pues yo qué sé, en el ordenador viene'. Claro, Juan Amaya Flores te pueden salir diez. Entonces, '¿en qué calle vive?'. 'Pues aquí en *** [cita el barrio donde está el CAP]'. 'Ya, pero aquí en ***, ¿dónde?'. 'Pues aquí niña, aquí en ***, ¿dónde voy a vivir? Pues aquí en la calle del ***'. 'Pero dime el nombre de la calle, mujer, que *** es muy grande'. Entonces ya estás diez minutos y dices, bueno, y entonces *pum pum pum* y por la calle lo sacas, ¿no? O por los años aproximados que te dice que tiene. También es fácil equivocarnos por eso. Y con los *pakis*... entre que tienen el nombre igual, no fecha de nacimiento, son todos el uno del uno y no sé por qué no les ponen fecha porque todos nacerán en un día o en un mes, ¿no? (...), entre que cambian de dirección, a lo mejor esto, pues Mohammed... Con estos datos me salen 20 pacientes iguales. Bueno, lo único que cambia es el nombre. Pero, bueno, de nombre a lo mejor son 6 o 10. Entonces empiezas 'Calle no sé qué. ¿En qué calle vives?'. Y éste a lo mejor se ha cambiado de calle y a nosotros no nos lo ha dicho. Entonces, claro, es mucha pérdida de tiempo que, bueno, pues esto consume. [Se ríe] (Profesional administrativo de un CAP)

Esta situación es frecuente especialmente en el caso de población de la zona del Punjab, donde los hombres comparten la partícula *sing* y las mujeres la *kaur*, en lo que, según nuestra nomenclatura habitual, sería el primer apellido. Pero no es exclusiva de estos usuarios sino que es muy frecuente también en aquellos en la identificación de los cuales figura un solo apellido y uno o dos nombres.

R.- (...) Te puedo decir, por ejemplo, de los indios, de los punjabis, ¿no? que llevan *sing* y *kaur*. Entonces suele haber problemas, también. Si identificas el número del NIE, no tiene que haber problema. Pero bueno,...cuesta un poquito más de buscar por el NIE. (Mediadora de la zona indopakistaní)

Y, al hilo de lo anterior, un apunte sobre los datos recogidos en la TSI y los registros de los CAPs y de los hospitales. Son, sin ningún género de dudas, una fuente inestimable de datos estadísticos que podrían utilizarse para la investigación y que sería necesario unificar y mejorar:

P.- En la Tarjeta, ¿qué datos recogéis?

R.- En casi todas las Tarjetas de cada Comunidad Autónoma consta el número de la Seguridad Social y en el ICS, de aquí en Cataluña no. Constan las dos iniciales del primer apellido y las dos iniciales del segundo apellido, cero si es hombre, uno si es mujer y la fecha de nacimiento al revés, invertida, ¿vale? Entonces es, año, mes y día. Y luego lleva unos códigos... suele ser cero cero y un numerito. Como el DNI, ¿no? Cuando te toca la letra que te toca pues ese numerito último suele ser número aleatorio. Y el nombre y el apellido; y si es farmacia gratuita, pues lo que era pensionista antes y si no, pues no pone nada. Y fecha de caducidad, tampoco.

P.- ¿Nombre, apellidos...?

R.- Nombre, apellidos, la fecha de nacimiento, el DNI, el número de la Seguridad Social, si es pensionista o activo... bueno, si es beneficiario o titular, la calle... y ya está.

P.- ¿Y el país de nacimiento?

R.- Bueno, sí. En los extranjeros, sí, el país de nacimiento. Nacionalidad. Al principio. Antes de poner el nombre ya viene la nacionalidad. Y el que más usamos pues es el 586 que es Pakistán.

P.- Es que no tenía claro si se registraba el país de nacimiento o la nacionalidad...

R.- Sí, los españoles, no, pero la nacionalidad, sí. Bueno, ponemos la de los extranjeros. (Profesional administrativo de un CAP)

Y en relación con la gestión de la TSI, todavía una cuestión más, a mi juicio sumamente preocupante: las diferencias en las tramitaciones, ya en aquel momento, de las circunstancias especiales entre los centros, sobre todo las relativas a los niños y a las mujeres embarazadas.

R.- (...) Es que las embarazadas y los niños... Bueno, a los niños, sin empadronamiento, se les da cobertura.

P.- ¿Les hacéis una Tarjeta normal o especial?

R.- Normal, normal. A los niños, a las embarazadas no se les hace Tarjeta si no presentan un empadronamiento. Se las atiende durante toda la gestación, pero no se les tramita ninguna Tarjeta. O sea, es a fondo perdido. Se les avisa... hay muy pocas, ¿eh? Es que esto del empadronamiento aquí, como que lo hemos exigido siempre mucho, aquello que dices 'no, no, esto es básico', oye, ningún problema. Si nos hubiéramos apocado... no sé qué hubiera pasado, eh? Pero, bueno, la cantidad de altas que hacemos y de tarjetas, *Déu n'hi do*. (Profesional administrativo de un CAP)

L.- ¿Cómo se atiende a las embarazadas?

P.- Tengo entendido que hay algún tipo de Tarjeta que cubre la asistencia pero no las prestaciones farmacéuticas.

R.- Antes se había hecho eso. Se había hecho antes, aquí también

P.- ¿Pero aquí no existe ya este tipo de Tarjeta?

R.- No, ya no. De los modelos de Tarjetas que tramito aquí no hay ninguna de estas. (Profesional administrativo de un CAP)

Pero:

P.- ¿Y a los menores de dieciocho años y a las embarazadas les hacéis algún tipo de Tarjeta o...?

R.- Sí, la misma. Se tramita la misma. Lo que pasa que luego donde va la tramitación es al ICS y pues los ponen en otro grupo especial o con otra modificación especial. Pero la Tarjeta es la misma.

P.- ¿Y da derecho a lo mismo?

R.- Sí.

P.- ¿Y también a la prestación farmacéutica? Porque hay otro tipo de tarjetas que no incluye la prestación farmacéutica...

R.- No. Ahora todos. A los únicos que no les entran las recetas, es a los que no tienen papeles.

P.- Y las embarazadas después de dar a luz ¿qué pasa con esa Tarjeta?

R.- Da igual, si la Tarjeta ya sirve para siempre.

P.- ¿Ya sirve para siempre?

R.- Sí. Y lo de los niños igual. (...) (Profesional administrativo de un CAP)

R.- Es que no tenemos ningún problema para tramitarlas. Las tramitamos al momento y no... no nos han generado conflictos esto. No. Lo hemos podido tramitar bien. (Profesional administrativo de un CAP)

En el caso de mujeres embarazadas y menores, me consta (como al resto del equipo de investigación) que estas trabas o impedimentos, aunque muy infrecuentes, también existían, fuera por la ausencia de criterios de actuación claros con estos grupos de población o por la variedad de directrices entre los centros sobre cómo se debía actuar. Hay poco que decir o, más bien, hace falta decir poco: es indigno e inmoral. Nuestra actuación en esta materia definirá no sólo qué tipo de sistema sanitario tenemos y queremos sino, también, qué tipo de sociedad somos.

Continuado con el proceso burocrático de gestión de las TSI, todavía hay otros aspectos que conviene destacar. En primer lugar, de otra índole y muy difícil de dimensionar, pero presente –puedo afirmarlo sin temor a ser injusta ni a resaltar sólo situaciones extremas– estarían las cuestiones relacionadas con el trato humano. Los mostradores de entrada de los centros son lugares de interacción personal donde muchas veces se pone

de manifiesto cómo es el trato que la sociedad mayoritaria en general, los representantes de su organización administrativa y las personas en particular, dan a los extranjeros o, al menos, a una parte de ellos. Y son la puerta de entrada para el ejercicio de un derecho humano, recordémoslo, legalmente reconocido, algo que no tendríamos que olvidar cuando se establecen actividades de formación orientadas al personal administrativo de los centros. Aunque, insisto de nuevo, esto no significa que no se deba, también, reconocer las situaciones complejas y precarias en las que a veces realizan su trabajo y que las situaciones incómodas o tensas y las actitudes de escasa educación o incluso francamente violentas pueden darse por ambas partes.

La ausencia de TSI tiene varios tipos de consecuencias. La primera y más evidente es la imposibilidad de acceso a los servicios normalizados de atención dejando como únicas vías posibles los centros específicos para población inmigrante que, en su mayoría, no la exigen, y la atención de Urgencias. Ahora bien, el desplazamiento de población sin TSI a estos dispositivos tendría, como ya he mencionado en el Capítulo 3, consecuencias negativas sobre la salud de los pacientes, sobre los servicios sanitarios y sobre la opinión pública. Sobre la salud de los pacientes porque la ausencia total de atención tendrá, sin duda, consecuencias negativas, pero éstas aparecerán también si sólo se permite la atención a urgencias, puesto que no se garantiza la resolución del problema inmediato y se impide el adecuado seguimiento de los cuadros. Por su parte, los servicios sanitarios también se verán afectados: los de Urgencias, porque acaban recibiendo personas que no tendrían que dirigirse a ellos de acuerdo con criterios clínicos, aumentando la ya grave saturación de estos servicios, pero también los servicios de primaria, que recibirán mujeres embarazadas y niños que no siempre constarán en sus cupos, con las consecuencias negativas para la contabilización de la población atendida y de los presupuestos asignados:

R.- Bueno, vienen a veces sin Tarjeta, pero suele ser gente que se la ha dejado... Y buscamos, porque nosotros tenemos acceso al Registro Central de Asegurados del CatSalut y, entonces, con el CIP ya tenemos suficiente. Y si no, son los que nos van quedando colgados en la factura y cada mes los llamamos y miramos que vayan a su centro, que hagan los trámites... Pero a veces nos queda pendiente porque es población que da muchas vueltas y entonces, a lo mejor no acabamos localizándolos, o se cambia el móvil, o... de difícil contacto.

P.- Los llamáis...

R.- Sí. Normalmente los llamamos para que vayan a su centro de atención primaria... (...) Aparte, utilizamos una vía un poco más así, le decimos "es que si no nos hace llegar la Tarjeta le vamos a tener que cobrar la visita porque esto no puede ir a cargo del CatSalut, si no está acreditada y tal". Y bueno, algún caso nos queda colgado siempre a finales de año, pero tampoco son muchos. En relación a la actividad que tenemos es muy poquito, es muy poquito. (Profesional administrativo de un CAP)

Y las consecuencias negativas se extenderán, como decía, también, sobre los profesionales, especialmente de Urgencias y atención continuada –porque sienten que son los depositarios de problemas no exclusivamente sanitarios o al menos la resolución de los cuales no es sanitaria, y se incrementa su carga de trabajo de manera injustificada– y también entre la opinión pública, porque se genera la sensación de un mal uso de los servicios por parte de estas poblaciones, de irregularidad y desorden, que no beneficia a la convivencia y al reconocimiento de derechos.

Una de las alternativas utilizadas por las personas que no tienen TSI es utilizar la de otra persona. No se trata, ni mucho menos, de una situación frecuente, pero sí se ha dado en algunos casos, con las dificultades y riesgos a nivel sanitario que pueden imaginarse:

P.- ¿Os habéis encontrado con personas que vengan con tarjetas de otros?

R.- Algún caso hemos tenido. Yo recuerdo una vez, en el CAP ***, con un [paciente del] colectivo senegalés, ... ahora ya intentamos repartirlo, las cargas asistenciales de los médicos de familia... se está trabajando para poder repartir... O sea, que si tienes más volumen de crónicos, pues tengas menos cupo... y la población inmigrante también. Lo que pasa es que nos cuesta trabajar los datos porque no lo tenemos lo bien que queríamos... pero, bueno... Me acuerdo que [en el caso de esa persona senegalesa] abrimos un cupo nuevo con una doctora... y empezó a tener mucha población senegalesa, de un colectivo que llegó, se instaló... Y ella, pues claro, los conocía mucho a todos; y una vez le viene uno y ella le dice 'tú no eres... el de la Tarjeta, tú no eres', y él, 'sí, sí', y ella, 'no, no, tú no eres. A ver, que yo le he visitado a este y tal...'. Alguna vez sí que nos hemos encontrado. Por ejemplo, en el CAP *** yo no recuerdo ningún caso. A lo mejor no nos hemos enterado, pero... yo creo que fue porque todo el tema de la Tarjeta lo trabajábamos muy bien con *** [cita el nombre de una administrativa procedente del mismo país de origen que parte de la población inmigrante que atienden] y entonces la gente tenía muy claro que no pasaba nada y podía venir. Sí, yo creo que si lo hacen es más por, el miedo a que les digan que como no tienen papeles no les van a querer atender. Y entre ellos, pues, se dejan la Tarjeta. Y la tarjeta no lleva foto ni nada y no se puede identificar. (Profesional administrativo de un CAP)

2.13.2. *Patrones de uso de los servicios de salud*

Más allá de las dificultades derivadas de la gestión y la propia disponibilidad de la TSI, tanto los profesionales consultados como la observación en los centros sanitarios permiten apuntar la existencia de posibles desigualdades sociales en salud relacionadas con los patrones de uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, algunas de las cuales, como vimos en el Capítulo 2, aparecen mencionadas en la bibliografía.

Entre estos patrones de uso, los elementos más mencionados por los profesionales, en cuanto a su peculiaridad para la población inmigrante estarían, fundamentalmente, la preferencia por los servicios de urgencias, las ausencias y retrasos injustificados, las dificultades o peculiaridades en cuanto al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y el nivel de frecuentación y de exigencia y conflictos.

Veamos cada una de estas cuestiones por separado.

2.13.2.1. Uso preferente de los servicios de urgencias

Sin duda, una de las cuestiones más destacada por los profesionales y que, como vimos, ocupa más páginas en la bibliografía especializada, sería la tendencia por parte de la población inmigrante o ciertos sectores de ésta a acudir preferentemente a los servicios de urgencias, sobre todo hospitalarios, en detrimento de los servicios de primaria y las citas programadas:

R.- Ellos [se refiere a población paquistaní] siempre vienen de urgencia. O sea, las visitas son urgentes y muy pocos vienen a las visitas, en el sentido de que... si tú le das visita para la semana que viene, pues ya no viene... La mitad de las pruebas que se les mandan, nunca se las hacen... O sea, mayoritariamente, vienen de urgencia. Entonces, les preguntas, 'Pero, ¿qué te

pasa?'. 'Pues, picor'. '¿Cuánto tiempo?'. 'Tres meses' o 'Cinco años'. Y quieren urgencias para hoy y ahora y si no, pues nada, ya se van y ya. (Profesional administrativo de un CAP)

R.- (...) Mucha urgencia, mucha urgencia. Hemos creído que a veces es mejor no poner agenda y que sea todo urgente. [Se ríe] Sí. Es tipo panadería, aquí. 'Vengo a buscar una de cuarto'. 'No tengo una de cuarto'. 'Pues da igual, una de medio, una de pan de *pagés* o lo que tengas'. Pues esto es lo mismo, ¿no? Si no es mi médico, pues da igual, que me visite otro, ¿no? Y con los pediatras, pues también pasa lo mismo. O sea, es una población que... o sea, lo que exige es que sea cuando a ella le va bien. Llamam a las diez de la mañana: 'Dame una visita para el pediatra', 'No, es que el pediatra visita por la tarde'. 'No, es que la quiero ahora'. Pues porque voy a trabajar', porque 'el niño está en el cole'... Entonces no es urgente. Si el niño está en el cole no se considera una urgencia. Si ha podido ir al cole, pues puedes esperar a la tarde o puedes esperar a mañana, porque a lo mejor llaman a la una del mediodía que quieren visita y el pediatra pues ya está casi acabando de visitar. Y eso, la mayoría... La urgencia, para ellos es urgencia siempre, ¿eh? (Profesional administrativo de un CAP)

El tema es de abordaje difícil, si pretende hacerse de una manera seria y responsable. En el caso de esta investigación, comienzo reconociendo algunas limitaciones para llegar a hipótesis sólidas sobre esta cuestión: en primer lugar, la imposibilidad, ya explicada, de realizar observación participante en contexto hospitalario, de manera que la fuente de datos se reduce, en este ámbito, a lo expresado por los profesionales, bien en las entrevistas formales, bien en las más o menos informales durante las visitas a sus centros de trabajo; en segundo lugar, la dificultad, ya explicada también a lo largo del Capítulo 1 y, por tanto, común a otras investigaciones, para utilizar con garantías (para que las comparaciones pudieran ser consistentes) los datos estadísticos disponibles en lo que se refiere a las características demográficas de las poblaciones asignadas a los centros; y, en tercer lugar, las características de los barrios (y, por extensión, de los centros sanitarios) en los que trabajé, en los que era frecuente, lo veremos con más detenimiento en el próximo capítulo, una cierta polarización de la población en dos grandes bloques (aunque, obviamente no en cuanto a la totalidad de los habitantes): ancianos autóctonos y población joven, porcentualmente importante de procedencia inmigrante y autóctona gitana, que frecuentemente compartirían, entre sí, y con la población autóctona no gitana de las mismas franjas de edad, una situación de pobreza y/o exclusión social. Esta polarización haría imprescindible que la comparación de los patrones de uso tuviera, entonces, en cuenta las distintas variables socioeconómicas y no sólo la condición de inmigrante o la diferencia cultural. Así, creo estar en condiciones de afirmar que si se excluyera de la comparación a la población autóctona anciana (con patrones, reconocidos en la bibliografía, propios en cuanto al uso de los servicios) y ésta se estableciera entre franjas de población de edades similares (para ambos sexos) y condiciones laborales y socioeconómicas equiparables, las diferencias en cuanto al uso de los servicios de urgencias o a la búsqueda de soluciones más o menos inmediatas que se presentan en parte de la bibliografía se diluirían de manera considerable. Y creo (pero lo creo no sin fundamento sino basándome en mi trabajo de campo) lo harían más aún si se realizaran ciertas labores de información sobre el funcionamiento del sistema sanitario a la población inmigrante (que disminuirían el impacto que en cuanto al uso de los servicios pueden tener las diferencias entre los sistemas sanitarios de origen y de destino y las expectativas que pueden llevar asociadas) y también a la población mayoritaria de algunos sectores (con algunos comportamientos de alto nivel de exigencia en cuanto a las formas de uso de los servicios, por patrones culturales de valoración del bienestar y del ejercicio de los derechos ciudadanos). No digo, no lo he dicho, que los patrones de uso de los servicios

de urgencias por parte de la población inmigrante no pudieran continuar siendo diferentes por razones culturales relacionadas con las concepciones de la salud y la enfermedad, de las causas de los cuadros y de su gravedad o de las posibilidades del sistema, pero sí digo, que no serían, probablemente, tan acusadas como puede parecer cuando se lee la bibliografía o se escucha a algunos profesionales. De todas formas, y como es obvio, sería necesaria una investigación que superara (en la medida de lo posible) las limitaciones que acabo de señalar y se centrara específicamente en estas cuestiones. Tentador....

Algo de lo que acabo de decir lo señalan también algunos (no muchos) profesionales, que mencionan un uso de los dispositivos de urgencias similar en algunas franjas de población autóctona, especialmente, pero no en exclusiva, de etnia gitana:

P.- ¿Y esto todos los grupos?

R.- No, los rumanos. No, perdona, los paquistanís. O sea, aquí la urgencia funciona mucho. Los gitanos también de aquí, también. Siempre son urgentes, ¿no? Pero, bueno, al poder comunicarnos con ellos pues es más factible. (...) (Profesional administrativo de un CAP)

Veamos, entonces, ahora, los motivos que los profesionales suelen señalar para explicar el uso preferente de los servicios de Urgencias hospitalarios o de Atención Continuada de los CAPs. El primero suele ser el desconocimiento del funcionamiento y estructura de los servicios sanitarios:

P.- Ellos se pasan entre ellos lo que tienen que hacer ... no se plantean que es una ambulancia... Su vecina, amiga, no sé qué le ha dicho que cuando piense que se pone de parto, llame a este teléfono. No se plantean más, yo creo. (Médico 061)

Y en este motivo merece la pena que nos detengamos un poco puesto que tendría diferentes ramificaciones. A menudo, los profesionales mencionan lo que definen como falta de cultura sanitaria, que relacionarían, por una parte, con el desconocimiento que acabo de mencionar de las características del sistema sanitario, de forma que se menospreciaría o se ignoraría la posibilidad que ofrece de disponer de un médico de familia que haga el seguimiento de los cuadros y la necesidad de seguir, tal como se indican, las pautas terapéuticas:

R.- Per l'idioma o perquè busquen la immediatesa i no troben una solució a vegades venen a la consulta. A vegades sí que són una mica més freqüentadors... Una vegada van a la consulta i tens una mica més de temps... no, no els trobo més freqüentadors... Però sí que són molt d'immediat... són joves i molt d'immediat, i quan ja li dius de concertar visita per un altre dia, si el problema s'ha solucionat, ja no tornen a venir... [...] 'Vinc perquè tinc una consulta concertada amb la doctora', això no. (Médico de familia en un CAP, mujer)

R.- Programados... Le remites *al*... Le das tratamiento, le remites a su médico de cabecera y muchas veces a esa visita... a mí no me llegan o al médico que le corresponde o a la doctora que le corresponde no le llega. (Médico de familia en un CAP, hombre)

R.- Igual es que...es cultural... Lo del seguimiento, que alguien te haga un seguimiento sanitario igual no lo... En su país no se contempla o no tienen... el sistema sanitario no es suficientemente potente como para hacer un seguimiento o medicina preventiva sino que sólo hacen medicina curativa y ya está. (Médico especialista en hospital)

Algo que tendría relación, también, con la necesidad de buscar soluciones rápidas en el contexto de sistemas de origen en los que se cobra por consulta o por actuación, lo que llevaría aparejado tanto un cierto derecho atribuido a que la atención fuera resolutoria como, también, el deseo de que no se prolongara en el tiempo o, incluso, la imposibilidad de acudir y el recurso a la automedicación:

R.- Es ir al médico y decirle que ya quieren saber lo que tienen... y no esperarte mucho. Porque allá es un poco diferente, porque allá cuando vas al médico no pides cita. Es igual que sea un CAP o un médico de determinado pueblo. Vas allá y te atienden. Te tienes que esperar, pero te atienden el mismo día.

P.- Entonces esto de que aquí le den cita...

R.- Sí. cita y todo esto... igual depende de [lo] que necesitan, pues igual le dan [cita] de aquí a un mes o de aquí a dos meses y claro están un poco... con esto. Por esto también van mucho a Urgencias. A veces no van. A veces se medican solos. Esto también es muy... No sé si es un problema, pero medicarse solo... va a la farmacia, compran y... (Mediadora de un país del Este de Europa)

R.- (...) Los chinos cuando tienen algún problema, si no se lo solucionan a la primera o segunda visita, a la tercera ya no les ves porque están en China. Los chinos, habitualmente, acuden a alguna persona de su comunidad que tenga alguna idea de medicina o que ellos creen que tiene idea... Porque en China hay un tipo de formación que se correspondería a nuestra FP [Formación Profesional], que sería a los catorce años: haces dos años de formación médica, y estos médicos o técnicos médicos son los que trabajan fundamentalmente en el área rural. Todos estos saben algo de técnicas quirúrgicas básicas o tratamientos muy, muy básicos, sobre todo orientales. Muchas veces preguntas a los chinos y te dicen que son médicos y tienes que volver a preguntar porque muchos... no es habitual que tengan la licenciatura y son técnicos médicos de FP. Incluso de mí desconfían si no se lo soluciono rápido [Este profesional habla chino fluidamente]. Entonces, con los chinos tengo que ser raudo y veloz. Muy resolutivo. Conseguir las pruebas que necesite rápido... No les gusta nada la demora. Ellos tienen un sistema de salud... desde que terminó el comunismo y subió Den Xiao Ping, tienen que pagar; no pagan mucho... bueno, una operación les puede costar el sueldo de un mes, pero es algo que habitualmente se pueden permitir, y se lo hacen todo inmediato. O sea, si tienen una enfermedad, un día en el hospital, le hacen todas las pruebas aunque terminen a las dos de la madrugada y al día siguiente, le operan. Entonces, se quejan muchísimo de que somos lentos, de que les hacemos esperar dos semanas para hacerles una ecografía, una resonancia... entonces les explicas 'pero es que es una prueba muy específica', pero no, eso les cuesta un montón. (Médico especialista en hospital)

R.- A ver, ya te digo, los *pakis* les gustaría análisis y radiografía... y de esto. Y todo aquí y ya. Pero no. No sé si en su país al ser de pago... Se les resuelve o lo pagan *pam* y ya está. Aquí no. Y les gustaría eso, *pam*, pero bueno, se les explica que no y que no toca. 'No toca, que no... no urgente, ya'. '¿Cuatro días?' 'Pues ya está bien. Cuatro días'. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Sin olvidar, tampoco, que, en esas condiciones, la relación de confianza con el profesional de primaria que aquí podemos considerar fundamental podría pasar a un segundo plano o ni siquiera se contemplaría:

R.- A ver, sí. Ellos han de... urgente, *emergence*. El gitano y el autóctono, el caucásico de toda la vida, pues si le pides *pa* su médico *pa* ese día, normalmente dirían 'pues vale'. Los otros, no. 'Ya'. Lo que pasa es que aquí estamos dando para siete días, cuatro entre... O sea... cuatro días... con sábado y domingo, pues hay cinco y seis días. Muchas veces van a parar al médico de urgencias. Pero si al caucásico le dieras para tal día a su médico... (...) Se esperaría a las seis de la tarde perfectamente. (...) Estos no. '*Emergence*.'

P.- ¿Y es porque se asustan por el síntoma? ¿Porque...?

R.- No lo sé. Yo creo que *pam y pam*, llegar y besar el santo. A ver, igual habría que mirar qué relación tienen ellos con el médico de cabecera, igual es un *po...* tanto les da que no les visite, lo que quieren es solucionar el problema. En mi caso, hay gente que prefiere esperarse tres días y ver a *** [dice el nombre] que no que le visite el de urgencias, a no ser que sea una cosa...

P.- Realmente...

R.- Realmente urgente. A ellos, no. A ellos... igual la relación tampoco la han establecido y, bueno, *tant s'hi val*. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Y, por otra parte, esa falta de cultura sanitaria que mencionaba unos párrafos más arriba en boca de los profesionales consultados se estaría refiriendo, también, a la limitación en cuanto a la formación en cuestiones básicas de salud (que equiparan con el nivel formativo general) y que dificultaría la interpretación y valoración de los síntomas –más todavía cuando estos no son familiares o es la primera vez que se presentan:

P.- I busquen la immediatesa? Perquè els cal una resposta immediata?

R.- Perquè tenen por, i no saben el que hi ha. Perquè tenen por. Són problemes que mai s'han trobat, fins a venir aquí, ¿no?... perquè la gent jove vol immediatesa... i això no m'atreviria a dir que més... I per, no sé... , es por i per la cultura de l'immediat... jo diria que és de la cultura dels joves d'ara, ¿eh? (...) (Médico de familia en un CAP, mujer)

R.- Yo creo que es porque no nos entienden. O sea, ellos aprenden... urgencia, por ejemplo. Además, va por rachas. Luego, por la tarde se deben reunir y deben hablar de eso y, entonces, dos semanas que tenemos, que todos tienen 'urgencia, picor', 'urgencia, picor'. A la semana: 'urgencia, dolor de cabeza'. Y tú dices... 'Pero, ¿cuánto hace que te duele la cabeza?'. Y te dice 'Una hora'. 'Hombre, pues tampoco. Tómame un Gelocatil. No es una urgencia'. O... ahora, últimamente, tenemos, que ya habían aprendido más, dolor de corazón. [Lo dice riendo] Que ya saben qué es el dolor de corazón, ya saben que es más urgente porque puede ser que alguna vez sí que... O sea, a algunos los toreamos más, haciéndoles preguntas y la mayoría no te entienden porque tú le preguntas cualquier cosa y ellos te siguen diciendo que sí y no tiene nada que ver con lo que le estabas preguntando, ¿vale? Y, entonces, es eso. La mayoría... Los paquistanés todos tienen urgencias, todos. (Profesional administrativo en un CAP)

Aunque, también es frecuente que algunos profesionales, lo relacionen con pautas culturales (comunes también población autóctona) relacionadas con lo que llaman cultura de la inmediatez, es decir, la creencia de que existe el derecho a reclamar una respuesta completamente resolutive y en un lapso muy breve de tiempo a los problemas que se plantean. Se trata de un argumento que surgía reiteradamente tanto en entrevistas como en la observación:

R.- Per l'idioma o perquè busquen la immediatesa i no troben una solució a vegades venen a la consulta. A vegades sí que són una mica més freqüentadors... Una vegada van a la consulta i tens una mica més de temps... no, no els trobo més freqüentadors... Però sí que són molt d'immediat... són joves i molt d'immediat, i quan ja li dius de concertar visita per un altre dia, si el problema s'ha solucionat, ja no tornen a venir... [...] "Vinc perquè tinc una consulta concertada amb la doctora", això no. (Enfermera de adults en un CAP)

Aunque muchos se lo toman con considerable sentido del humor no exento de retranca:

P.- Y en realidad esto, ¿por qué es? Porque se suelen buscar varias explicaciones...

R.- ¿Las urgencias? No lo sé. ¿Porque trabajan? No. Hoy un señor ha venido con un lumbago desde ayer y dice 'Urgencias ahora mismo'. Su médico tenía visita esta tarde y le he dicho 'A las siete'. 'No, *uh*, a las siete me he muerto'. Digo, 'hombre, pues a lo mejor no. Seguramente, por lo que tienes no te vas a morir y tu médico visita y hay visita y te tiene que visitar tu médico. Y

es a las siete'. 'Pues vale'. Pues se ha ido. Que venga o no, ya se verá. Y, seguramente, a lo mejor no viene, ¿vale? Lo que tenemos es muchos, que no sé dónde se deben reunir o no sé si estamos anunciados en algún sitio y nosotros no nos hemos enterado... [Se ríe] (Profesional administrativo de un CAP)

R.- Muy demandantes, sí. Y para cosas que no toca... Y están mal acostumbrados, además porque como demandan [ambulancia] y se la envían pues...

P.- ¿Es una cuestión de desconocimiento? ¿De inmediatez?

R.- No, es cuestión de... sí, que estamos [todos] en la época de la inmediatez y la señora tiene treinta y ocho y medio de fiebre y quiere que el médico venga con sirena a verla... (Médico 061)

Volviendo a la enumeración de las razones para el supuesto uso preferente de Urgencias, en segundo lugar, los profesionales reconoce, ampliamente que, en muchos de los casos, la demanda de atención en dispositivos de urgencias se relaciona con la dificultad para compaginar la atención normalizada (en visitas programas de primaria) con los horarios de trabajo, del paciente –o de algún acompañante que ejerce como traductor imprescindible. Y en este punto entraría también en juego la necesidad de equilibrar las necesidades de salud, propias o de algún miembro de la familia, con la necesidad de ganar dinero o conservar el trabajo que permite sostener a esta misma familia:

P.- Una de las cosas que se suele decir es que los pacientes de Paquistán consultan casi siempre por urgencias y muy poco por visitas programadas...

R.- Pero yo creo que eso tiene una razón, porque los hombres... Las madres ya te puedo asegurar que no. Las mujeres, la mayoría, no. Suelen ser hombres y... es cuestión del trabajo, porque no tienen tiempo durante el día. Y aunque cueste de creer, para ellos, a estas alturas de estar aquí, es más importante el trabajo que la salud. Entonces, no se debe enfocar porque sean impuntuales, porque para ellos la consideración de una cosa es más importante que la otra. (Mediadora de la zona indopaquistaní)

R.- Sí. Por el trabajo, porque la mayoría no quieren dejar el trabajo, porque en una familia si trabaja sólo el padre pues... si tiene que ir la madre al médico... Como ha pasado hoy... una mujer con el niño tenía el dentista al CAP de *** y el marido se ha tenido que tomar un día libre del trabajo para llevarlos. Y han llegado tarde y el médico ya se había ido. Y el día está perdido. A veces... pues es un problema dejar de hacer el trabajo e ir al médico. (Mediadora de un país del Este de Europa)

Finalmente, una reflexión sobre las razones que se suelen esgrimir para explicar la supuesta tendencia al uso preferencial de las urgencias: muy pocas veces se mencionan posibles factores relacionados con el funcionamiento de los servicios sanitarios y que, opino, tendrían un papel que no conviene desdeñar– como pueden ser, por ejemplo, la prolongación en el tiempo de los itinerarios terapéuticos, las derivaciones no siempre adecuadamente fundamentadas o la carencia de medios para atender la diversidad lingüística, cultural y socioeconómica– ni, menos aún, los relacionados con los profesionales –limitación de conocimientos relacionados con esta diversidad que mencionaba antes, actitudes más o menos distantes o aun hostiles o paternalistas.... Todo ello respondería, en mi opinión, a una tendencia, muy habitual incluso en la bibliografía especializada, a situar el foco en el paciente y en sus circunstancias culturales y socioeconómicas pero casi nunca en el propio sistema o en sus profesionales.

R.- Hombre, a las jovencitas que acaban de llegar aquí les cuesta un montón y, en general, puedes decir que es divertido esto de la inmigración. Te hace reflexionar sobre el propio sistema sanitario, ¿no?, porque ya que viene con el hermanito y el hermanito tiene fiebre y tiene tos, pues por qué no le miras al hermanito, ‘ya que estoy aquí’ o por qué no le miras un problema de piel que tiene el otro o por qué no le haces la radiografía y el análisis y la visita todo el mismo día, ¿no? Y es difícil de entender, porque para nosotros también es difícil de entender hasta qué punto se pueden retrasar los diagnósticos con estos itinerarios tan prolongados, ¿no? Nosotros si podemos vamos a Urgencias o intentamos...(…) y ellos hacen lo mismo, van a Urgencias, quizás son más usuarios de Urgencias de lo que son la población autóctona, ¿no?, es difícil, no. (Pediatra en un hospital, mujer)

2.13.2.2. Ausencias y retrasos

Otro de los elementos mencionados por los profesionales de primaria tiene que ver con la tendencia atribuida a la población inmigrante de llegar tarde a las consultas programadas o no acudir (de manera injustificada) con una frecuencia comparativamente mayor a la población autóctona.

R.- Llegar tarde sí, también. Aunque les damos numerito con visita y tal, son un poco *viva la Virgen*, ¿eh?, sobre todo en las primeras horas de la mañana. Los pocos que tienen médico por la mañana, porque la mayoría tienen médico por la tarde; pues vienen a lo mejor, yo que sé... tienen visita a las diez y se presentan a las doce. O al revés. Ahora de urgencias vienen a las once, les decimos que a la una y se quedan allí sentados como un clavo hasta la una [Se ríe]. Y claro, tampoco sabemos muy muy bien a ciencia cierta si de verdad no nos entienden... por muchas explicaciones que les demos... (Personal administrativo de un CAP)

Y, de nuevo, las razones esgrimidas parecen ser las mismas que ya he ido señalando: dificultades relativas al idioma, al desconocimiento de los servicios, a la situación laboral...

R.- Como les *rota*. Los utilizan [los servicios sanitarios] como les *rota*. Y, entonces, ... pues a las pruebas y todo eso, la gran mayoría no vienen.

P.- ¿Porque se pierden? ¿Porque no les dan importancia?

R.- Pues no sé. Supongo que es ‘ya me ha visitado la urgencia que es lo que yo quería’ y si han mejorado a lo mejor con el medicamento, pues ya nada. Entonces, a lo mejor... Sobre todo faltan muchísimo a los análisis. Muchísimo. (Profesional administrativo en un CAP)

P.- Es perden en l’itinerari?

R.- Lo bo que té, és que els que són joves venen amb tots els papers... doncs els re-enganxes. Algun dia ha passat que no han sabut què fer amb aquell paper, perden el torn, tornen a venir i els tornes a explicar... ‘no, aquest paper, a baix, al mostrador...’. (Médico de familia en un CAP)

P.- ¿En qué horario las hacéis? [Analíticas]

R.- Los hacemos de nueve a... bueno, diez menos veinte o así se suelen acabar los análisis. Sí que es verdad que algunos con lo de no desayunar, pues no entienden. A lo mejor dices ‘no comer y no beber’. Pero luego muchos se tienen que volver a programar porque no han entendido y han bebido té o han comido algo. Y eso, mucha gente que no se hace el análisis y luego viene a la consulta.

P.- No se ha enterado...

R.- De nada. (Enfermera de adultos en un CAP)

R.- Es... no sé, ayudar a los inmigrantes es muy difícil, requiere muchísima atención, muchísimo seguimiento, muchísima paciencia para explicarles bien todas las cosas.... Después, se pierden;

... siempre se les pierde todo y nunca se quieren hacer ninguna de las pruebas que les pides. Siempre. Ellos, la mitad de las veces es que no llegan ni al mostrador... Les pides la radiografía y les das la petición y les he dibujado incluso un mapa para que sepan cómo llegar, pero muchas veces no llegan ni al mostrador. (Médico especialista en hospital)

Cabe mencionar que esto es algo que se menciona poco en la bibliografía, excepto en la específicamente referida a las percepciones de los profesionales en cuanto a los patrones de uso de esta población. Tampoco es una percepción ni mucho menos generalizada entre los profesionales:

P.- ¿Y a nivel de puntualidad?

R.- Pues tampoco, a veces son los primeros que están aquí sentados esperando y llegan antes que tú. (Ginecóloga en hospital)

P.- ¿Faltan más, llegan tarde o al contrario?

R.- Bueno, siguen fallando visitas y... ¿más que los de aquí? No sé. Cogen hora, no vienen, no llaman, pero les machacamos con esto, hay que machacar con esto. Y seguro que el año que viene habrá menos. (Profesional administrativo de un CAP)

P.- A nivel de utilización de los servicios, ¿cumplen con las citas?, ¿son puntuales?, ¿has visto alguna diferencia?

R.- No. No. Yo creo que la gente cumple en general... Insisto en esto, ¿eh? Que el factor idioma o el factor... Si no lo ha entendido bien, puede pasar; pero no.... (Comadrona en hospital)

R.- (...) Están bastante bien, cumplen muy bien, las normas y sus visitas... Yo creo que están muy adaptados, los paquistaníes. Y luego los magrebíes, bastante, también. Bastante. En general... Es que yo pienso que no es muy complicada nuestra población extranjera, salvo la dificultad de idioma. Esto a veces hace que se te escapen cosas... Pero si te entienden, yo no... yo no veo unas grandes dificultades... no las veo... (Enfermera de pediatría en un CAP)

En este sentido, la observación participante realizada en los diversos centros de primaria no corrobora en absoluto la percepción de un comportamiento en cuanto a ausencias y retrasos que sea significativamente diferente respecto a la población mayoritaria³⁹.

Como ya expliqué en el capítulo dedicado a la metodología, ésta fue una de las cuestiones a las que presté especial atención durante el trabajo de campo, recogiendo datos concretos, sin que se evidenciaran diferencias respecto al resto de pacientes de los cupos. Sería necesario un estudio más detallado de esta cuestión, ofreciendo datos cualitativos y cuantitativos contrastables en varios centros bien para aclarar y difundir la inexactitud de esta idea bien para buscar explicaciones en caso de que se comprobara que es cierta.

³⁹ Una aclaración en este punto: en mi opinión, reconozco que subjetiva, existiría un patrón de uso de los servicios en algunos sectores de la población en general que dista mucho de ser responsable y respetuoso (con los profesionales, el resto de los usuarios y los ciudadanos, en general, que contribuimos a mantener el sistema) que, también en mi opinión, se relacionaría con una actitud en la que se entiende a los profesionales como meros prestadores de servicios en un sistema del que a menudo se reflexiona más sobre las carencias que sobre su valor y, más aún, sobre el hecho de que, desgraciadamente, no es intocable y puede ponerse en riesgo.

Ahora bien, independientemente de que pudieran existir otras razones por las que los profesionales perciban algo que no se correspondiera (o sí) con la realidad, uno de los posibles factores, que se menciona muy poco en las entrevistas pero se hace más presente durante la observación participante, apuntaría a la percepción de que se trata de una población que frecuentemente requiere más esfuerzo por parte del profesional y le genera más dudas e inseguridades, de tal manera que todo lo que tiene que ver con ellos se hace muy presente y resulta difícil de dimensionar de una manera ajustada por lo que es sencillo que se perciba como peor o más difícil, aun cuando, en realidad, no necesariamente lo sea.

2.13.2.3. Consideraciones en torno al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas

Las peculiaridades (no siempre en el sentido de dificultades) para el cumplimiento de los tratamientos y las indicaciones terapéuticas es el tema en el que los profesionales parecen encontrar más similitudes entre colectivos inmigrantes y autóctonos cuando la comparación se establece por criterios socioeconómicos. Utilizando criterios culturales (o, en sus valoraciones, más bien relacionados con la procedencia), es muy frecuente que señalen dos hechos, respecto a los cuales la observación participante que realicé en primaria no permitiría ser tan tajante. Por una parte, la elevada intención de cumplimiento y disciplina de los pacientes de la zona indo-paquistaní, frente a otros colectivos:

P.- ¿Cumplen los tratamientos?

R.- Sí. Lo que más miedo tenía eran los tratamientos crónicos en pacientes subsaharianos. De esto el paradigma sería el SIDA, el paciente con VIH, pero, sorprendentemente, son pacientes *súper-cumplidores*. Si se lo explicas bien, lo comprenden. Los que son *súper-cumplidores* son los paquistaníes, *oh*, no te fallan una y, si fallan, vienen y te piden perdón... En eso los sudamericanos son como nosotros, nos parecemos bastante más de lo que la gente se cree. Y los marroquíes también, son como nosotros. Tampoco tengo marroquíes que sean musulmanes extremos; suelen ser gente con creencias; más o menos como aquí, la mayoría católicos, que son católicos y cristianos pero no son extremistas... Culturalmente, con los que más tenía miedo es con los subsaharianos pero los que inician el tratamiento aquí son bastante cumplidores. (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

Y, en el otro extremo, las dificultades con los estratos socioeconómicos más bajos entre gitanos, tanto autóctonos como *rrom*, aunque, en estos dos casos, el papel otorgado a las pautas culturales pesaba, en ocasiones, más que las consideraciones en torno a la situación social y económica:

P.- Y el cumplimiento del tratamiento, ¿dirías que hay diferencias con población gitana o con población autóctona?

R.- Los gitanos [autóctonos]... (...) No. Van a su bola. También tienen el concepto de patología aguda: “Ah, ¿no me he de morir?, bueno, pues ya estoy más tranquilo” y tardan... [se refiere en acudir a las visitas periódicas para el control de enfermedades crónicas] Cuesta mucho educar...cuesta mucho que se acostumbren a venir, a decir que...a tomar la medicación y... Cuesta mucho. Cuesta. (Médico de familia en un CAP)

P.- ¿Para mujeres gitanas *rrom* rumanas utilizáis también las mediadoras?

R.- Pocas veces; con las etnias rumanas, hay una mediadora rumana y si no...nos entendemos bastante... El problema de la población gitana rumana, es que o se te fugan en medio de las visitas y hay que estar esperando porque le tienen que dar el pecho al niño o otros menesteres...

o no acostumbran a cumplir los tratamientos y las pautas que les solemos dar. (Ginecóloga en un hospital)

En cuanto a las posibles causas que estarían detrás de los incumplimientos, se refieren, de nuevo, a factores que en diferente medida ya he ido mencionando y que a continuación enumero en el orden aproximado de relevancia otorgada por los profesionales en las entrevistas, aunque debo decir que, de acuerdo con los datos extraídos de la observación participante, no sería ésta la gradación que yo establecería, añadiendo, además, la dificultad –por no decir imposibilidad– de considerar alguno de estos factores por separado– y, también, la dificultad –por no decir, también, imposibilidad– de conocer adecuadamente los fenómenos cuando sólo se valoran desde un lado de la mesa de la consulta.

En primer lugar, los profesionales señalaban de manera preferente las diferencias idiomáticas. De hecho, en entrevistas, más del 50% de los profesionales que respondieron las mencionaban como uno de los factores principales y, no sólo por diferencias en cuanto al idioma sino, también, por dificultades con los términos médicos o de organización del sistema.

P.- El uso que hace la población de los servicios, ¿es el adecuado?

R.- [Los inmigrantes] No es adecuado, desde luego que no, pero por desconocimiento. En general, no es que no sea adecuado, es que, simplemente, es lo que hay. No hay recursos para todos y el servicio es el que hay, y como la población está tan necesitada, pues... *eh...* no hay recursos para todos. En el caso de los inmigrantes, lo que les pasa es que... no entienden bien lo que tú les quieres decir... y entonces multiplican recursos. O sea, les pueden hacer dos veces o tres veces una ecografía y estar en paralelo en dos o tres visitas médicos que les están tratando lo mismo. (Médico especialista en hospital)

Estas dificultades eran evidentes en la observación en la consulta pero cabe aclarar, de nuevo, como ya hice por extenso en el Capítulo 3, que las limitaciones en la comunicación no se dan sólo cuando se utilizan diferentes lenguas sino también variaciones dialectales en la misma lengua y en cuanto a cuestiones que hacen referencia a las pautas de relación y también que todo ello puede fácilmente estar enmascarando diferencias, de base cultural, en la manera de entender los procesos. Veamos algunos ejemplos concretos:

R.- (...) [Habla de las necesidades de los profesionales sanitarios] Lo que pasa que, claro, no a nivel médico, si no a nivel de cuestiones culturales... quizás, sí. Que lo tenemos que ir aprendiendo sobre la marcha y después de que has cometido fallos. A mí se me ha quedado alguna chica embarazada [mientras tomaba tratamiento para la tuberculosis]... pero que ha sido culpa mía, no culpa mía, por no hacerle la pregunta en ‘su idioma’, entre comillas, ¿no? [...] Que lo has ido aprendiendo sobre la marcha....⁴⁰ (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

⁴⁰ Se refiere, en este caso, a formas peculiares que las mujeres hispanoamericanas, sobre todo ecuatorianas, utilizan para referirse, por ejemplo, a la utilización de métodos anticonceptivos (suelen referirlo como *cuidarse*) y a la presencia de la menstruación (a la que se refiere, en ocasiones, como *enfermarse*). Y voy a utilizar un ejemplo, en este caso, ilustrativo de mi propia ignorancia ante una buena amiga ecuatoriana muy preocupada que me dijo algo así como: ‘no me cuidé... y ahora hace ya dos meses que no me enfermé...’. No entendí nada hasta que continuó explicando su temor a estar embarazada y pude, poco a poco, ir atando cabos... El mismo idioma, sí, pero una comunicación, en ocasiones, francamente complicada, incluso cuando hay voluntad y tiempo pero no información.

Se trata de situaciones, fácilmente identificables durante la observación participante que, en cualquier caso, generan una comprensible inseguridad en los profesionales (también evidente –y contagiosa– durante la observación), que pueden no saber cómo gestionar o hacerlo desde posiciones bienintencionadas y, desde el punto de vista clínico, probablemente efectivas pero no siempre igualmente bien acogidas por todos los pacientes, sobre todo aquellos que estiman que pueden estar siendo objeto de discriminación o que se puede estar subvirtiendo su derecho a decidir sobre su propia vida:

P.- [Habla de las dificultades de comunicación por razones idiomáticas] Esto genera inseguridad...

R.- Sí, porque piensas, bueno, a ver, igual no te han entendido bien. Por ejemplo, ahora muchas veces, cuando damos pastillas, 'pues venga, hoy te las tomas aquí, con agua, aquí, las pastillas, para que veas cómo se tienen que tomar. Cuatro juntas'. '¿Ves? Ahora esperas media hora, después ya puedes comer'. Pero para que lo vean porque si no igual se toman una cada seis horas... no han entendido nada, ¿no? O toman menos... Para las primeras tomas, cada vez lo hacemos más, porque nos hemos dado cuenta de que muchas veces no lo hacen. Entonces, que la primera toma sea delante de ti hace que lo entiendan mejor, ¿no? (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

En segundo lugar, algo llamativo. Las cuestiones socioeconómicas que los profesionales, en entrevistas, relacionaban con las dificultades para cumplir los tratamientos o seguir las pautas se referían con mucha más frecuencia a la situación de precariedad laboral que podía impedir coger una baja, pedir días libres para ir al médico, guardar reposo, etc., que las relacionadas con la dificultad o imposibilidad directa para pagar los tratamientos, que algunos minimizaban. La existencia de medicamentos baratos o fórmulas genéricas de precio menor que las marcas comerciales junto con la elevada concienciación de la mayoría de los profesionales sobre la necesidad de ahorro (para el paciente y el sistema) parecería, en este sentido, ser el factor que marca la diferencia entre el peso de un tipo de situación y otra, a lo que, opino, también podría añadirse que, posiblemente, sobre todo para aquellos pacientes con patologías menores (dolores osteomusculares, procesos infecciosos leves...), la inversión en fármacos resultaría, comparativamente, ventajosa, ya que disminuiría el riesgo de perder más dinero (por tener que coger la baja, que les descuenten días de trabajo, les despidan...), siendo algo así como el mal menor:

P.- ¿Esto puede marcar la diferencia para que se lo tomen o se tomen menos dosis?

R.- Sí, totalmente. Siempre escojo el tratamiento más barato, porque, claro, en principio ellos no son pensionistas, tienen que pagar un tanto por cien. (Médico de familia en un CAP, hombre)

P.- ¿Notas dificultades económicas para seguir los tratamientos?

R.- Es que hay tratamientos que... a ver, aquí de por sí, vas al tratamiento más barato. Siempre.

P.- ¿Para todos o porque sabes que estas poblaciones tienen dificultades?

R.- No. Ya, de entrada... Por costumbre [a toda la población] del barrio. Vas a lo barato y... como son gente joven, pues son antiinflamatorios que por un euro, un euro y medio, pues pueden tener la caja. El antibiótico, pues das el más genérico, bajo... No me han expresado lo del dinero. Me lo han expresado más los nacionales, que son más mayores pero no son pensionistas; pones para el colesterol y 'doctor, no me lo puedo pagar'. (Médico de familia en un CAP, hombre)

R.- Yo creo que, en general, lo que es en Urgencias, problemas para cumplir los tratamientos farmacológicos, probablemente no debe haber muchos. Porque además aquí la sanidad no sólo te

cubre la asistencia sino un porcentaje de la medicación a nivel económico y todo niño por ser niño ya tiene Tarjeta Sanitaria. Lo que tienes más problemas es con los seguimientos, que esto en Urgencias no lo vemos directamente... pero el típico niño que citas... y luego no va a la visita o que no estás seguro de si va a ir a su pediatra... A veces, yo tengo costumbre de, según lo que me encuentro y según la hora que es, llamar a su pediatra por teléfono. Y decirle “oye, ¿éste te va o no te va? Porque estoy viendo, tal...”. Yo creo que hay más problema de eso, de que no van a los controles o a las visitas porque a lo mejor no lo tienen fácil, ¿eh? Pero el que se tomen o no la medicación, eso creo que es menos problema. (...) (Pediatra en un hospital, hombre)

Aun así, en algunos casos, especialmente cuando se trata de medicamentos caros, el profesional se puede ver en la necesidad de elegir otro fármaco diferente al que elegiría en primera opción, en detrimento de las necesidades del paciente. Una situación que relatan, con mucha más frecuencia, y con preocupación, los profesionales de la salud mental, y que se evidenció también en la observación en las consultas:

P.- Y en cuanto a la calidad de la atención, ¿dirías que hay diferencias en cuanto a la que se puede ofrecer a unos y a otros?

R.- Que estas personas necesiten más apoyos sociales y que no se puedan obtener. O, por ejemplo, el precio de las medicinas. A veces nos encontramos a este paciente que tiene este problema psiquiátrico, le puedo recetar una medicina que vale un euro o una medicina que vale veinte euros, ¿no? A veces, cuando tiene la Tarjeta Sanitaria y tiene recetas o está jubilado y no paga nada, pues, eso te preocupa relativamente poco. Siempre lo tienes en la cabeza, porque si dices: ‘No, nos vamos a beneficiar en algo por darle la de veinte euros’, pues le recetas la de veinte euros con toda tranquilidad. Pero, a veces, en población inmigrada, dices: ‘*Hostia*, si le receto la de veinte euros, seguro que al cabo de dos días no la toma’, ¿sabes? Entonces dices ‘pues le voy a dar la que vale un euro porque es más probable que la tome’. A veces sí, hay diferencias muy elevadas en los precios. Pues mira, aunque se pueda beneficiar más de la de veinte pues le doy la de uno porque es mejor que se tome la de uno a que no que no se tome la de veinte. (Psiquiatra en un hospital)

En relación con las variables de índole social aunque no laboral ni, estrictamente, económica, los profesionales señalan también algunas dificultades para manejar la patología en el entorno diario del paciente (el ejemplo más claro en este sentido es el aislamiento durante la primera fase de la tuberculosis), aunque, de nuevo, nos encontramos ante ese tipo de situaciones en las que nos recuerdan que la situación social y económica se entremezcla con las concepciones de la enfermedad, la gravedad, el contagio...de la autonomía del paciente, la salud pública...:

P.- Y para el tratamiento de la tuberculosis, ¿tenéis un cumplimiento bueno?

R.- Sí. Hace poco tuvimos un chico en el que tuve dudas de qué hacer, de que no estaba muy estable donde vivía, los compañeros de piso... total que lo ingresé en ***. Hay muchos de los paquistanís que te piden ingresar porque no les gusta que sus compañeros de piso vean que están enfermos, entonces ellos prefieren desaparecer un tiempo y después aparecer sano. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Re.-Sí, sí. Totalmente, totalmente. Es un tratamiento a la carta. Y esto es lo que decimos siempre aquí, que cada vez lo será más... Si hay que ingresar en ***, una persona que no puede trabajar, bacilífera, no la quieren en el piso, no tiene ni un duro, pues la podemos ingresar todo el tiempo del tratamiento en *** y ahí se hace Tratamiento Directamente Observado; o bien se le va a dar las pastillas cada día a su casa o vienen cada día o hacemos tratamientos supervisados semanales, para... atarlos, ¿no? De alguna manera, ir mentalizándoles que están enfermos. Entonces, le das una pastilla... sólo por una semana... Y vas controlando que cada semana vengán. Entonces, para nosotros la tuberculosis es una cosa totalmente a la carta. Evidentemente, los protocolos se

tienen que hacer para la gente en general. [...] Vamos, que aquí no lo tenemos en cuenta. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

En tercer lugar, los profesionales señalan, nuevamente, cuestiones relacionadas con lo que entienden como déficits en la educación sanitaria de los pacientes que, como muchos reconocen, no serían muy diferentes a los que se darían en sectores amplios de población autóctona, sea ésta gitana o no.

R.- Porque les es difícil entender que tienen que tomar una pastilla o varias pastillas... Si una pastilla la están tomando repetidamente y no les cambia nada parece que es una cosa que no hace nada. Un hipertenso, por ejemplo; o un diabético, 'la insulina, ¿cómo es que me la tengo que tomar siempre y en cambio no dejo de ser diabético', ¿no?, un poco creo que va por aquí. Es difícil entender que los medicamentos son para mantenerse lo mejor posible con una enfermedad crónica, seguramente también porque tiene idealizada la medicina occidental, pero se dan cuenta entonces de que 'bueno, tantas pastillas y, total, no me curo' y 'lo dejo, lo dejo y en todo caso miraré cuando haga un viaje ir al médico tradicional en mi país a ver si me lo cura porque estos no me lo saben curar'. (Médico especialista en un hospital)

P.- ¿Muy diferente a los de aquí?

R.- Yo creo que no. Yo creo que todos tenemos en mente que las medicinas son tóxicas o dale como quieras... Y mucha gente de aquí te lo dice que no quiere tomar tantas pastillas. (...) (Médico de familia en un CAP, hombre)

P.- Y me dices que cuando se les explica, cumplen, en general, el tratamiento.

R.- Sí. Bueno, los tratamientos también es otra... de... de las cosas que tengo que explicar más a fondo, ¿no? Porque el médico insiste y yo también. Por ejemplo, el uso del antibiótico. Ellos no entienden qué es el antibiótico. Entonces, pues poco a poco, ¿no?, se le ha de explicar que lo ha de hacer bien. Si no lo hace bien pues, yo qué sé, se vuelve resistente, ¿no? Es muy importante el uso de cierta medicación que requiere tanta atención... (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

Y, en este sentido, un capítulo destacable lo constituirían las enfermedades crónicas. La mayor parte de los profesionales, decía, no parecen evidenciar (más allá de las dificultades inherentes a la diferencia idiomática) grandes diferencias entre amplios sectores de población inmigrante y autóctona (gitana o no) en el manejo a medio y largo plazo de este tipo de cuadros, sobre todo entre aquellos sectores con un nivel económico y formativo más bajo:

R.- El *paki* que lleva bastante tiempo aquí... sabe castellano... no difiere en exceso [en esto] de un gitano, por ejemplo... Pero, bueno, un poco complicado, pero se maneja. El que tiene su negocio montado aquí, su tienda, viene aquí... bueno, pues se maneja. Los que no dominan el idioma o que..., igual lo sabes tú, cada año se van 3, 4 o 5 meses a su país... el control se complica... Es de manejo difícil.. es... 'Sálvese quien pueda' y que se salve él. Es muy complicado. Interrumpen... Porque vienen a por recetas, pero vienen para seis meses... no les podemos hacer para seis meses, en teoría. Y más ahora que se ha *recor*.... (Médico de familia en un CAP, hombre)

Una vez más, aquellos a los que se suele atribuir un peor control o colaboración en cuanto a su propio auto-cuidado son los gitanos autóctonos:

R.- (...) Cuesta mucho educar... Cuesta. Hay temporadas largas que... (...) Desaparecen. Hasta que se hacen mayores y ven '*Coño*, pues sí. Ya llevo mucho tiempo así. Voy a tomármelo en

serio' o 'Mi padre se ha muerto de esto, pues me lo tendré que tomar en serio. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Aunque, afortunadamente, el control no siempre es tan deficitario. Y aquí merece la pena destacar las causas atribuidas, que se relacionarían con la red social de apoyo, en tanto que proveedora no sólo de cuidados sino de conocimientos:

P.- ¿Conocen, saben lo que es la hipertensión, la diabetes?

R.- [Se refiere a población inmigrante, especialmente marroquí y paquistaní] Sí, sí. Es que claro, no me he encontrado nadie de nuevas, sino gente que ya lo tenía. Entonces, tienen ya asimilada su enfermedad. Entonces, la tratan y la cuidan. Y si hay alguien de nuevo... Por ejemplo, hay una señora... está diagnosticada de hace muy poquito, pero está *súper-controlada*. Está muy bien. Pero, claro, la hija está muy integrada, entonces... me imagino que esto es fácil. Es algo que es más fácil para ella, ¿no? (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- ¿El manejo de enfermedades crónicas?

R.- [Se refiere a gitanos autóctonos] Pues, hay de todo. Yo creo que si tienen familiares que les orienten... Yo he visto, por ejemplo, gitanas... Más que nada porque no saben leer y entonces se sienten como muy perdidas... Si vienen con algún familiar, hijas o así, que les puede orientar un poquito... pues quizás se controlan más. Pero bueno, si tú les vas haciendo un seguimiento y vas reforzando, yo veo que más o menos responden. (Enfermera de adultos en un CAP)

Ahora bien, en ciertas conductas, esa falta atribuida de cultura sanitaria confluye o directamente se confunde con cuestiones culturales relativas a la interpretación de la enfermedad, a la noción del cuerpo y de los fármacos. Algo que suele pasar desapercibido a los profesionales sanitarios que no tienen formación específica en temas de interculturalidad y salud (la mayoría) y que tienden, incluso, a ir más allá o confundir los conocimientos en materia sanitaria con el nivel formativo o cultural:

P.- ¿Algún otro motivo para que no cumplan los tratamientos?

R.- Formación en salud mental o en salud en general de los pacientes. Claro, los que tienen un nivel cultural bajo, pues igual pueden entender o pueden desconfiar de la Psiquiatría o de la Psicología. Pero insisto que a veces... Igual es que no acabamos de tener una relación tan fluida con esta gente, que no acaban de explicártelo. Pero a veces me lo encuentro... los autóctonos te lo explican más: 'Oiga, doctor, yo no iría nunca a un Psiquiatra' o 'no me mande a...' 'yo me voy a ir al herbolario, que en realidad creo que funciona' o 'me voy a ir al acupuntor' o 'por qué no me envía a un homeópata'. Esto me lo encuentro más en población de aquí que en población magrebí.... (Psiquiatra en un hospital)

Aunque la influencia de interpretaciones culturales sí es más clara en algunos de esos casos que se atribuyen a la falta de cultura sanitaria. Un ejemplo podría ser el relativo a la pauta de otorgar, tanto en medicina ayurvédica como en Medicina Tradicional China (aunque con variaciones entre ellas) propiedades a los alimentos, a las disfunciones y, también, a los fármacos que se utilizan para solucionarlas en términos de frío o calor, húmedo o seco, suave o fuerte..., que ya vimos en el Capítulo 3:

P.- Y en relación con los tratamientos del ayurveda, ¿has visto que [pacientes de la zona indo-paquistaní] rechacen algún tratamiento que les den aquí porque no lo consideran adecuado por cuestiones, por ejemplo, de equilibrio frío-calor o...?

R.- No. Lo rechazan cuando esta medicación tiene efectos secundarios. Suelen rechazar algunos, porque dicen que esta medicación es muy dura, *hard*, dura; que su organismo no la soporta, entonces en algunos casos lo rechazan cuando hay estos efectos secundarios. Ninguno puede

decirte qué son o por qué suceden. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)⁴¹

En cuarto lugar, las posibilidades de cumplimiento de los tratamientos e indicaciones terapéuticas vuelven de nuevo a remitir a cuestiones que los profesionales señalan también para otras situaciones, ya expuestas. De manera coherente con lo visto en la observación participante, la complejidad del sistema, el entramado burocrático confuso, lento y no siempre bien aclarado estaría detrás de buena parte de las situaciones en las que los pacientes aparentan no cumplir los tratamientos: faltas a las citas o a pruebas complementarias, incumplimiento de tratamientos o de condiciones para realizar las pruebas....

P.- ¿Por qué? ¿Se pierden en el circuito o porque creen que no es necesaria la prueba?

R.- Yo tengo la sensación de que es más porque se pierden. (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- A ver...es que se pierden...es que, de verdad, a veces tenemos unos circuitos que son... que son la *hostia* de complicados, ¿no?, que se pierde cualquiera.... Y, estos, pues más, claro, porque no saben... no saben cómo moverse en el sistema... (Médico de familia en un CAP,mujer)

P.- Porque estos papeles que se les dan a veces que ponen 1-0-1, ¿los entienden?

R.- No los entienden. No saben qué hacer. Yo no lo doy nunca. Prefiero que lo tomen aquí y si tienen que venir dos días.... 'mañana ven también aquí'. Entonces, yo qué sé... Entender [que hay que hacerlo] de otra manera, porque yo lo había hecho también, ¿eh? Pero, entonces, me di cuenta de que no funciona. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Y, por último, se señalaban, de manera específica las cuestiones culturales pero, en contra de lo que acabamos de ver en páginas anteriores en cuanto a su papel en el condicionamiento de las conductas, tan sólo se mencionaban de manera explícita por parte de los profesionales en cuanto a las cuestiones religiosas que, a su vez, se referían casi en exclusiva a las modificaciones introducidas por el Ramadán en cuanto a la ingesta de fármacos y dietas.

2.13.2.4. Consideraciones en torno a la frecuentación, el nivel de exigencia y conflictos

Durante el trabajo de campo, como ya he dicho, uno de los factores que se ponía de relieve eran las diferencias entre nuestro sistema sanitario y el de origen y la escasa familiarización con su estructura y manera de funcionamiento de cierta parte de la población inmigrante, lo que se relacionaría con que, en ocasiones, los usuarios menos familiarizados o con peor manejo del idioma no sepan muy bien donde buscar ayuda, qué esperar de cada profesional y de cada dispositivo, de manera que puedan encontrar dificultades para moverse y seguir los itinerarios, perdiéndose y haciendo, aunque sea involuntariamente, un mal uso de los servicios:

⁴¹ En este caso, se trata, muy probablemente, de una interpretación cultural del efecto de un medicamento sobre la persona, entendido, además, de una manera individual, pero que pasa desapercibida incluso a una mediadora, teóricamente conocedora de estas cuestiones, que hace una reinterpretación en términos biomédicos.

P.- ¿Conocen los servicios sanitarios? ¿Saben a dónde tienen que ir? [Hablando de la población de India y Paquistán]

R.- La mayoría, no. También depende de la zona, del ambiente que vengan, ¿no? A lo mejor si son de zona muy rural, que nunca han ido a un médico... y es cierto que hay pacientes que no, que se han practicado su... ayurvedas, ¿no? Han tomado la medicación a través de la medicina ayurvédica o de la medicina tradicional y que nunca han tomado un fármaco. Pues a esas personas les cuesta más. No saben que hay un especialista o no sabe que hay tantas especialidades. Entonces, cuesta más.

P.- Me imagino que moverse en los distintos circuitos debe resultar muy complicado...

R.- Sí, es muy difícil. Y tanto. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

P.- Creus que fa falta més temps per la consulta?

R.- Absolutament. Perquè fem unes consultes molt burocràtiques...i és molt difícil la consulta per ells. Perquè hi ha... papers de consulta per radiologia, que han de demanar aquí a baix hora i han de fer-la al *** [cita un altre centre]... Neurologia, han de deixar aquí el paper i els avisaran per telèfon o per carta... Vull dir, que la mateixa consulta per l'especialista canvia. Llavors, és molt difícil... jo trobo que és molt complicat, eh? (Médico de familia en un CAP, mujer)

R.- No, a nivell de gestió, no. No, però no aquí, enlloc, *vale?* Pel paper del padró... has d'anar aquí, has d'anar allà, has de tornar, no pots empadronar-te si hi ha més de set... Un munt de cartes que no s'entenen... (...) És difícil per a nosaltres, que s'entén el que estàs llegint. Però per ells no ho entenen. Vens aquí, et diuen que has d'anar a la Seguretat Social... ara et donen els papers, ara has de tornar demà... ara has de demanar hora pel teu metge, i potser el teu metge que no tingui en llista d'espera... Però normalment hi ha llistes d'espera, ara els hi diuen que no... ves a Urgències, d'Urgències et diuen que vagis a la teva doctora... i tornar a demanar hora... (T treballadora social d'un CAP)

Aunque también son muchos los profesionales sorprendidos (en algunos casos, pero no de manera ni mucho menos mayoritaria, casi molestos) por la capacidad de adaptación al sistema de personas, en principio, poco familiarizadas con él:

R.- Pues en cuanto a asistencia sanitaria se espabilan bastante bien, ¿eh? Yo no sé de qué manera se enteran, pero las embarazadas enseguida vienen... no te vienen más tarde que las demás. Son conscientes de que hay que ir al médico... A veces están recién llegadas y dices '¡pero, bueno, si acaba de salir de la patera y ya está aquí!'. Quiero decir que se espabilan o estarán bien asesorados, alguien del barrio a lo mejor...

P.- ¿Qué vengan por ese motivo?

R.- No, no lo creo. He puesto un ejemplo extremo, pero no vienen más tarde...no aparecen aquí a las trece semanas, eso es excepcional. Ellos vienen con su análisis del primer cribado ya hecho o con la eco de las doce semanas,... Luego piensas, en su país a lo mejor no irían ni una sola vez al médico, a lo mejor, en todo el embarazo y aquí enseguida... Creo que están bien orientados. (Ginecóloga en un CAP)

Y es que, en ocasiones, la reflexión se refiere no tanto a la capacidad de adaptación de los pacientes como del propio sistema, llegando a discutirse incluso si es accesible en exceso –aunque no de manera mayoritaria, insisto:

R.- Uy, qué te he de decir yo... No, yo pienso que hay demasiada accesibilidad, y es excesiva porque... a ver, el que está enfermo a lo mejor le cuesta acceder, el que está enfermo y quiere visitarse, y tenemos las agendas de visitas llenas y lo han de atender en continuada, ¿no? Pero para el que viene con alguna chorrada... Un día me dijo el médico: 'Ésta ha venido todos los días esta semana'... una persona que no necesita venir, consiguió tener visita todos los días y el día que no tenía visita, vino a traer un ramo de flores. O sea que... todos los días. Se te llena la agenda a lo mejor con gente que... a lo mejor tienes diez personas que no hacía falta que

hubieran venido... y personas que necesitan la visita aquel día, han tenido dificultad para tenerla. Entonces, en ese sentido, nosotros pensamos que somos demasiado accesibles. Yo pienso que es bueno ser accesible, ¿no?, pero romper hasta dónde... (...) (Enfermera de adultos en un CAP)

Y también hay discrepancias sobre si se trata de pacientes más frequentadores o no y sobre las posibles variables que se relacionarían con que sí lo fueran, también, en cuanto a esto, con diferentes niveles de reflexión:

R.- No... A lo mejor hay alguno que es más frequentador, pero vaya... Yo creo que por norma, no. Yo digo en mi consulta, pero a lo mejor a la consulta del médico sí que vienen... (Profesional de enfermería de adultos de un CAP)

R.- No. A ver, en continuada sí que vemos que son muy frequentadores de continuadas, por mucha tontería; porque 'son las 8 de la tarde y ya he acabado de trabajar, ¿y qué hago? Voy al CAP', ¿no? Estos a lo mejor sí que frecuentan más que la gente de aquí. Aunque de continuada, son clientes fijos normalmente. (...) O gente que viene a que le limpies la herida cuando se ha caído, que dices 'a mi hijo ni se la lavo ni le pongo Betadine'. Pues cosas de estas sí, pero también con personas de aquí... Sí que es más con ellos... a partir de una hora ves el hecho éste... porque a lo mejor salen, no tienen nada que hacer... ya que lo tenemos gratis, ¿no?, pues vamos. Pues a lo mejor a continuada te puede venir uno que es que le pica el pie...o que tiene no sé qué desde hace un mes. (Enfermera de adultos en un CAP)

De la misma manera que no parecerían existir, aparentemente, diferencias por procedencia:

R.- Yo creo que no, yo creo que la persona que consulta, consulta mucho... pero no como colectivo sino como persona, ¿no? Creo que consulta más aquel paquistaní que hace tiempo que lo ves y va viniendo por el mismo tema y tal y... Pero como colectivo, no lo creo, ¿eh? Creo que es el modelo que hemos creado, se repite bastante en ellos. Ves gente que tiene esta conducta, autóctonos, y ves que ellos también [la tienen]. La persona que viene autóctona, viene siempre ella y no sabes por qué. A lo mejor hay mil personas que ni los conoces y no sabes quién son y no lo has visto nunca. (Mediadora de un país del Este de Europa)

En relación con estas últimas cuestiones, deberíamos tener presente, a la hora de valorar el volumen y el patrón de uso de los servicios, que el sistema sanitario puede ser el único lugar (o casi, junto con el sistema educativo obligatorio) donde esta población se puede llegar a sentir acogida en condiciones de igualdad (o casi); el único lugar y los profesionales sanitarios (y los docentes), los únicos miembros de la sociedad mayoritaria que les darían una respuesta equivalente a la que obtendría alguien autóctono. Hecho que se puede unir a que, muchas veces, los problemas de salud son, de entre todos los que pueden tener estas personas (trabajo, papeles, familia ausente...), los únicos que pueden tener una solución más o menos inmediata o sencilla. Entonces, no nos tendría que extrañar tanto que esta tendencia a una mayor frecuentación fuera real (algo que habría que investigar en profundidad); incluso que reivindicaran atención para cuestiones que no se pueden considerar estrictamente biomédicas aunque, muchas veces, sí relacionadas con la salud, sobre todo si entendemos ésta de manera amplia:

P.- ¿Y vienen en general más a Urgencias que a visitas programadas?

R.- En principio, sí. Lo que pasa, es que a veces depende también de la confianza... A lo mejor una persona que ha venido, que se siente bien acogida en general, a lo mejor luego te puede venir por cualquier otra tontería. Lo comentaba la médico hablando de las tonterías que había tenido aquel día; y una de ellas era, pues sí, un inmigrante no recuerdo de qué país me dijo que era, que cuando subía al avión le dolía la cabeza y cuando bajaba se le pasaba. Pues esto, normalmente,

no se te ocurriría consultarlo, ¿no? Yo creo que esto es, es porque te escuchan y... (Enfermera de adultos en un CAP)

En lo que se refiere a la valoración del nivel de exigencia de sus pacientes inmigrantes, existían, entre los profesionales, opiniones muy variadas en función, entre otras variables, de la calidad de la relación con cada uno de los grupos, la presión asistencial (percibida y real) y la posibilidad o no de ofrecer atención de urgencias.

P.- ¿Notáis que es una población más demandante?

R.- Yo creo que no. De vez en cuando salta el que dice que le has hecho esperar porque es negro, ¿no?... 'Perdone, pero no es así'... Además somos muy rigurosos en eso, ¿no? y el que está primero, está primero y punto. Otra cosa es que la patología que lleve, que tengas que consultarlo con alguien y al final lo haces esperar y hay gente que... pero no, no creas, no son muy demandantes, no. Son bastante disciplinados, diría. (Ginecóloga en un CAP)

En este sentido, hay que decirlo, el grupo señalado con más frecuencia cuando se hace una valoración negativa del nivel de exigencia o se mencionan conflictos es el de los gitanos autóctonos:

P.- Y el trato hacia vosotros, ¿qué tal en general?

R.- No, ellos bien [se refiere a población inmigrante de origen paquistaní]. Los gitanos [autóctonos] son mucho más conflictivos. Son más abusones que saben que pegan aquí cuatro gritos o nos amenazan con no sé qué y bueno... Pues, claro, el *canguete* te entra un poco. Ellos [paquistanís] no, no suelen... A lo mejor alguno que se enfade, pero rara vez. Pues esto, ¿no? esto que han aprendido de: 'Pues si me muero...'. 'Pues si te mueres, pues mala suerte ¿Qué quieres que te diga?'. O sea, que aprenden cosas que ellos escuchan de aquí. Pero no, no suelen ser agresivos. (Profesional administrativo de un CAP)

P.- ¿Esto ocurre con otros grupos o sólo con gitanos?

R.- Yo creo más bien... los gitanos. Yo es con lo que más me he topado... A nivel conflictivo... Lo que pasa es que tú les puedes hacer entender, pero a ellos [se refiere a población inmigrante]... es que les cuesta mucho. (Enfermera de adultos en un CAP)

De todos modos, la mayor parte de los profesionales tienden a señalar que los conflictos no son frecuentes aunque, sin llegar a negarla, la observación participante matizaría esa afirmación: los conflictos muy graves (agresiones físicas, por ejemplo) son extraordinariamente infrecuentes; los conflictos serios y abiertos son también poco frecuentes pero, ambos, dejan una impresión duradera en los profesionales; y existiría un tercer tipo, a mi juicio mucho más presente de lo que se reconoce (incluso diría de lo que se percibe): el conflicto soterrado, la tensión en la relación, la distancia fría..., que sí aparece en más ocasiones (sin ser, ni muchísimo menos mayoritario) con aquellos pacientes (inmigrantes o autóctonos, gitanos o no gitanos) de los que se percibe que hacen mal uso de los servicios, que comenten faltas de respeto, con los que se intuyen (aunque no sean explícitas) diferencias en cuanto a la orientación de las actuaciones y, también, sobre los que existen prejuicios, estereotipos y, a veces, también, actitudes francamente racistas. Todo ello, claro está, puede darse por ambas partes.

Pero, aunque no los señalen como frecuentes, muchos profesionales sí destacan de manera clara que parecen ir en aumento, algo que relacionan fundamentalmente con varias cuestiones, entre las que no se menciona ninguna característica atribuida ni en

exclusiva ni de manera diferencial a población inmigrante: el incremento en el nivel de exigencia de la población en general; la *cultura de la inmediatez* que hace que cualquier retraso, lo sea o no, se perciba de manera muy negativa y genere enfrentamientos con el personal; el deterioro de la calidad de la asistencia y el incremento de la presión asistencial; el desconocimiento de las patologías y las capacidades del sistema sanitario (y el paradigma biomédico) para darles respuesta, que generan demandas que no pueden resolverse de la manera que pretende el usuario; las dificultades de convivencia existentes en algunos barrios, que fácilmente se trasladan a los centros sanitarios y hacia sus profesionales, etc.

R.- Exacto... ¿Cómo puede ser que yo tenga mi banco las 24 horas y por Internet y por teléfono me lo solucionen todo?... En temas de salud quiero lo mismo. 'Quiero que mi niño no tosa y me despierte por la noche, quiero que si mi niño tiene fiebre, que no la tenga mañana, no quiero que la enfermedad dure lo que tenga que durar, quiero... quiero todo, ¿no?', quiero que si mi niño tiene un neumonía me lo diagnostiquen a los 10 minutos de que tenga fiebre, aunque sea imposible'... Con lo cual... yo creo que es multifactorial. Realmente la gente tiene problemas para que le solucionen las cosas, en según qué entornos. La gente de primaria está muy atada por la imposibilidad de hacer pruebas complementarias en según qué sitios... las agendas *súper-llenas*, faltan pediatras... pero además la gente también quiere que los problemas se los solucionen ya... Y, entonces, la sensación que tengo, es de un sistema que tiene recursos puestos, pero que se usan de forma.... (...) (Pediatra en un hospital, hombre)

R.- Son igual de demandantes [la población inmigrante]. Y además tienen la noción de que la medicina occidental muchas veces puede con todo y que si no se les cura un moco es que a ti no te da la gana de curarlo y les es muy difícil de entender que por un resfriado tú no les des ningún medicamento. Entienden que es como un ahorro del sistema. Es mucho más difícil de transmitir la idea de que...una tos, que es más aparatosa, por ejemplo, ¿no?, pues dele lavados nasales y mucha agua y un poquito incorporado por la noche... Y es difícil hacerles entender que un constipado, pues agüita y poca cosa más, pues en la medicina occidental, en un servicio de Urgencias, pues no sabemos, realmente no sabemos curar los constipados, no sabemos. Ni sabemos curar una varicela, ni sabemos curar ningún virus, ¿no? El que no tiene vacuna, pues no sabemos curarlo y ya está. Y esto les cuesta mucho de entender. (Pediatra en un CAP, mujer)

No es posible, tampoco, dejar de mencionar tres cuestiones más, específicas para la población inmigrante. Una, que, en general, durante la observación participante no he observado un nivel de exigencia diferenciado entre la población autóctona y la inmigrante sino que, más bien, la percepción apuntaría, en general, hacia una población habitualmente respetuosa, incluso sumisa, por mucho que los casos concretos, que evidentemente existen, de conflicto y reclamación (a veces acertada, pero otras veces bastante injusta hacia los profesionales) sean muy llamativos. Otra, que aparte de reconocer las dificultades para el ejercicio de las profesiones sanitarias en las circunstancias actuales, persiste en algunos profesionales –ni mucho menos una mayoría pero sí un número que merece la pena tener en cuenta– un trasfondo, no fácil de ver, en el cual las exigencias, reivindicaciones o a veces incluso el simple ejercicio de los derechos por parte de la población inmigrante se vive con cierto resentimiento como si, en el fondo, se tratara de una población con menos derechos:

R.- O sea que, informadas parece ser que están. Bueno, sobre todo las marroquíes están muy informadas. Saben todo, todo lo que entra gratis, lo saben. Y todos los derechos. Te dicen muchas veces: 'Es que yo tengo derecho a no sé qué'. Bueno, tienes derecho como todos y dentro de un límite, ¿eh? Son muy protestones. (...) (Profesional administrativo de un CAP)

P.- ¿Notáis que hay una demanda de inmediatez?

R.- Sí, hombre, y si tú le das carta, si tú le dices que sí, lo vendes todo. Es aquello que tienes tres médicos, como si tienes seis, ¿eh?, si tú das, ellos cogen. Por comodidad, por lo que sea, ¿no? Si dices ‘no, no lo puedo asumir, de hoy para mañana...’ (...) (Profesional administrativo de un CAP)

Y una tercera, paralela, es que detrás de los conflictos, o simplemente desencuentros, se encuentra muchas veces la realidad, de un lado de la mesa de la consulta, de personas que, en otros ámbitos, o también en el sanitario, han podido sentirse maltratadas o discriminadas o que, simplemente, lo han tenido difícil, de modo que fácilmente puede pasar que, cuando encuentran un ámbito en el cual ejercer sus derechos en términos de igualdad, persista cierta desconfianza y se dé una tendencia a la exigencia y a la reclamación, con razón o sin ella. Y, al otro lado de la mesa, estarían frecuentemente profesionales con un elevado nivel de presión asistencial, con recursos que se perciben como limitados para hacerle frente y con un nivel de reconocimiento de su trabajo que también percibe como insuficiente (menos por parte de los pacientes, más por parte de los responsables del sistema), que hacen que cualquier situación que les suponga, realmente o no, un incremento de las dificultades para trabajar o de la responsabilidad que asumen –ya grande de por sí– no sean bien recibidas, más todavía si no van acompañadas de medios adecuados para abordarlas:

P.- ¿En general?

R.- (...) Pues con las listas de espera de especialistas... pero es que la lista es para todos. Ellos se creen, como que tú, por ser paquistaní, te voy a dar para más tarde.

P.- ¿Esto lo dicen habitualmente?

R.- Siempre, habitualmente. Pero los gitanos también, ¿eh? Los gitanos cuando van al culto y les da por... O sea, no sé qué es lo que les pasa allí y vienen aquí: ‘Es que sois unos racistas, no sé qué’. Yo muchas veces les digo: ‘¿Usted se cree que si yo fuera racista llevaría aquí quince años trabajando? No, que yo ya me hubiera ido, si yo fuera racista’. Lo que pasa es que las cosas son como son y no podemos más. Y a mí es que... para la lista de espera de especialistas a veces se te cae la cara de vergüenza. Pero es que no está en mi mano. Que el oculista esté dando para el mes de Enero... [la entrevista se hace en junio] Yo no puedo... Nosotros no podemos hacer nada. Y ya está, yo creo que es eso. (Profesional administrativo de un CAP)

En cualquier caso, y ya para terminar este apartado, no puede dejar de señalarse que es urgente realizar campañas de información a los usuarios, a todos, sobre los derechos relativos a la asistencia (de todos), sobre el funcionamiento de los servicios y, especialmente, sobre la necesidad de un uso responsable de los mismos.

CAPÍTULO 6. LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LOS PRINCIPALES DETERMINANTES DE SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE

En este capítulo abordaré algunos de los principales determinantes de salud referidos a la población inmigrante a la que atienden los profesionales sanitarios con los que he trabajado, basándome tanto en sus propias valoraciones durante las entrevistas como en la información recabada durante la observación participante. Para ello, de manera análoga a lo que ya hice en el capítulo anterior, mantendré una estructura similar a la que empleé en el Capítulo 3 al tratar estas cuestiones.

Pero, antes, comenzaré aclarando varias cosas. En primer lugar, aunque ya lo he dicho en los dos capítulos anteriores, vuelve a ser necesario recordar que los datos que se ofrecen no son, ni pretenden ser, estadísticamente significativos: no fue ésta, en ningún momento, la pretensión durante la investigación. Tampoco se trata de un estudio epidemiológico y, por lo tanto, se abordan tan sólo algunos determinantes en salud, los más relevantes de los que pueden ser percibidos en los dispositivos sanitarios de asistencia directa y en una investigación del tipo de la que realicé. Que no espere el lector, entonces, datos estadísticos exhaustivos sino, más bien, la descripción de tendencias, actitudes o hechos relevantes a los que creo que es imprescindible prestar atención para intentar una adecuada comprensión de los fenómenos implicados en la situación de salud y necesidades en torno a la asistencia sanitaria de población inmigrante.

En segundo lugar, los datos proceden del trabajo de campo que llevé a cabo en los centros sanitarios y durante las actividades de formación realizadas con profesionales sanitarios y recogen las percepciones y opiniones de éstos y las mías propias pero, salvo que lo explicito, no de los pacientes puesto que no era el objetivo de mi investigación. Para este tipo de datos, remito, de nuevo, a los informes de cada uno de los etnógrafos del equipo, especializados en las diferentes poblaciones y cuyos conocimientos sobre esto son, sin duda alguna, superiores a los míos.

Tercero, tal y como señalé también en los dos capítulos anteriores (Capítulos 4 y 5), buena parte de los datos obtenidos son concordantes para la observación participante, las entrevistas y las opiniones recogidas durante las actividades de formación pero, de existir discrepancias, las indicaré de manera explícita.

Cuarto, ya expliqué también en el capítulo de metodología (Capítulo 4) que el objetivo era prestar atención a las desigualdades sociales en salud y las características en cuanto a asistencia a población inmigrante en el sistema sanitario público catalán por lo que los datos se refieren, de manera mayoritaria, a este tipo de población. No obstante, en algunos casos, especialmente en lo que se refiere a las variables sociodemográficas, he considerado oportuno mencionar cuestiones relacionadas con la población autóctona, tanto gitana como no gitana, con fines expositivos y de contraste.

Finalmente, y aunque es algo que he hecho ya reiteradamente, me gustaría insistir en que algunas de las valoraciones que escriba a continuación respecto a las percepciones y

conocimientos del personal sanitario no deben entenderse en ningún caso como críticas fáciles o gratuitas sino que pretenden ser observaciones emitidas desde el respeto y la profesionalidad y que buscan una vertiente constructiva. Puede ser que lo que diga no siempre resulte halagador o agradable para algunos profesionales pero lo digo desde el firme convencimiento que sólo conociendo y reconociendo nuestras limitaciones (las de todos los profesionales implicados, de una u otra manera, en estas cuestiones) y apoyándonos en nuestras fortalezas conseguiremos mejorar la atención que se brinda desde nuestro sistema de salud. No encontrarán los profesionales sanitarios muchas personas que hagan un reconocimiento tan explícito de sus esfuerzos como la autora de este texto y que esté dispuesta a defender, de manera inequívoca, que es su profesionalidad la que, en buena parte, mantiene la calidad del sistema. Pero lo haré siempre desde la convicción de que si pretendemos conservarlo y, todavía más, mejorarlo, el primer paso es reconocer las carencias, buscar quién puede colaborar para minimizarlas –pertenezca o no a nuestra misma disciplina– y colaborar, juntos, para hacerlo.

1. LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE SUS PACIENTES INMIGRANTES

A continuación, abordaré, de manera necesariamente breve, algunas de las características demográficas y socioeconómicas básicas de los pacientes atendidos por los profesionales con los que he trabajado.

1.1. Características sociodemográficas generales

En lo que se refiere a las características sociodemográficas básicas de la población inmigrante a la que atienden, los profesionales señalan, de manera coherente con los datos estadísticos disponibles y con la observación participante en los centros, que, en cuanto a la edad, existiría un sesgo hacia una población adulta mayoritariamente entre los 20 y los 40 años aunque, obviamente, existe población más joven (nacida ya en destino o llegada en edades tempranas) y población que supera esta edad (con varias décadas de estancia, sobre todo, por ejemplo, entre inmigrantes procedentes de Marruecos o Guinea Ecuatorial). En este sentido, las percepciones de los profesionales (y los datos estadísticos concretos de los CAPs, aun con las limitaciones en cuanto a su formato a las que ya me he referido por extenso en los Capítulos 1 y 2) muestran diferencias que se explicarían, entre otras posibles razones, en función del tiempo que lleve llegando población inmigrante a la zona de referencia del centro y también de acuerdo con los criterios de asignación de cupos en cada uno de ellos.

En cuanto a la distribución por sexo, según los profesionales, varía mucho en función de los colectivos, siendo mayoritariamente hombres en el caso de las personas procedentes de la zona indo-paquistaní; mujeres, en el caso de las procedentes de Latinoamérica; y proporciones más equilibradas, aunque ligeramente a favor de los hombres, en el caso de los procedentes de Europa del Este, África Subsahariana y de países del Magreb. De nuevo, como en el párrafo anterior, destacar las limitaciones en cuanto a la calidad de los registros de datos y la existencia de diferencias entre los centros y los profesionales relacionadas con los flujos migratorios a los distintos barrios y ciudades.

P.- ¿Hombres entre los 20 y los 40? [Hablado de población subsahariana]

R.- Hombres y mujeres, pero más grandes, no. En cambio, árabes, sí. (...) Bueno, han venido muchos, los padres de los que ya estaban aquí. Y sudamericanos... sudamericanos tampoco, vienen los jóvenes a trabajar, parejas, ¿no?, hombre, mujer, niños que ya han nacido aquí o que han venido pequeños, pero no hay mayores. O sea, los incrementos de población que tenemos se ve mucho en el presupuesto de farmacia. El presupuesto de farmacia va por tramos de edad y sexo. Tienes una cantidad de dinero; y estamos aumentando mil usuarios cada año y el presupuesto de farmacia no varía mucho. La franja de edad... se paga poco. Se paga mucho a partir de los 65 [años]. (Profesional administrativo de un CAP)

En cuanto al nivel educativo, los profesionales destacan que es también, como cabría esperar, bastante variable, tanto a nivel de colectivo como, obviamente, de manera individual. En general, suelen señalar que el nivel es bajo (de acuerdo con sus propios criterios) o, como mucho, medio-bajo en el caso de las personas procedentes de África Subsahariana y países del Magreb siendo, además, comparativamente menor en el caso de las mujeres, algo que se observa también en países de Latinoamérica como Ecuador, Bolivia y Perú. El nivel pasaría, según recogen los profesionales en las historias clínicas y de acuerdo con sus propias impresiones, a ser medio en el resto de las procedencias y muchos señalan incluso que entre personas procedentes de Argentina, Chile o Colombia, de países del Este de Europa como Rumanía o Polonia y, en algunos casos, de la India y Paquistán, pueden encontrarse titulados universitarios, aunque no sea el perfil más frecuente.

En cuanto a la comparación con la población autóctona no gitana, suele señalarse que en el caso de la población inmigrante el nivel educativo suele estar, de media, por debajo, aunque cabría hacer respecto a esto, una matización, que reconocen los propios profesionales y que se hace visible con claridad durante la observación, que es el caso de aquellos barrios donde la polarización de la población es clara, en el sentido que ya comenté en el Capítulo 5, y en los que vive de manera mayoritaria población autóctona gitana (de edades diversas), población autóctona no gitana en situación de precariedad económica (cunado no directamente marginal) y a menudo de edad avanzada (muy frecuentemente procedente de migraciones internas en los años sesenta y setenta, que suelen tener un nivel educativo bajo) y población inmigrante. En esta situación, en ocasiones, y especialmente cuando los inmigrantes proceden de la zona indo-paquistaní, muchos profesionales señalan que su nivel educativo *eleva* un poco el global para el barrio.

R. - Sí, los paquistanís tienen buena formación, incluso muchos de los pakistanís suelen ser de familia pudiente o que tienen terrenos en Paquistán o que tienen estudios. Tengo unos cuantos que son militares. Muchos saben hablar inglés, que sepan hablar inglés quiere decir que han tenido acceso a la educación. A nivel cultural, comparando en su país de origen, los paquistanís tienen un mayor nivel. (Médico especialista en unidad especializada en atención a enfermedades infecciosas)

R. - Sí, sí. Tenemos gente con un nivel alto, licenciados, abogados... La mayoría de estas mujeres [de una gran variedad de países de Latinoamérica] que te digo que pueden ser casi la mitad de nuestros pacientes, pues igual resulta que en su país de origen no estaban con la azada labrando el campo, pero muchas de ellas hacían trabajo en el sector comercio, casi todas; la mayoría a los 16 años dejaban los estudios. Los pacientes en los que estoy pensando, la mayoría no tiene estudios. (Psiquiatra en unidad específica para población inmigrante)

P.- A nivel de formación, ¿se distingue algún tipo de diferencia entre los grupos?

R.- No. Los sudamericanos sí, muchos de ellos vienen con una formación secundaria o incluso universitaria. Y yo diría que, claro, los que vienen del campo, los del Rif, formación, ninguna. (Pediatria en un hospital)

Llama la atención, sin embargo, que incluso entre los profesionales de Medicina de Familia que ejercen en primaria y que, teóricamente, tienen una orientación más hacia la Medicina Comunitaria, la estimación del nivel educativo de sus pacientes es precisamente esto, una estimación, puesto que pocos conocen datos más concretos y los recogen de manera sistemática. Y esto sería así por varios motivos, que van desde el escasísimo tiempo disponible para las consultas (incluso para las que se realizan la primera vez, al abrir la historia clínica), la poca relevancia que se da a disponer de datos exhaustivos, a menudo conformándose el profesional (incluidos quienes recogen los datos administrativos para las TSI y los registros médicos) con una apreciación subjetiva (con frecuencia sesgada por estereotipos, de forma que la información puede ser errónea o sesgada) hasta también, a veces, la tendencia entre los profesionales de asistencia directa a evitar preguntarlo expresamente por temor a colocar al paciente en una situación que le resulte incómoda o que también sea difícil de interpretar (en el caso de estudios no reglados o sistemas educativos muy diferentes), tendencia que sería mayor, como parece lógico, entre aquellos a los que este tipo de datos les parecen menos relevantes.

Esta situación se daría también cuando se habla del nivel económico y del tipo de trabajo. La tendencia general es a situar a la población gitana autóctona en actividades como la venta ambulante y a la población inmigrante en trabajos manuales de escasa o nula calificación y nichos laborales también muy concretos, como la construcción –en el caso de los hombres– o el servicio doméstico y el cuidado de niños y ancianos –en el caso de muchas mujeres, especialmente las procedentes de algunos países de Latinoamérica. Estas atribuciones, a pesar de resultar acertadas en multitud de los casos, no necesariamente lo son en muchos otros, especialmente en población con más tiempo de estancia en destino o con niveles formativos más elevados (ya en origen o adquiridos aquí), por no hablar, especialmente en algunos colectivos, de la relevancia del autoempleo o del empleo dentro del propio grupo, con niveles de estabilidad y ganancias muy variables (desde la venta ambulante sin licencia, hasta restaurantes, locutorios...). Por otra parte, como ya vimos en el capítulo 1, el registro de los datos es a menudo tan genérico que acaban perdiendo significación: dentro, por ejemplo, del sector de la construcción se pueden realizar trabajos muy diferentes, con volúmenes de ganancias y riesgos asociados a la salud también muy distintos. Así, se pone de manifiesto, una vez más, la limitada información de la que dispone el personal sanitario sobre la realidad social y económica de muchos de sus pacientes lo que, si bien puede ser verdad que no es de su responsabilidad exclusiva ni tiene necesariamente una repercusión directa en su capacidad para atenderlos de manera eficiente desde un punto de vista exclusivamente biológico, también lo es que deja de lado toda una serie de condicionantes que pueden estar influyendo en la salud física y psicológica –o no haciéndolo, aunque se presuponga que sí– y obviamente, de nuevo, toda la dimensión más comunitaria de la salud.

P.- A nivel socioeconómico, ¿notas diferencias entre autóctonos, marroquí y rumanos?

R. - *Síii*, hombre la población nuestra, es un nivel medio-bajo, ¿no?, pero ellos más por debajo, claramente. Los rumanos, hace poco que han llegado, un año o dos como mucho, pero sí, yo creo

que tienen un nivel bajo; pero ya te digo a veces es difícil captar... un poco lo intuyes, por la formación, por la profesión que tienen.... Pero sí, no cualificados; la mayoría trabaja en la construcción. (Enfermera de adultos en un CAP)

R - Todos tienen un perfil socio-económico bajo. Pero los que peor están son los subsaharianos, porque la mayoría que yo veo son recién llegados. Pero los paquistaníes y marroquíes tienen el mismo estrato social, deben tener casi igual poder adquisitivo, quizá un poquito mejor los paquistaníes, pero cuesta mucho poder cuantificarlo... (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Esto no significa, ni mucho menos, que los profesionales no sean conscientes de las posibles variables que modularían la situación económica de sus pacientes, como, por ejemplo, la disponibilidad o no de formación (habría que añadir, cuando es obtenida aquí o reconocida en nuestros términos legales), el tiempo de estancia, el que se haya procedido a la reagrupación familiar y/o a tener hijos en destino, etc.:

P.- Por lo que me describes, si es gente que ha podido hacer la reagrupación, es una situación económica media-baja, pero no muy baja...

R.- No. Cuando hablamos de que hay niños es porque ya la situación... hay un trabajo estable del padre y, menos veces, de la madre. (Enfermera de pediatría en un CAP)

Podríamos, entonces, afirmar sin temor a equivocarnos y, al mismo tiempo, sin intención de hacer una crítica excesiva ni poco constructiva, que nuestros profesionales sanitarios, en general –aunque, como siempre, con excepciones–, saben poco respecto al perfil sociodemográfico de sus pacientes. Surge, entonces, una posible crítica a esta afirmación: si estos datos existen (a nivel del Padrón Municipal, del Registre Central d'Assegurats (en el caso catalán) e, incluso, a partir de las TSIs en los propios centros), ¿cómo puede entenderse esta limitación en la información? Las razones parecen sencillas con una observación básica de nuestro sistema sanitario: no se trata de datos que resulten siempre fácilmente accesibles (por lo que no cabe pedir a la mayoría de los profesionales que inviertan tiempo en buscarlos y, menos aún, en seleccionar los que describen a su población usuaria), no siempre se refieren a la población concreta a la que atienden (porque están recogidos con otros criterios) y, como vimos en capítulos anteriores, en muchos casos, adolecen de falta de concreción y significación real, que limita sus posibilidades para un uso preciso. La siguiente pregunta que surge entonces resulta evidente: ¿necesitan tener esta información? Sobre las posibles respuestas a esta cuestión algo he ido diciendo ya y hablaré más en las siguientes páginas, pero podría apuntar aquí que dependerá sobre todo de qué tipo de atención a la salud y de sistema sanitario queramos: uno exclusivamente asistencial que atiende a la enfermedad –fundamentalmente aguda, además– u otro más amplio, más humano y humanista que atiende a la salud en su concepción más global.

1.2. Características sociodemográficas por colectivos

Hablando ya más concretamente de colectivos, la población autóctona no gitana de los barrios en los que se centró la investigación conjunta y, entre ellos, en los que yo trabajé de manera específica responde a perfiles muy variados tanto en edad como a nivel educativo y económico. Tan sólo destaca, como ya he comentado, la tendencia a que en determinados barrios de las ciudades, aquellos donde la vivienda es más barata y que en muchos casos fueron receptores de las migraciones internas procedentes de Andalucía,

Murcia o Extremadura, la población autóctona no gitana joven o de mediana edad se haya ido desplazando cuando su situación económica lo ha permitido, de forma que la población que queda en ellos es fundamentalmente anciana, de nivel educativo y socioeconómico bajo, con pensiones escasas y también, en ocasiones, algunas capas de población joven en situación o riesgo de exclusión social (junto, claro está, con los que, aun no estando en esta situación, han decidido quedarse en el barrio por diferentes motivos). Algo, de todos modos, que resulta más evidente durante la observación participante en los centros que en las impresiones de los profesionales recogidas en entrevistas.

Población autóctona no gitana. Nivel económico atribuido por los profesionales entrevistados				
	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fundamentalmente marginal	0	0	0	0
Fundamentalmente bajo	10	24,4	24,4	24,4
Fundamentalmente medio-bajo	26	63,4	63,4	87,8
Fundamentalmente medio-alto o alto	3	7,3	7,3	95,1
N/S	2	4,9	4,9	100
Total	41	100	100	

Población autóctona no gitana. Nivel educativo atribuido por los profesionales entrevistados				
	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fundamentalmente bajo	13	41,9	41,9	41,9
Fundamentalmente medio	14	45,2	45,2	87,1
Fundamentalmente medio-alto o alto	2	6,5	6,5	93,5
N/S	2	6,5	6,5	6,5
Total	31	100	100	

En relación con esta población, los profesionales señalan que se trata frecuentemente de personas en edades avanzadas o muy avanzadas de la vida, que viven o han vivido en situaciones económicas en muchas ocasiones precarias, lo que condiciona, como parece evidente, su estado de salud, sus necesidades en esta materia y el uso que hace de los servicios sanitarios. Este uso aparece condicionado, muy especialmente en población anciana más dependiente, por las propias condiciones orográficas y de dotación de los servicios en los barrios y en las viviendas (pisos sin ascensor, cuestas en las calles, transporte público no adaptado....) que dificultan un acceso normalizado a los servicios y aumenta, por poner un ejemplo concreto, el número de visitas domiciliarias de los profesionales de primaria. Y esta demanda asistencial que califican –muy

razonablemente— de elevada y compleja es la que muchos profesionales reivindican o ponen de relieve cuando muestran reticencias a añadir a sus cupos a población inmigrante o a que los compañeros que sí atienden a esta población tengan cupos menores que ellos (teniendo en cuenta también su posible complejidad).

P.- ¿De aquí del barrio de toda la vida?

R. - Sí, gente del barrio de toda la vida, sí.

P.- Y ¿de qué nivel económico?

R.- Muy bajo. Sí, sí. (...)

P.- ¿Y el nivel educativo?

R.- Sí, un nivel educativo justo, sí.

P.- ¿Y las viviendas, en general, de la gente de aquí del barrio?

R.- Supongo que ha habido cambios. Cuando se han reformado las partes del barrio que están reformadas, la gente que sale de estas viviendas *han* ido a parar a pisos que están en *bastantes* buenas condiciones. Pero la parte no reformada y la parte que a lo mejor se ha reformado la fachada, se ha hecho una limpieza de cara..., internamente vive la misma gente, la misma gente pobre, la misma gente en malas condiciones y todo. (Médico de familia en un CAP, hombre)

P. Son autóctonos que deben ser de cierta edad ya, ¿no?

R. - La mayoría son de cierta edad, de 60 para arriba. Algunos hijos de estos, tengo, pero la mayoría son de 60 *parriba* y 65 *parriba*.

P.- ¿Nivel económico y educativo?

R.- Nivel económico... medio tirando *pa* bajo, bajo-alto. Bajo...

P.- En la carga asistencial, ¿tiene repercusiones?

R.- Carga asistencial importante, a ver... Mirando la lista de edades cada día... pues más de la mitad del cupo son mayores de 75 años. O sea... (Médico de familia en un CAP, hombre)

R.- (...) ...es gente bastante joven, todos extranjeros o población muy mayor, muy mayor... que, además, pues bueno, nos distorsionan. Pues tenemos muchas señoras que están viudas... que están solas... y ya, pues... Tenemos tres o cuatro que, como vengán las tres el mismo día, ya nos han vuelto locas a todas. Porque pueden venir tres veces en la misma mañana... '¿Y cuándo me has dicho que venga?' y '¿Cuándo tengo que venir?' y '¿Qué día me has dicho?'. Y, luego, tanto vienen, vienen, vienen y el día de la visita, no vienen. También es un poco caótico. (Profesional administrativo en un CAP)

En cuanto a los pacientes gitanos autóctonos⁴², la distribución de edades es variada en los barrios que se han considerado sin que parezca predominar, como en el caso descrito más arriba, los de edad avanzada, algo que también se explicaría, al menos en parte, por los patrones preferenciales de asentamiento en grupos familiares de esta población marcados —también pero no sólo— por pautas culturales. En cuanto al nivel educativo, la práctica totalidad de los profesionales que los atiende en un porcentaje relevante señalan que es bajo, especialmente para los sectores en edades medias y elevadas, y más bajo que el de la población mayoritaria e incluso menor que en algunos de los colectivos inmigrantes.

⁴² Para una descripción más completa, remito al lector al informe específico, dentro de la investigación, para esta población: Méndez C. (2009) *Gitanes, gitanos i salut*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.

Población autóctona gitana. Nivel educativo atribuido por los profesionales entrevistados				
	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fundamentalmente bajo	20	95,2	95,2	95,2
Fundamentalmente medio	0	0	0	95,2
Fundamentalmente medio-alto o alto	0	0	0	95,2
N/S	1	4,8	4,8	100
Total	21	100	100	

En cuanto al tipo de trabajo, los profesionales suelen señalar fundamentalmente la venta ambulante, y un nivel económico medio o, más frecuentemente, bajo aunque tanto en lo que se refiere éste como al educativo y también a las diferentes actitudes o características de esta población que se observa una tendencia a reproducir estereotipos y su realidad concreta en cada caso no siempre es bien conocida ni siquiera por parte de profesionales que los tienen como pacientes, a menudo a familias enteras, desde hace tiempo, aunque esto es algo de lo que no siempre son conscientes o incluso lo niegan.

Población autóctona gitana. Nivel económico atribuido por los profesionales entrevistados				
	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fundamentalmente marginal	0	0	0	0
Fundamentalmente bajo	16	55,2	55,2	55,2
Fundamentalmente medio-bajo	12	41,4	41,4	96,6
Fundamentalmente medio-alto o alto	0	0	0	0
N/S	1	3,4	3,4	100
Total	29	100	100	

Veamos algunos ejemplos, obtenidos en entrevistas:

R.- No, a los gitanitos sí... a los gitanos los conocemos bien, hombre... Si llevan aquí toda la vida.... Ya como de la familia... (...). Los *** y los *** [cita apellidos de familias gitanas del barrio]... de aquí toda la vida.

P.- ¿En qué trabajan?

R.- En los mercadillos, la mayoría, supongo... Bueno, no sé... supongo... como siempre, ¿no?

P.- Y, ¿a nivel de estudios?

R.- Supongo que poco... Bueno, tan concreto, no sé contestarte... pero poco.

P.- ¿Los más jóvenes también?

R.- Sí, sí,... No sé, los más jóvenes... quizá, no sé... yo diría que poco también. (Médico de familia en un CAP)

P.- Hay todavía más recelos que hacia los inmigrantes a veces, ¿no?

R. - Sí. Sí, no sé, estos vinieron también a clase... [Habla de un curso sobre interculturalidad en el que intervenían mediadores de diversos colectivos] Y a mí, las que más me gustaron fueron las gitanas, porque fueron tan divertidas, y son muy así... pero me gustó, porque hablaban del *mal fario* y... nos reímos. Bueno, está bien, fue interesante. (Profesional administrativo de un CAP)

R. - La población gitana autóctona, pues hay de todo. Dicho de alguna manera, la mayoría de los que vemos es el gitano típico [Se ríe]. No sé si me explico, ¿no? Sí que hay alguno que ves que... Siempre con la población gitana, está el gitano típico, digamos... y, luego, están los gitanos que ves que están... como más integrados en la sociedad mayoritaria. O sea, el gitano menos gitano, para que nos entendamos... Pero, vamos, la mayoría para mí sería el gitano habitual. (Pediatra en un hospital, hombre)

En cuanto a los pacientes procedentes de países del Norte de África, es necesario hacer una puntualización: los datos padronales para Cataluña correspondientes a las fechas en las que se realizó la investigación⁴³ muestran que los porcentajes de población norteafricana se refieren de manera mayoritaria a personas procedentes de Marruecos y, con menos frecuencia, Argelia, seguidos muy de lejos de otros países del Norte de África. En las siguientes páginas, el lector podrá observar que, en ocasiones, utilizaré la denominación *Magreb* o *población magrebí* para referirme a personas de estas procedencias aunque mayoritariamente son de Marruecos. Se trata de una denominación incorrecta, por incompleta, pero la manejaré (siempre que sea útil para la exposición) cuando sea relevante mantenerme fiel a la forma de expresarse y a los conocimientos del personal sanitario, que suele utilizarla como sinónimo de marroquí⁴⁴.

La mayor parte de los profesionales desconocen además el hecho que en Cataluña gran parte de la población procedente de Marruecos pertenece a la etnia *amazigh*, mayoritaria en aquel país pero alejada de los ámbitos de poder y con un nivel económico y educativo habitualmente muy por debajo del de los *árabes* procedentes del mismo país. La mayor parte de los profesionales sitúa a estos pacientes en el Norte de África, en el Magreb o en Marruecos y los denomina, de manera genérica, marroquí, árabes o, incluso, musulmanes, pero muy pocos están informados de su pertenencia étnica y, menos todavía, de las implicaciones que ésta tiene. Aunque existen excepciones que, como también es habitual, suelen darse entre aquellos profesionales más interesados por el tema de la interculturalidad y que defienden un tipo de asistencia sanitaria entendida en términos que van mucho más allá de la atención a lo meramente biológico.

P.- Me dices que el colectivo mayoritario son marroquí..., ¿sabes si son árabes o *amazigh*...?

R.- [Pone cara de que no sabe] No.

P.- [Parece que no conoce el término *amazigh*, por lo que cambio a *bereber*] Esta chica que me dices, ¿es árabe o *bereber*? [Se refiere a una mediadora de origen marroquí con la que asegura tener mucho contacto]

⁴³ Estos datos pueden consultarse en las webs del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es).

⁴⁴ Para una descripción más completa, remito al lector al informe específico, dentro de la investigación, para esta población: Casado I. (2009) *Representacions i pràctiques entorn de la salut entre la població marroquina de Catalunya*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.

R.- Yo diría que es *bereber*. Yo diría, pero no te quiero engañar porque siempre me hago unos líos... *Bereber* son los del ámbito rural, ¿verdad? Yo diría que es *bereber*. Porque aquí lo que tenemos más, es ámbito rural. (Profesional administrativo de un CAP)

P.- ¿Sabes si son árabes o...?

R.- Por eso te preguntaba antes si tenía más *berebers*, porque aquí a nosotros parecía que predominaban los árabes. Los *berebers* son los que suelen hablar francés, ¿no?

P.- Depende, claro, pero es más frecuente que si hablan francés sean árabes...

R.- Ah, pues... Pues entonces yo creo que predominan los árabes. (Psiquiatra en un hospital)

Cuando se preguntaba por la procedencia, solían indicar que proceden de Marruecos y eran pocos los profesionales que disponían de más información:

Pacientes del Magreb. Procedencia concreta estimada por los profesionales entrevistados				
	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Pocentaje acumulado
Fundamentalmente árabes de Marruecos	1	2,1	2,1	2,1
Fundamentalmente Imazighen	12	25	25	27,1
Fundamentalmente Marruecos pero no sabe grupo étnico	25	52,1	52,1	79,1
Marruecos, Argelia u otros	6	12,5	12,5	91,7
N/S	4	8,3	8,3	100
Total	48	100	100	

En cuanto a la edad, la mayoría de los profesionales destacaban que suele tratarse de pacientes jóvenes, entre los 20 y los 40 años aunque, dado que se trata de una de las poblaciones con una migración más antigua, es más probable que haya niños ya nacidos o criados en destino (incluso ya en edad adulta) y también personas en edades más avanzadas que, o bien vinieron hace varias décadas o han sido reagrupados por familiares con una situación más estable. Además, se trata del colectivo que recoge a la mayor parte de los menores no acompañados.

P.- ¿Suelen ser hombres solos, familias...?

R.- Hombres, pero también tenemos familias. Lo que pasa es que las familias vienen cuando vienen las mujeres. Las marroquíes suelen venir bastante acompañadas de los hijos, para que les hagan la traducción. Tenemos un poquitín de todo... tenemos gente bastante maja... (Enfermera de adultos en un CAP)

En lo que se refiere al sexo, aunque se sigue señalando una predominancia de los hombres, ésta es muy ligera. En determinadas zonas de Cataluña (entre ellas una en la que se encuentra uno de los CAPs donde hice observación participante) se trata de población asentada desde hace unas dos décadas y lo más frecuente parece ser encontrar familias extensas.

Respecto al nivel educativo, suele señalarse como medio o, más frecuentemente, bajo aunque también hay profesionales que hablan de la existencia de personas con niveles formativos superiores que, cuando se conocen las cuestiones relacionadas con

pertenencia étnica, suelen identificarse como *árabes*. No puede olvidarse tampoco que, en determinadas zonas, como he indicado, no es ya infrecuente encontrar adultos jóvenes que han desarrollado todo su itinerario formativo aquí, llegando a niveles medios y altos.

Otro de los hechos que se destacan respecto a esta población es el nivel considerablemente más bajo de formación de las mujeres respecto a los hombres, fundamentalmente en el caso de las mujeres amazigh, siendo el colectivo en el que se darían más casos de analfabetismo en cualquier idioma (especialmente en mujeres de edades avanzadas, pero, en cualquier caso, sin llegar a ser lo más frecuente). De manera paralela, los profesionales destacan también las dificultades de las mujeres para aprender catalán y/o castellano, lo que suelen relacionar con su bajo nivel formativo de partida y el que aseguren con frecuencia que trabajan poco fuera de casa, salen poco del hogar y se relacionan escasamente con población autóctona más allá de lo estrictamente necesario, como en el ámbito sanitario o educativo. De manera esperable, los profesionales señalan las dificultades que esto comporta para la comunicación y la utilización de los servicios sanitarios.

R.- (...) [Continuación de una cita anterior] Y yo diría que, claro, los que vienen del campo, los del Rif, formación ninguna.

P.- ¿Son *amazigh*?

R.- Sí, son *amazigh*.

R.- ¿Mayoritariamente?

R.- Yo diría que hay un gran porcentaje *amazigh*. Y, después, el padre puede tener cierto nivel de primaria o secundaria quizá, pero las mujeres, si tiene primaria o saben leer y escribir, esto ya es lo máximo que tiene la mayoría. Hay un grupúsculo que quizá tiene estudios más elevados, que ya las ves, son mujeres jóvenes, que proceden de la ciudad, que tienen un francés fluido y que les cuesta muchísimo menos aprender la lengua de aquí, el castellano o el catalán, ¿no? Hice hace años un estudio porque sistemáticamente recogía una serie de datos, ¿no? Ahora ya son tantísimos que es imposible; pero antes del 96, de las mujeres marroquíes que hacía más de cuatro años que estaban aquí, un porcentaje como el treinta y pico por ciento todavía no tenían conocimientos suficientes del idioma. Y después del 96 hubo otra recogida de datos y seguía habiendo el mismo porcentaje, mientras que entre las subsaharianas había disminuido mucho el porcentaje del grupo que yo había analizado antes del 96; entonces, un porcentaje similar a éste no tenía ninguna noción del idioma y, en cambio, cuatro años después este porcentaje había disminuido muchísimo. (...) Ahora empiezan, pero, desde luego, las *amazighs* son mujeres que se quedan mucho en casa. (Pediatra en un hospital, mujer)

Precisamente, en cuanto al trabajo y el nivel económico de las mujeres de origen marroquí (junto con, aunque en menor medida, la población paquistaní) se suele decir con mayor frecuencia que trabajan poco fuera del hogar aunque, cabría hacer sobre esto tres matizaciones. Una que, obviamente, esto no siempre es así, sobre todo en las generaciones más jóvenes y en las nacidas o formadas aquí. La segunda, que sería válida también para mujeres de otros colectivos –ya no lo repetiré al hablar de ellas– es que es más que posible que exista una cierta infradeclaración puesto que uno de los principales sectores laborales para estas mujeres es el servicio doméstico donde, a menudo, trabajan sin contrato: el miedo y también un cierto pudor a manifestar que se hace este tipo de trabajo y en estas condiciones, puede llevar a que algunas de estas mujeres prefieran *cumplir con el estereotipo* y decir que no trabajan fuera de casa. Y la tercera, –también válida para otros colectivos– es que es necesario, como ya he hecho en páginas anteriores, tener presente el tipo de relación que la población usuaria (inmigrante o no) en general y estas mujeres en particular mantienen con el personal sanitario y hasta qué punto permitiría un conocimiento bien contextualizado.

R.- Parece muy interesante. Lo ves, porque marroquíes no hay muchos. Por lo menos en nuestro cupo. Las mujeres lo pasan muy mal, ¿eh? Bueno, hay algunas que me hacen gracia porque son ya muy modernitas y muy tal, ¿no?... pero varias que han venido últimamente no hablan nada castellano y están muy en casa, muy en casa cuidando del marido, de los hermanos 'de' y realmente están como encerradas, ¿no? Entonces estas mujeres lo pasan realmente mal. Ellos no, porque salen a trabajar, pero ellas están todo el día en casa encerradas. Aparte, algunos... me he encontrado con uno que... los hermanos no las dejan salir. (Enfermera de adultos en un CAP)

En cuanto a los hombres, como para otros grupos, el sector que los profesionales referían con más frecuencia es, con diferencia, el de la construcción seguido de la hostelería y, muy de lejos, el comercio étnico, moviéndose, en general, en estimaciones en torno a la franja de nivel socioeconómico medio-bajo o bajo:

P.- ¿Se nota diferencia a nivel socio-económico entre los grupos?

R.- No te sabría decir, no.

P.- ¿Y en comparación con la población autóctona?

R.- Sí, sí [insiste], esto seguro. Me consta que muchas veces haces un consejo alimentario para un lactante... del pollo y de la carne y cuándo introducir y tal y tal y sabes pues que no siempre es seguido por posibilidades económicas, ¿no? Pero así como antes no tenían Seguridad Social, pues en este momento todos tienen Seguridad Social... todo el mundo tiene Tarjeta Sanitaria... (Enfermera de pediatría en un CAP)

P.- ¿En qué trabajan?

R.- Construcción, construcción. Pero el 98%. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

P.- ¿El nivel económico?

R.- En general, bajo.

P.- ¿Más bajo que la población de aquí?

R.- Sí. Sí. Gente que tiene bastante más problemas de tipo laboral.... O sea, ... no sé si sólo es por el nivel o no, pero te transmite como más sensación de precariedad en sentido de 'Uy que no puedo faltar a mi trabajo' o 'Uy, me tengo que ir'... Ingresar es un problema... bueno, esto quizá lo vamos a tratar más adelante en una entrevista... Pero sí les ves como mayor... dificultad para venir al hospital... si tienen o no tienen coche... los transportes públicos... y eso es un problema 'porque tengo que trabajar y si no voy igual pierdo el trabajo...' y tal. De aquí, hombre... también los vemos... aquí también hay bolsas... pero, en general, sí que tienen peor nivel. (Pediatra en un hospital, hombre)

P.- A nivel económico, ¿cómo están?

R.- Yo creo que tienen muchos problemas. Aunque, antes de los problemas estos inmobiliarios parecía que algunos compraban casas, ¿no?,... que te llamaba la atención. Pero... vaya, en general yo creo que tienen muchos problemas. (Psiquiatra en un hospital)

Muchos profesionales, sin embargo, puntualizan que es más frecuente encontrar niveles socioeconómicos medios en las familias extensas con más años de asentamiento y que las situaciones más inestables o precarias suelen corresponder a hombres solos y/o con menor tiempo de estancia.

Finalmente, en cuanto al trabajo, los marroquíes son la población que más se referencia cuando se habla de accidentes laborales, algo que, aun sin disponer de datos cuantitativos, también parecía salir a relucir durante la observación participante. En

cuanto a las posibles causas, la mayoría de las explicaciones proceden de la observación en la consulta y durante los comentarios a casos concretos y se relacionarían con una edad que se supone excesiva para trabajos físicamente duros en la construcción, la escasa información sobre prevención de riesgos laborales en este mismo sector, junto con la también escasa capacidad de los trabajadores de reclamar formación y medios en este sentido (dada su situación laboral, a veces, precaria e inestable) y el volumen elevado de horas de trabajo en todos los sectores.

En lo que se refiere a la población de *procedencia indo-paquistaní*, aclarar que esta expresión, que he venido utilizando a lo largo de estos tres capítulos, surge de una agrupación que se realiza con criterios geográficos para referirse a personas procedentes de Paquistán y la India –sobre todo de la zona del Punjab– y, en menor medida, de Bangladesh, aunque se trata de nuevo de una agrupación que homogeneizaría a un grupo enormemente diverso en cuanto a situación socioeconómica en origen y patrones culturales, de manera que, igual que con la expresión *procedencia magrebí*, utilizándola, aunque sea imprecisa, pretendo reproducir las percepciones del personal sanitario para referirse a estas personas. De manera concreta, la mayoría de los profesionales piensan que la procedencia es, mayoritariamente, de Paquistán, y encuentran muchas dificultades (si no consultan los datos estadísticos) para diferenciar a estas personas de las de India o Bangladesh.

En cuanto a su distribución por edad y sexo⁴⁵, los profesionales señalan que se trata, de manera casi exclusiva, de jóvenes entre 20 y 40 años y fundamentalmente hombres solos puesto que el proceso de llegada de las mujeres, casi siempre reagrupadas por los maridos, parecería estar –en el momento de realización del trabajo de campo– en fases más recientes, aunque debo decir que en la observación en las consultas la diferencia no me pareció tan llamativa.

En cuanto al nivel educativo, también la mayoría de profesionales sanitarios destacan que parece ser ligeramente superior al resto de colectivos, con un cierto porcentaje de titulados medios y superiores aunque, respecto a esto, la observación (en consulta y a partir de los datos recogidos estadísticos de los CAPs, con los sesgos que esto supone) sólo corroboraría estas impresiones en el caso concreto de población de la India. Aun así, se sigue señalando un nivel educativo menor en el caso de las mujeres (aunque superior al del resto de los grupos) y también dificultades para el aprendizaje del idioma similares al colectivo marroquí, especialmente las procedentes de Paquistán, pero, también, en menor medida, las de la India.

P.- Y el colectivo paquistaní, ¿son hombres, son familias..?

R.- Sobre todo hombres y ahora han ido viniendo mujeres, y algunos vienen con críos aquí... (...).Me parece gente que a lo mejor también... más abierta.

P.- Con un nivel cultural...

⁴⁵ Para una descripción más completa, remito al lector al informe específico, dentro de la investigación, para esta población: Valenzuela H. (2009) *Informe sobre població pakistanesa* corresponent a la investigació *Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.

R.- Sí, superior al marroquí y, bueno, que el gitano rumano... Y, aparte,...más habladores. Pero ves gente que se abre, que... No sé... te explico el caso de uno que teníamos que nos vino a enseñar la foto de la novia. Nos explicó que iba a casar.... Bueno... Pobrecita, la mujer... la mujer tiene dos hijos ya... el mayor ya vive aquí... y hemos vivido el noviazgo casi, ¿no? Nos trajo la foto, que se iba a casar y tal... luego ya nos trajo a la novia para que la viésemos. Una chica majísima... (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- ¿Y de la India...?

R.- No, en la India no. Es más, a lo mejor de 100, dos traduzco de India. Yo creo que la comunidad india aquí sabe hablar, entonces no requiere, no necessita [traducción en el ámbito sanitario].

P.- ¿Tiene más estudios, en general, que la paquistaní?

R.- La mujer sí.. El graduado, lo tienen. La mayoría, ¿eh?, puede haber [otros] casos.

P.- ¿Hablan inglés, habitualmente?

R.- Poco, poco. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

En cuanto al nivel económico y al trabajo, es junto con el colectivo marroquí (pero en este caso parece que todavía en mayor medida) el que menos trabajo femenino registraría, según los profesionales de la salud que los atienden; algo que relacionan con el menor tiempo de estancia de las mujeres y patrones culturales pero que, de acuerdo con la observación participante, podría deberse, además de a los factores mencionados antes, también al tipo de permiso de residencia, ligado a menudo a la reagrupación familiar.

P.- A nivel socioeconómico, ¿destacarías algo?

R.- ¿De los inmigrantes? Bueno, hay un poco de todo también, ¿no? Están, por ejemplo, los paquistanís, yo pienso que son gente que se han adaptado muy bien. Trabajan...

P.- ¿Viven un poquito mejor que los demás?

R.- Yo creo que sí, por lo que observo... Están bastante bien, cumplen muy bien, las normas y sus visitas... Yo creo que están muy adaptados, los paquistanís. (...) Ellas vienen después, no salen tanto quizás... (...) Pero ellos, es que no sé, pienso que son como más inteligentes. Incluso, ¿no? Como con más cultura... (Comadrona en un hospital)

P.- ¿Y las mujeres habitualmente hablan el idioma?

R.- No, les cuesta más. Les cuesta más, yo creo.

P.- ¿Por qué?

R.- Porque están de amas de casa. Yo creo que... La mayoría de las mujeres que conozco tienen más de dos niños, entonces es un poquito difícil que... Siempre están diciendo: 'Tengo que ir a buscar al niño que ahora tengo visita, pero espera que dejen el carrito aquí y voy a buscar al otro', ¿no? Entonces están como *enfeinadas* con los niños. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

En cuanto al sector laboral de los hombres, según los profesionales se centraría fundamentalmente en la construcción y el porcentaje de comercio étnico (sobre todo, tiendas de comestibles y locutorios) sería algo mayor que en el resto de colectivos. El nivel económico parecería acercarse más al medio, siendo algo inferior en el caso de hombres solos y/o con menos años de estancia (que suelen vivir en pisos compartidos) a veces en condiciones difíciles. En realidad, algo que parecería lógico, puesto que para que la reagrupación familiar sea aceptada es necesario que quien la solicita acredite disponer de medios suficientes para sostener a las personas a las que pretende traer, lo que incluye disponer de trabajo y vivienda. Así lo expresan algunos profesionales, con visiones diferentes:

P.- Y el grupo este de pakistanís, ¿son hombres o mujeres?
 R. - Hombres.
 P.- ¿Hombres, fundamentalmente?
 R.- Sí.
 P.- ¿No han iniciado la reagrupación?
 R.- Muchos no, me parece a mí que no. (...)
 P.- Con una edad media de...
 R.- Sí, de 20 a 40, por ejemplo...
 P.- ¿Nivel económico?
 R.- Bajo-medio, yo diría...seguramente, bajo.
 P.- ¿Por debajo del nivel de estos ancianos autóctonos que decíamos o superior?
 R.-Yo lo veo un poco superior, con más capacidad de poner un comercio y de hacer alguna cosita por ellos mismos. Algo que a los otros los ves como pobres y un poco, entre comillas, desgraciados, ¿no? Que a lo mejor, los paquistanís no te transmiten esta desgracia que seguro que llevan detrás, porque su vida también puede ser un poema de migración, de salir de un sitio, de no... Pero a mí, me transmiten como menos desgracia, menos gravedad... (Médico de familia en un CAP, hombre)

P.- ¿Son hombres fundamentalmente en tu cupo? ¿Tienes alguna mujer?
 R. - De *pakis*, no. Bueno, a ver, sí que tengo, puedo tener dos o tres mujeres, pero no más. Hablan menos, .
 P.- Entonces, es más complicado el manejo, me imagino...
 R.- Bueno... primero, han de venir acompañadas y no hablan tampoco... y todo es vía... vía marido.
 P.- ¿Están legales, los que tienes en tu cupo? ¿Sabes?
 R.- A ver, no lo pregunto la mayoría de veces. No sé cómo se lo montan, pero la gran mayoría no trabajan. Y llevan tres, cuatro años y no trabajan [Se refiere a hombres que no han hecho reagrupación familiar]
 P.- ¿No tienen tiendas ni nada de eso?
 R.- No. Y cómo... A ver, los que tienen tiendas... primero, que saben más castellano: 'No, trabajo de...'. Pero más del 50%, de los míos, ¿eh?, los de la tarde pueden ser más todavía. ¿Legales, qué supondría? Tener un pasaporte... tener permiso de... (...) De residencia o de trabajo. Ya te digo, de trabajo, muy pocos trabajan.
 P.- Sorprende, ¿no?
 R.- Sorprende que... ¿De qué viven? Pues dicen: 'No...', el traductor, 'Amigos' [Da a entender que lo sostienen económicamente los amigos]. Ahora empieza a venir gente que ha trabajado y que está en paro, parados de...Crisis de la construcción. '¿Cuánto tiempo España?', 'Tres años', '¿Y antes?', 'Construcción', '¿Y ahora?', 'No trabajo'. (Médico de familia en un CAP, hombre)

En cuanto a los pacientes procedentes de países de Europa del Este, las procedencias son variadas y reflejan un nivel de heterogeneidad de perfiles económicos, educativos y de procesos migratorios muy amplio. Aunque la procedencia mayoritaria es la de Rumanía⁴⁶ no son escasos los polacos, moldavos, húngaros, etc.

En cuanto a los perfiles de edad y género, los profesionales refieren un reparto equilibrado de sexos y pacientes jóvenes, entre los 20 y 40 años.

⁴⁶ Para una descripción más completa de las personas no gitanas procedentes de Rumanía, remito al lector al informe específico, dentro de la investigación, para esta población: Torrens M. (2009) *Romanesos i salut als barris de Catalunya*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.

P.- Los rumanos, ¿son familia, tienen hijos, hombres solos...?

R.-. La mayoría son familias que están aquí, algunas con críos y luego algunos mayores pero también con hijos y nietos aquí. (Enfermera de adultos en un CAP)

Los niveles educativos, según los profesionales que los atienden, son muy variados, desde medio-bajo a niveles medios y superiores en algunos casos, sin que los profesionales señalen diferencias significativas respecto a las mujeres, que tampoco he advertido en la observación en las consultas.

En cuanto al nivel económico, según los profesionales, parece predominar el medio-bajo. En este caso existiría menor tendencia a concentrarse en un único (o casi) nicho económico con preferencia diferenciada por sexos como la construcción o el servicio doméstico; de hecho, los sectores laborales, aun siendo mayoritariamente manuales y de escasa cualificación, abarcarían desde la construcción, la hostelería, otros del sector servicios, industria de muy diverso tipo, trabajo doméstico, etc.

Población procedente de países del Este de Europa. Nivel económico atribuido por los profesionales entrevistados				
	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fundamentalmente marginal	0	0	0	0
Fundamentalmente bajo	6	30	30	30
Fundamentalmente medio-bajo	13	65	65	95
Fundamentalmente medio-alto o alto	0	0	0	0
N/S	1	5	5	100
Total	20	100	100	

P.- El nivel económico, ¿es bajo?

R.- (...) Los de Europa del Este, no. Son personas con un nivel... hay gente universitaria. Pero... Ecuador, Bolivia, Pakistán... bajo, bajísimo. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

P.- ¿Suelen ser hombres? ¿Familias enteras?

R.- Sí, más hombres. Pero veo que ahora a veces ya tienen sus familias y se traen las familias aquí, pero en principio sí, hombres.

P.- ¿En qué trabajan normalmente?

R.- Pues, los hombres en construcción, al campo..., a veces, pues camioneros... Son estas cosas que dominan más.

P.- ¿Económicamente?

R.- Sí, un nivel medio quizá, ¿no?

P.- ¿No muy diferente a la población de aquí de nivel, así, medio?

R.- Sí, medio. Puede ser que en la agricultura igual menos porque no hay tanto trabajo y se paga menos.

P.- Y las mujeres, en general, ¿trabajan o...?

R.- Sí, sí. No trabajan porque no tienen trabajo pero, en principio sí, casi todas, si no se queda embarazada o...

P.- ¿En qué suelen trabajar?

R.- Amas de casa [el nivel de manejo del castellano o catalán de esta mediadora es precario, pero parece referirse a mujeres que trabajan en el servicio doméstico]. La mayoría amas de casa. Alguna... alguna fábrica, aquí al *** [cita un polígono industrial] pero, sí, la mayoría son amas de casa.

P.- ¿Y han traído a los niños o tienen niños que ya nacen aquí?

R.- A ver, las jóvenes, pues las que están embarazadas aquí, están aquí y se traen los niños a veces de allá y los llevan aquí a la escuela. A veces me pregunto, no sé, si piensan que igual se quedarán aquí, por eso los traen, o los traen porque...claro, están ellos solos y para estar con ellos aquí... después los llevan allá., pues es un poco difícil, complicado, porque claro, lo sacan allá de una escuela, lo traes aquí, lo pones aquí en una escuela y después vuelves allá. Es un poco complicado. (Mediadora procedente de un país de Europa del Este)

Finalmente⁴⁷, un colectivo diferenciado dentro de los pacientes procedentes de países de Europa del Este es el de los gitanos *rrom* procedentes sobre todo de Rumanía⁴⁸. En este caso, los profesionales refieren que se trata de personas tanto jóvenes como en edades medias de la vida, quizás entre los 20 y los 50 años, tanto hombres como mujeres que vienen en grupos familiares y ya con hijos o éstos nacen aquí. Junto con los gitanos autóctonos, es una de las poblaciones sobre la que existen más estereotipos, en ocasiones podría decirse que tras pasados de unos a los otros, que llegan, en algunos casos, a niveles de racismo franco, observable incluso entre mediadoras de su mismo país de procedencia⁴⁹.

En Cataluña, se trata de una población muy reducida en número, de llegada reciente y sobre la que existe un gran desconocimiento en cuanto a su realidad y las circunstancias que la conforman. Suele decirse que su nivel educativo es escasísimo y el manejo del idioma, precario, especialmente entre las mujeres aunque la observación participante no mostraba una realidad tan precaria a nivel de manejo del castellano (sí para el caso del catalán). Y en cuanto al nivel económico, se les suele situar, por parte de los profesionales, casi en exclusiva en el ámbito de la marginalidad, atribuyéndoles actividades como la recogida de chatarra o la mendicidad u otras claramente ilegales, como pequeños hurtos o pertenencia a bandas más o menos organizadas para el robo, especialmente de cobre.

Es, además, la población respecto a la que con más frecuencia se señalan problemas de acceso a los servicios sanitarios derivados de la falta de TSI, derivados de la ausencia de documentación y la dificultad para conseguirla en origen.

R.- Los gitanos rumanos, el problema es que no están empadronados. O sea, que no tienen domicilio. De estos sí que hemos tenido algún caso que no hemos sabido bien qué hacer. (...) Sí. Esto, normalmente siempre contactamos con la trabajadora social. Lo que pasa es que éstos que no tienen dirección... dicen, ambulantes. Y, claro, es complicado. Normalmente lo que intentan

⁴⁷ Es obvio que en nuestro sistema sanitario se atiende a personas de muchas otras procedencias, pero recuerdo al lector que la investigación más amplia, en la que se enmarcaba la mía, se refería a las que he citado aquí que son a las que, también yo, presté atención.

⁴⁸ Para una descripción más completa de las personas *rrom* de Rumanía, remito al lector al informe específico, dentro de la investigación, para esta población: López O, Sàez M. (2009) *La població rrom immigrant de Romania a Catalunya: accés i ús dels serveis sanitaris catalans i situació de salut*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.

⁴⁹ Conviene aclarar, para contextualizar adecuadamente esta afirmación que, tal como exponen tanto Torrens (2009) como López y Sàez (2009) la situación de los *rrom* o *rroma* en Rumanía ha sido de esclavitud durante buena parte de su historia y su posición en la sociedad de origen sigue siendo, mayoritariamente, marginal en el momento actual.

es buscar un domicilio donde se puedan empadronar. Pero alguno sí que nos ha dado problemas.
(Profesional administrativo de un CAP)

Para acabar este apartado es imprescindible una última puntualización: los datos procedentes de las entrevistas que he expuesto son, sin lugar a duda, pobres, responden a agrupaciones –sobre todo con criterios geográficos– de poblaciones que, en realidad, son enormemente heterogéneas y se basan, frecuentemente, en estereotipos. Es decir, cumplen muchos de los criterios que he criticado por extenso, especialmente en el capítulo 1. Los datos procedentes de mi observación participante en los centros sanitarios no mejoran la calidad global, fundamentalmente por un motivo que ya he explicado: mi papel en la investigación conjunta se centraba en los profesionales y no pude contrastarla con datos procedentes directamente de los pacientes, como hubiera sido necesario si se tratase de una investigación (la mía) que pretendiese observar la realidad desde los dos puntos de vista (usuarios y profesionales). Para una contrastación de este tipo remito al lector al informe sociodemográfico final del proyecto⁵⁰. Pero a pesar de sus clarísimas limitaciones opino que se trata de datos que permiten una reflexión ineludible: exigimos –los ciudadanos, los gestores del sistema y los propios profesionales de la salud– que se nos ofrezca un sistema sanitario eficaz, eficiente, gratuito, de cobertura universal, accesible, con orientación preventiva y comunitaria... pero, ¿de qué tipo de información dotamos a nuestros profesionales para poder conseguir estos objetivos?, ¿en qué tipo de sistema, con qué tipo de formación ejercen, que limita sus posibilidades de acceder a una información sólida y de calidad que ningún especialista en Salud Pública dudaría en calificar como básica?

2. LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS CARACTERÍSTICAS CULTURALES DE SUS PACIENTES INMIGRANTES

Comienzo con una puntualización necesaria respecto al contenido de este apartado: no abordaré el análisis de pautas culturales concretas propias de cada uno de los colectivos, algo para lo que remito al lector a cada uno de los informes de investigación correspondientes –ya mencionados– sino que me limitaré a ofrecer una reflexión basada en mi trabajo de campo respecto a las percepciones y conocimientos que sobre éstas tienen los profesionales sanitarios con los que he trabajado y, específicamente, sobre las implicaciones que puedan tener para la comunicación con sus pacientes, la dinámica de las consultas, el uso de los servicios sanitarios y su funcionamiento y la salud de las poblaciones.

Para tratar de dotar de coherencia interna a esta parte del texto, comenzaré por un repaso a la valoración que hacen los profesionales sobre el posible impacto que las pautas culturales tienen en la salud y en el uso de los servicios, deteniéndome brevemente en las circunstancias en las que son capaces de identificar estas pautas y su papel concreto, para pasar, después, a un somero repaso de los grandes temas que señalan en este sentido.

⁵⁰ San Román T. (2009) *Informe socioetnográfico final del proyecto Desigualtats socio-econòmiques i diferència cultural en l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.

2.1. Valoraciones por parte de los profesionales del papel de la tradición cultural en relación con la salud y el uso de los servicios sanitarios entre sus pacientes inmigrantes

En las páginas siguientes veremos algunos datos que parecerán, a simple vista, paradójicos o incluso contradictorios entre sí, sobre todo si la comparación se establece entre los obtenidos a partir de la observación participante y las entrevistas, aunque también en cuanto al propio contenido de estas últimas. Así, en primer lugar, fue llamativo que la mayor parte de los profesionales sanitarios con los que he trabajado (en entrevistas, observación en los centros y, también –parece obvio, en este caso– durante las actividades de formación de la investigación conjunta) afirmaban, de manera clara, que las cuestiones culturales tenían un impacto en la salud de sus pacientes. En entrevistas:

Valoración del impacto de las pautas culturales, entre profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí, tienen un impacto relevante (positivo o negativo)	31	51,7	51,7	51,7
Sí, tienen un impacto pero no es demasiado relevante	23	38,3	38,3	90
No tienen ningún tipo de impacto	0	0	0	90
N/P ⁵¹	5	8,3	8,3	98,3
N/S	1	1,7	1,7	100
Total	60	100	100	

Es más, ningún profesional, ni en entrevistas ni durante la observación en los centros o en las sesiones de formación, negó que esta relación existiera. Y aunque es evidente que puede existir un cierto sesgo relacionado con el hecho que se dirigían a una profesional de la Antropología y, por lo tanto, parecería *obligado* mencionar la cultura como algo relevante, creo que puedo afirmar que no se trató de una respuesta absolutamente forzada ni completamente falsa aunque sí, a menudo, poco reflexionada. Y, como veremos, este dato es en sí mismo muy relevante.

Y es que si tuviera que hacer una enumeración de las cuestiones que más me llamaron la atención, después del reconocimiento por parte de la mayoría de los profesionales, de manera a menudo muy explícita, de que la cultura *algo tenía que ver* con lo que ocurría en sus consultas (y fuera de ellas, en lo relativo a la salud), lo segundo sería las enormes dificultades para concretar de qué se trataba ese *algo* y cómo influía de manera concreta y lo tercero, la constatación de que tras estas dificultades se encontraba, muy habitualmente, un conformismo respecto a lo limitado de su información y

⁵¹ Los casos calificados como N/P (No procede) corresponden a los cuatro administrativos y al auxiliar de enfermería.

conocimientos sobre sus causas o condicionantes. Algo, esto último, que aunque parecería contradecir en parte el reconocimiento del papel que se otorgaba a la cultura en la práctica diaria, a lo que apunta, creo, es a su consideración como *algo con un papel*, pero un papel *secundario*. Veamos ejemplos de todo ello:

P.- ¿Y cuestiones culturales que creas que están implicadas en las consultas?

R.- Es que tampoco sé quizás mucho de sus culturas. Me he leído así un informe que me han dejado mis compañeras, para intentar, a lo mejor, entender, pero no te sabría decir, ¿no? (Enfermero de adultos en un hospital)

P.- ¿Cuestiones culturales que creas que están implicadas?

R.- Seguro. Implicadas en... ¿en la cuestión del diagnóstico? Sí. Cada sitio tiene sus cosas, pero no te sabría decir ahora. No lo sé. Si quieres que te comente alguna... si me das algún detalle y quieres que te comente *quelcom*... (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Existen, obviamente, excepciones, pero en lo que se refiere a la identificación de patrones culturales en los comportamientos relacionados con la salud y la búsqueda de ayuda en los dispositivos sanitarios, ésta se daba fundamentalmente en dos tipos de situaciones (de acuerdo con mi experiencia durante la observación participante en los centros). Una, cuando eran los propios pacientes los que expresaban de manera más o menos reiterada y explícita una apreciación que se podía interpretar de manera inequívoca (o casi) como de tipo cultural. Sería el caso, por poner un ejemplo, de reticencias a las extracciones de sangre entre algunos colectivos (no en todos):

P.- Si tuvieras que señalar cuestiones culturales que creas que tienen un papel en la consulta, ¿qué dirías?

R.- Lo que me produce más problemas es la extracción de sangre en los subsaharianos. Tengo que dedicar mucho tiempo, invertir mucho tiempo, en explicar la importancia de sacar sangre y (...) racionar la sangre que les saco para enviar los tubos a los sitios, porque igual [que el semen]: extraer sangre es extraer la fuerza, extraer la vida. Y, después, el recelo '¿qué harán con la sangre?', que no es más que reproducir lo que pasa en sus países que venden la sangre para transfusiones, ¿no? Entonces, ellos piensan que yo les saco la sangre para enriquecerme yo, para vender luego la sangre y me encuentro con conflictos... De hecho, hace poco tuvimos un grupo de Ghana que se enfrentó a las enfermeras y, claro, fue un momento muy tenso porque... un *negrazo* de dos metros, músculos hasta en el alma, que te empieza a gritar porque no quiere que le pinchen, pues... Ese es el único problema así que he tenido a nivel cultural, que te supone una barrera, pero el resto los he capeado bien. Por ejemplo, si me viene una mujer de Paquistán o del subcontinente indio o una mujer marroquí, si está conmigo una residente chica, la hago que la explore ella o que esté el marido delante o lo que sea. Eso ya tomo la precaución, pero nunca he tenido ningún problema. Soy prudente. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

P.- I reticències vers l'extracció de sang?

R.- No, ni un, ni un... 'com vulguis, com vulguis'...

P.- I al contrari, que ho demanin molt?

R.- Tots, tots, molts, molts, molts.... Sí, jo m'he trobat més d'un que vénen de l'aeroport directes, quasi, ¿eh?... Brasilers,... els que recordo, més joves, brasilers... (Médico de familia en un CAP, mujer)

La segunda situación se referiría a aquellos momentos en los que el profesional interpreta un incumplimiento de las indicaciones o un comportamiento concreto en términos culturales apelando a rasgos con los que está familiarizado (y lo digo

conscientemente, *familiarizado*, porque no siempre se trata de conocimientos fundamentados sino a menudo basados en estereotipos o información procedente de medios de comunicación, publicaciones más o menos sólidas o compañeros...). Sería el caso, por ejemplo, de las reticencias mencionadas en la cita anterior a la exploración por parte de médicos varones, a la exigencia de la presencia del marido... que, aunque, efectivamente puedan corresponder a pautas culturales muy arraigadas en algunas personas no sería algo ni tan absolutamente generalizado ni tan innegociable como pudiera parecer. Existiría, aún, una tercera situación, en la que se encontrarían aquellos profesionales con mayores niveles de formación en esta materia, interés a tenerla o relaciones personales extra-laborales con alguna de estas personas, aunque su número fue mucho más limitado.

De hecho, cuando se pedía a los profesionales que concretaran qué cuestiones culturales creían que estaban presentes en sus consultas y podían influir en la salud de sus pacientes o en su patrón de uso de los servicios, la lista era breve, genérica y repetitiva: en primer lugar y con mucha diferencia, el idioma (en entrevistas, lo mencionaban más del 80%), seguido de cuestiones religiosas (pero referidas, casi exclusivamente, a la interferencia del Ramadán con dietas y tratamientos), cuestiones ligadas al género (para hacer referencia, también casi en exclusiva, al rol subordinado de la mujer en los colectivos de religión musulmana), diferencias en los patrones de alimentación y, muy por detrás, con menos del 20% de respuestas en entrevistas, la percepción de la salud y la enfermedad (que se refería casi siempre a las dificultades en el manejo de las enfermedades crónicas pero prácticamente nunca a otras cuestiones). Si se exploraba directamente –como hice tanto en entrevistas como durante la observación participante– la existencia de otros contenidos culturales o se pedían más detalles respecto a las implicaciones de los que se apuntaban, el desconcierto era mayoritario.

P.- Y los médicos, ¿en qué circunstancias crees que te llaman a ti?

R.- Yo creo que la mayoría de las veces cuando no hablan [alguno de los idiomas oficiales]. Yo creo que hasta los dos años [tiempo que lleva trabajando como mediadora] el mayor motivo ha sido siempre ‘No me entiendo con él’ y ya está. ‘No entiendo tal cosa que dice’. ‘No me entiendo’ y punto. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

P.- ¿Dirías que es el mayor problema? [El desconocimiento del idioma]

R.- Yo creo que sí. Sobre todo de ellas, porque los maridos, generalmente, ellos hablan. Ellos. Sobre todo los hombres pakistaníes, es que hablan muy bien [Reafirma]. Ellos me dijeron que les era muy fácil. (Comadrona en un hospital)

P.- ¿Qué cuestiones culturales crees que tienen un papel en consultas de las personas que vienen de Rumanía, tanto gitanos como no?

R.- A ver. ¿Culturales? Más que costumbre, bueno sí, que también es cultura. *Ehhh...* alimentación, que es diferente de aquí; los componentes son los mismos pero la manera de cocinar es diferente. Las comidas son más fuertes en gusto... aquí las encuentro muy... más ligeras, más *light*. Nosotros estamos acostumbrados, pues a comer más...más consistente, la comida es más consistente; puede ser por el tiempo, por el clima, ... No sé. Y a veces, después del tratamiento: ‘Pues no, mira, me encuentro bien y no... ya no lo voy a continuar hasta el final porque ya me encuentro mejor y ya no me hace falta’. A veces sí, esto también se hace. Cultura...sigue tradición: ...esto de Cuaresma, pero no sé si la gente ahora ya lo respeta. No sé... Me parece que no... Hay algunos que antes de Pascua hacen Cuaresma, que es no comen ni carne ni pescado, sólo legumbres y frutas y ya está. Igual sólo lo hace la gente de más edad, más mayores que igual sí que tal vez lo respetan. (Mediadora de un país del Este de Europa)

Y entra aquí, entonces, en juego ese tercer aspecto que me llamó la atención y que citaba más arriba: la limitación en los conocimientos y la asunción de que se trata de cuestiones sobre las que es posible y éticamente asumible no *saber*, porque son secundarias. Así, con excepciones que está claro que existen, las pautas culturales se consideran, como mínimo, algo *menor, fuera del alcance* de los profesionales (en cuanto a sus posibilidades de actuación) y, en muchas ocasiones, *pasajero*, sin una relevancia clave en la práctica clínica o, mejor dicho, sin demasiada relevancia para la salud de los pacientes. Esta observación fue recurrente durante la observación participante (en los comentarios, las actitudes y las prácticas de los profesionales) mientras que en entrevistas de manera, si se quiere, más políticamente correcta, sí se le concedía mayor importancia (como puede verse en la tabla anterior). Y digo que como mínimo se consideran menores porque tampoco es nada infrecuente que, más o menos explícitamente, se perciban como un inconveniente o, utilizando la palabra más escuchada sobre este tema, como una *barrera*. Y una barrera no tanto, de nuevo, para la salud como para la atención. Y esta es una diferencia fundamental: la tendencia más extendida (insisto, con excepciones) cuando se preguntaba por contenidos culturales era, precisamente, señalar sólo aquellos que podían suponer un conflicto o una dificultad para la dinámica de consulta y, en menor medida, de manera directa sobre la salud de los pacientes; y, en ambos casos, muy pocas veces en positivo o neutros –la excepción, se referiría, como ya comenté en el capítulo anterior, sobre todo, a la menor presencia de hábitos tóxicos en parte de estos colectivos. Algo que, una vez más, viene a apuntarnos la consideración eminentemente orientada a la asistencia aguda, biológica y burocratizada de nuestro sistema sanitario. Como se veía, por ejemplo, en la cita anterior:

R.- (...) Ese es el único *problema* así que he tenido a nivel cultural, que te supone una *barrera*, pero el resto *los he capeado* bien... (Las cursivas son mías) (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Y decía un poco más arriba que se consideraban algo *pasajero* porque una opinión muy extendida era la que las pautas culturales acabarían desapareciendo o diluyéndose a medida que se incrementara el tiempo de estancia, dándose una especie de posición evolucionista del tipo “cuando se integren, ya cambiarán”, “dejarán de tener estas creencias”, tan exóticas y poco adaptativas, y “serán como nosotros”⁵². Aunque, debo decirlo y resulta llamativo en sí mismo, este tipo de opiniones, en realidad, era más frecuente entre profesionales con visiones que podrían calificarse incluso de positivas o, al menos, no francamente negativas o reticentes hacia la diversidad cultural. Siguiendo este mismo tipo de lógica, cuando se les señalaba que las personas no suelen abandonar sus pautas culturales si tienen un papel que consideran relevante en su vida independientemente de estar inmersos en un contexto social y cultural diferente y que, de hecho, éstas pueden adquirir más relevancia, en algunos casos, a medida que mejora la situación socioeconómica, se observaba otra tendencia que pretendía a veces suavizar la consideración hacia el conjunto de la población inmigrante, calificando de “fundamentalistas” o “extremistas” a aquellos que, pasado el tiempo, *persistían* en sus creencias. A su vez, aquéllos con visiones más negativas, tendían a opinar

⁵² Parafraseo comentarios recogidos durante la observación participante.

frecuentemente que “nunca cambiarán...”, “no se integran...”⁵³. Ya lo he dicho muchas veces (lo reconozco) pero vuelvo a insistir en la necesidad de ofrecer a los profesionales sanitarios una adecuada formación en materia de interculturalidad que les permita dimensionar la variable cultura en su justa medida y, sobre todo, ser capaces de entender que todos poseemos unos patrones culturales que influyen en nuestra manera de ver el mundo y que, para el caso que nos ocupa, estos patrones han dado lugar a un sistema sanitario con una estructura y fundamentos concretos, diseñado por y para una tradición cultural, la mayoritaria (podría decirse también, la que aparece como normalizada) entre nosotros, pero que se enfrenta al reto –en realidad, desde hace mucho tiempo– de dar cabida a otras conductas y percepciones, tan legítimas como puedan ser cada una de las nuestras.

Es imprescindible, sin embargo, mencionar una excepción respecto a la importancia genérica que se le concede a la cultura en la práctica clínica: me refiero aquí no al caso de profesionales de manera individual sino a la perspectiva desde las disciplinas vinculadas a la salud mental, muy especialmente, pero no en exclusiva, por parte de profesionales que trabajan en centros específicos para población inmigrante:

R.- En Psicopatología o en Psiquiatría, te diría que la cultura en nuestra opinión condiciona absolutamente todo el proceso asistencial, desde que la persona ya en su casa empieza a sentir algo que pueda ser tributario de un tratamiento psiquiátrico, pues eso ya está matizado por la propia cultura. Que decida acudir a un centro para ser tratado, esto también es una consecuencia de pertenecer a un grupo cultural o a otro. Me estoy refiriendo a que hay muchas personas que por pertenecer a un contexto, vamos a decir, más comunitario, en ningún momento se le ocurriría ir a contar al psiquiatra, lo comentaría con familiares, con los amigos... se trata de una manera distinta a la psiquiatrización que podamos hacer en una cultura más medicalizada como es la occidental hoy día, ¿no? Si esta persona decidiera ‘oye, pues tengo un problema que, a lo mejor, esto que dicen aquí...un psiquiatra, que en mi país apenas hay, pues que debería ir’, entonces, cómo accedo al sistema, cómo represento los síntomas que estoy sintiendo, cómo los expreso, qué atribuciones hago de lo que me está ocurriendo, todo esto está condicionado por la cultura. Y esto no es exclusivo del inmigrante: cualquiera de nosotros, en su propio marco cultural, está matizado por esto. Pero, desde luego, cuando tratamos con gente de referentes culturales más alejados de lo que es el patrón habitual, esta influencia es un desafío, porque a veces las diferencias culturales no son ya sólo en cuanto a la interpretación de los síntomas o la expresión o lo que esperas del tratamiento o como te vas a adherir al mismo, sino que además está el idioma como una barrera a franquear. Y en este sentido lo que nosotros aquí en *** tratamos de ofrecer es un sistema que facilite la comunicación a través de la figura del mediador cultural. (...). (Psiquiatra en centro específico para población inmigrante)

R.- En salud mental... No te sabría decir yo ahora cosas concretas. No, hombre, es importante... Pues, yo qué sé, aquí [en Catalunya] tienes en cuenta el rol de familia, ¿no? Incluso puedes distinguir entre familias, que venían desde Andalucía, familias muy... muy grandes, pero muy nucleares a la vez, ¿no? Pues donde hay muy buena relación en todo... bueno, o mucha relación, que luego se pelearán, pero, bueno, hay mucha relación y la *tíeta*... claro, esta estructura familiar de aquí, que tienes tan clara, allí no la tienes tan clara. (...) Y además, el tema de que muchas veces las familias están desestructuradas porque o ha muerto gente porque se ha quedado en la patera... o hay algunos aquí y otros allí, que no sabes cuándo vendrán o no vendrán, ¿no? O unos han venido aquí pero se han trasladado... O sea, esta estructura familiar no la tienes y eso en Psiquiatría es muy importante. Esto sí, la pérdida de la estructura de familia que nosotros conocemos aquí, ahora también se está perdiendo... porque son familias más pequeñas. Pero esto es muy importante en Psiquiatría. Saber que vas a contar con la madre o con el hermano, ¿no?,

⁵³ Algún “lo llevan en la sangre” he oído también durante la observación participante, aunque se trataba de posturas extremas, muy poco frecuentes.

que te ayudarán. O con los abuelos, qué papel tienen... Esto es muy importante. Esto se pierde y nosotros también tenemos menos conocimiento de cómo funcionan las familias de allí. Igual pues hay diferencias entre los de aquí y los de allí. Entre los árabes y los bereberes o entre los *algerianos* y los... Esto también lo desconocemos. (Psiquiatra en un hospital)

Continuando con el análisis, cabe ahora preguntarse cómo se puede conciliar el hecho que se reconozca la importancia de los aspectos culturales sobre la atención (y, aunque en menor medida, sobre la salud) pero, al mismo tiempo, su incidencia real se minimice y se desconozcan, mayoritariamente, sus expresiones más concretas. Las explicaciones, en este sentido, podrían ser varias, todas ellas entrelazadas. En primer lugar, una vez más, es necesario prestar atención a la limitación de información y conocimientos –básicos teóricos y, también, de ejemplos etnográficos que puedan servir para la práctica– de los profesionales respecto a la repercusión real que las pautas culturales tienen en la salud y en el uso de los servicios sanitarios. Esto haría, por un lado, que aunque desde un punto de vista más genérico esta relación se intuye y se reconoce para algunas poblaciones en concreto –especialmente, aquellas que se perciben como más *diferentes* o respecto a las cuales la práctica, por estas u otras razones, resulta más compleja o más diferenciada de la que se lleva a cabo de manera habitual con la población mayoritaria–; pero, por otro lado, no sea sencillo concretar cómo ni por qué ni respecto a qué se produce la relación en la práctica. Y me parece pertinente hacer aquí una concesión al recuerdo: tuve un profesor de Medicina Interna que, cuando insistía en la importancia de la formación básica teórica, nos decía: “no se diagnostica lo que no se conoce”. Así, por mucho que estas pautas culturales acompañen al paciente, a sus conductas y percepciones (también a los propios profesionales), si éstos no las conocen, no serán capaces de identificarlas ni de valorar adecuadamente su impacto. Y debo reconocer que esta fue mi propia condición incluso durante parte de la investigación: a pesar de los conocimientos teóricos sobre el tema y de lecturas etnográficas previas (casi siempre sobre otras poblaciones) no empecé a reconocer adecuadamente las pautas culturales presentes en la consulta, sus implicaciones en cuanto a la conducta de pacientes y profesionales, hasta que cada semana, en las sesiones de equipo veía ejemplos etnográficos concretos, recientes, referidos a las poblaciones usuarias y de los que podía estar segura respecto a la calidad del proceso investigador en el que estaban recogidos. Es decir, sólo fui capaz de *diagnosticar* acertadamente cuando una formación precisa, contextualizada y de calidad, me lo permitió.

En este mismo sentido, fue gratamente sorprendente la reacción de algunos profesionales que asistían a nuestros cursos de formación, cuando, después de informarles de la existencia de alguna pauta cultural eran capaces de identificar situaciones de consulta en las cuales ésta se hacía presente y que, hasta este momento, les había pasado desapercibida, la habían evaluado de otro modo o simplemente no la habían entendido. Estos profesionales coincidían en señalar que el conocimiento de estas cuestiones mejoraba la relación con sus pacientes y su capacidad para abordar, de una manera más amplia y también más eficaz, la atención a su salud. Aunque, respecto a esto, y a parte de lo gratificante que puede resultar observar un resultado positivo del propio trabajo, habría que hacer dos matizaciones. La primera, que lo que vengo diciendo no significa, ni mucho menos, que la formación deba limitarse a aportar casos etnográficos concretos, algo así como listados de pautas culturales (al estilo de los listados de síntomas o diagnósticos diferenciales propios de la biomedicina) que puedan estar presentes en (al menos una parte) de las poblaciones usuarias de cada profesional y

cada centro. Esto, sin lugar a dudas, es útil, lo fue, como pudimos comprobar, pero también observamos cómo era insuficiente si esta información era sólo etnográfica, si no se acompañaba de una reflexión de índole más teórica sobre las relaciones interculturales, la comunicación y los fundamentos de cada disciplina. Y la segunda, es que, también hay que reconocerlo, tampoco fueron raros los casos de profesionales que afirmaron que la formación les sirvió de poco, que no encontraron en nosotros las *recetas* que buscaban o, peor aún, lo que percibieron como tales (aunque, evidentemente, sin ser nuestra intención) sirvieron para mantener sus estereotipos. Sin duda, queda mucho trabajo pendiente y tenemos y asumimos el reto de mejorar la manera en la que lo desarrollamos.

Pero, para continuar con la enumeración de las posibles causas que explicaran las dificultades para encuadrar adecuadamente los patrones culturales en el ámbito de nuestro sistema sanitario, es necesario también destacar que no podemos limitarnos a una evaluación de los conocimientos ni situar el foco tan sólo en los profesionales. Sería injusto y parcial. De hecho, incluso teniendo esta formación, en ocasiones se hace difícil percibir las pautas culturales en las consultas. Y, de nuevo, me pongo como ejemplo de desconocimiento: y es que los pacientes pueden no plantear en una consulta de biomedicina –o incluso esconder deliberadamente– aspectos relativos a sus creencias o percepciones que ya saben que no tienen cabida o respuesta en ella. De este modo, de la misma manera que sabemos que es muy posible que no acudan a los servicios sanitarios para resolver problemas que no conceptualicen en términos de salud (aunque exista para ellos una etiqueta biomédica), aunque sí vayan no siempre manifiestan estas cuestiones de manera abierta bien por pudor o por temor al rechazo bien porque entienden que no es el lugar adecuado para plantearlas o porque perciban (o hayan percibido en otras ocasiones, ellos mismos o sus allegados) que el tipo de respuesta que pueden obtener en los servicios biomédicos no será la que entienden como pertinente en sus propios términos. Y las posibilidades de que lo hagan descenden, claro, si ni la actitud del profesional ni la organización del sistema lo facilitan. Vamos a esto último.

Y es que, en tercer lugar, cabría destacar otros motivos, en este caso ligados sobre todo a la estructura y pautas de funcionamiento de nuestro sistema sanitario, entre ellos la propia dinámica de las consultas: si apenas da tiempo a una descripción rápida de los síntomas más evidentes, difícilmente será posible que se planteen cuestiones más finas relativas a las percepciones o creencias. Así, la limitada formación de los profesionales junto con la presión asistencial bajo la cual ejercen en muchas ocasiones pueden limitar aún más las posibilidades de que estas cuestiones se planteen.

Pero que no se planteen, que no salgan, que no las veamos, no significa que no estén ahí y tengan una repercusión en la salud y en la asistencia. Urgen, entonces, dos reflexiones: una, sobre la formación de los profesionales sanitarios en temas relacionados con la interculturalidad (algo que ya he mencionado y en lo que, aunque me tienta, no volveré a insistir) y el diseño de nuestro sistema sanitario y cómo se entiende, desde él, el concepto de salud; otra, las posibles consecuencias negativas sobre todos los actores implicados de no tener en cuenta, de manera adecuadamente dimensionada –como es lógico–, estas cuestiones.

Y no es posible terminar este apartado sin profundizar, siquiera brevemente, en esto último. Y es que, en contra de lo que pueden defender más o menos abiertamente algunos profesionales de asistencia directa o, sobre todo, gestores del sistema sanitario

(implicados en tanto que responsables de su organización y de la dotación de medios –entre ellos los formativos–), el desconocimiento o la minusvaloración de estas cuestiones sí tiene consecuencias negativas sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el propio sistema. Entre ellas, podríamos establecer dos grandes bloques. Por una parte, las relacionadas con las dificultades de comunicación, la desconfianza mutua (entre profesionales y usuarios) y hacia el sistema: como ya vimos en el capítulo 3, si el paciente siente que hay aspectos de su vida –que entiende como relacionados con su salud– que no puede plantear a los profesionales a los que confía su atención o que serán malinterpretados en caso de hacerlo, es comprensible que su adherencia sea limitada a un sistema que no siempre entiende como propio –y en el que cree que no se reconoce ni respeta lo que para él es propio y legítimo–, como lo serán también, en consecuencia, el cumplimiento de las indicaciones que desde él reciba y la valoración que haga del sistema y de sus profesionales. Por otra parte, existiría también el riesgo de actuaciones erróneas o poco adecuadas (aunque estén bien intencionadas) tanto en el trato humano como, también, en las intervenciones terapéuticas.

P.- (...) El caso de los chinos, vienen poco, pero... hay cosas que son muy tontas... nos contó también [una mediadora durante una clase], que las chinas durante el embarazo sólo toman bebidas calientes, el tema del *ying* y el *yang*... y equilibrar... Y, nos contaba, vino una embarazada blanca [quiere decir que estaba muy pálida], que aquello que dices: ‘esta pobre está a punto de caerse aquí redonda, con el calor que hacía y tal’. Y la comadrona, que bebiera agua fría, un vaso de agua fría. Pues aquella señora no se lo bebió, ¿no? Y cuando oyes cosas de estas, ¡qué pena!, ¿no?, porque, tampoco lo puedes saber todo,... Yo creo que saber cómo dirigirse a una persona china, pues tampoco es tan complicado... al menos ser consciente... luego, mira, a mí me gustaría no mover las manos, ¿no?, por lo menos intentaría hacer el esfuerzo... [se refiere a que ha percibido que su nivel de gesticulación, ciertamente llamativo, resulta intimidatorio para algunos pacientes]... (Profesional administrativo de un CAP)

En relación con esto, llama la atención que se trata de cuestiones por las que las peticiones y las reclamaciones son escasas. Y las razones podrían ser varias: desconocimiento de que se pueda reclamar, la asunción por parte de usuarios pertenecientes a minorías que el sistema no tiene en cuenta estas cuestiones y una actitud poco dada a reclamar derechos, por diferentes niveles de miedo, desconocimiento, pudor o convencimiento de estar, si no de derecho sí de hecho, menos dotados de capacidad para ejercer una ciudadanía completa.

P.- Y, a nivel de alimentación o adaptación en las comidas...

R.- *Quelcom* han pedido. Pero poquito también. Yo creo que lo que hacen es no comer, también. Porque no te llegan *inputs* de esto... Es que claro, a nivel de reclamación, yo creo que reclaman tan poquito... No reclaman nada. Pero, bueno, yo creo que también es una parte del sistema sanitario que no conocen del todo y que a lo mejor no les hemos sabido hacer llegar esto, ¿no? No, no reclaman. Es más, creo que tendríamos que planteárnoslo nosotros, ¿no?, de ofrecer *quelcom*. Pero esto es muy polémico, ¿eh?, ¿y los vegetarianos y los no sé qué? (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

De hecho, las reclamaciones, cuando se dan, suelen relacionarse con tres aspectos: cuando ha existido una actitud francamente racista o xenófoba por parte de un profesional, algo poco frecuente; cuando la persona que presenta la reclamación pertenece a algún tipo de asociación cultural o de defensa de derechos de minorías y, por lo tanto, tiene mayores conocimientos sobre el sistema y lo que tiene derecho a exigirle; o cuando tiene un elevado nivel de militancia étnica. Estas últimas son las

reclamaciones peor recibidas por los profesionales, especialmente cuando se relaciona, adecuadamente o no, con la práctica religiosa musulmana.

2.2. Consideraciones en torno a algunos temas y ejemplos concretos de la relación entre la diversidad cultural y la salud

Expondré, a continuación, algunos temas concretos relacionados con pautas culturales respecto a las que los profesionales atribuyen un impacto en la salud y/o en la atención de sus pacientes, matizando, si procede, las consideraciones en función de lo observado en las estancias en los centros. Aclarar, además, de nuevo, que no pretendo ni mucho menos hacer un listado exhaustivo de todos los elementos que puedan entrar en juego en cada población, para lo que vuelvo a sugerir la lectura de los informes específicos elaborados por los etnógrafos del equipo de la investigación más amplia, sino referirme a los grandes bloques de temas a los que, creo, es importante prestar atención.

2.2.1. Concepto de persona. Roles e individualidad

Tanto durante las entrevistas como en la observación participante en los centros y durante las sesiones formativas pude comprobar que los profesionales habitualmente no están familiarizados con la existencia de modos diferentes a los empleados desde la biomedicina para conceptualizar qué es una persona, qué partes o elementos la conforman y cómo se relacionan entre sí, cómo funciona o se forma el cuerpo humano y, por extensión, qué puede producir un desequilibrio que conduzca a una enfermedad y qué se debería hacer para solucionarlo y curarla.

De acuerdo con lo observado a lo largo de la investigación, serían los profesionales de la salud mental (Psicología y Psiquiatría) y, en menor medida, los del área materno-infantil aquellos que parecerían estar en mejores condiciones para obtener información sobre estas cuestiones, aunque, en la práctica, pocas veces dispongan de ella. Y las razones volverían a ser las ya apuntadas en el apartado anterior para el desconocimiento, en general, de la importancia de las pautas culturales, que no repetiré. Veamos un ejemplo:

P.- ¿Te han contado algo sobre sus ideas de cómo se forma el bebé?

R.- No.

P.- ¿Te hacen algún tipo de pregunta que te sorprende respecto la formación del ser humano?

R.- Probablemente. Alguna vez en cuanto a los alimentos... sobre las relaciones sexuales, tampoco lo expresan mucho ellos..., no. (...) (Ginecóloga en un hospital)

Ahora bien, si existe una situación en la que podría decirse que hay un cierto reconocimiento de una diferencia en la manera de entender el cuerpo y el modo en el que éste enferma es en aquello que se califica de somatizaciones. Sin embargo, excepto en profesionales de la salud mental con un nivel elevado de reflexión sobre las categorías diagnósticas y la comunicación entre profesionales y usuarios, estos cuadros casi nunca se interpretan como relacionados con una conceptualización, culturalmente pautada, del cuerpo, la mente (o las entidades equivalentes en términos de cada cultura), la salud y la enfermedad sino, más bien, como una forma *peculiar* (cuando no exagerada o que implica una cierta manipulación o búsqueda de lo que en Medicina se suelen denominar ganancias secundarias) de manifestar los síntomas. Dicho en otras palabras, muy raramente se interpretan las diferencias en la manera de entender el cuerpo, a la

persona en tanto que tal y en su situación de salud o enfermedad (o riesgo de padecerla) como concepciones dotadas de lógica y legítimas sino, más habitualmente, como diferencias o desviaciones de la manera *natural* o *normal* o *culta* de expresar los síntomas, que se piensa que es la que corresponde a la utilizada por la biomedicina y en la que se socializa de manera más habitual la sociedad mayoritaria:

P.- ¿Otras cosas que te llamen la atención de aspectos culturales que puedan tener un impacto en temas de salud o en cómo utilizan los servicios?

R.- ¿A qué te refieres? (...) Sí, bueno, las enfermedades crónicas, sí. Y la somatización también, creo que es bastante importante en los dos colectivos [se refiere a población china y paquistaní]. Creo que tienen bastante ansiedad. No sólo tienen ansiedad, sino que la manifiestan de formas bastante peculiares. Los chinos siempre la manifiestan con cosas que parecen pseudo-neurológicas, como si fueran enfermedades musculares, de cansancio. Pero no es un cansancio como diría una abuela de aquí, 'ay, es que estoy agotada, hecha polvo', ellos dicen 'me duelen estas dos piernas' o 'me duele...', algo que podría pasar por neurológico, porque te cuentan realmente... la mitad del cuerpo o sólo la mitad inferior del cuerpo o te cuentan fasciculaciones, como hormigueo debajo de la piel, o falta de sensibilidad... Y los paquistaníes... bueno, también tienen ansiedad, pero la manifiestan de una forma más natural, más como nosotros. Como nerviosismo o lo que te decía, vienen por pérdida de cabello... (Médico especialista en un hospital)

Sin duda, muy habitualmente, estas concepciones diferenciadas que tendrán una repercusión en los comportamientos relacionados con la salud, pueden condicionar o tener una gran influencia en la atribución causal de las enfermedades y todo el itinerario terapéutico que se siga cuando se perciba que existe un problema. Como expresé reiteradamente en el capítulo 3 y siguientes, los profesionales no pueden conocer todos los contenidos culturales concretos para cada uno de los colectivos y personas a las que se atiende, algo imposible (para ellos y, también, con ese grado de diversidad, para los antropólogos especializados) pero saber que estas concepciones existen y que pueden tener un papel en la vida y en el modo en el que se comportan sus pacientes mejorará la comunicación, la confianza y el conocimiento mutuos y, por extensión, la dinámica de todo el proceso de atención y, lo más importante, los resultados en cuanto a la salud, física y psicológica, de sus pacientes.

Sabemos ya que el concepto de persona se relaciona con el de individualidad y con la definición de roles y responsabilidades que se atribuyen a las personas, en función de diferentes criterios. De esta forma, todo ello tendrá una influencia, en cuanto a las conductas relacionadas con la salud y en el sistema sanitario, en diversos ámbitos. Ya hemos visto en el capítulo 3, y se manifestó de manera muy clara en la observación en las consultas, que desconocer estas cuestiones, su simple existencia, puede dificultar la comunicación entre profesionales y usuarios y puede generar malentendidos y contribuir a desencuentros que podrían evitarse, porque no suelen estar en la voluntad de ninguno de los implicados (aunque a veces ocurra, como cuando estas pautas se conocen pero, por diversos motivos, se decide que no deben respetarse). Aunque hablaré de esto con más detenimiento cuando se trate el tema de la comunicación entre profesionales y usuarios, vale la pena poner aquí un ejemplo:

R.-... el tema de la inmigración, es un tema que siempre me ha gustado mucho, Yo estoy acabando un postgrado de mediación y hicimos una parte de mediación cultural. Y vino esta chica, es china ella, y me encantó porque nos explicaba las cosas que hacemos nosotros que asustan a la población china. Y yo, por ejemplo, que me muevo mucho... y que para ellos, el tema corporal es muy importante... es un tema de respeto, ¿no?... (...) Sí, se asustan. Y cuando

subes el tono, también. Y, ¿qué hacemos con una persona que no nos entiende?, lo primero que hacemos es gritar más, ¿no? Yo recuerdo que cuando me dijo esto pensé: ‘es que, no puede ser... conmigo, vamos, lo deben pasar fatal...’ [Se ríe]. Muchas veces digo: ‘otra vez que venga un chino, no voy a mover los brazos y no lo voy a mirar y voy a intentar hablar suave’, ¿no? Cosas de estas, que yo creo que tampoco son tan complejas y que si las supiéramos, yo creo que nos facilitaría mucho, ¿no? No sé, que seguramente a ellos les predispone en muchas cosas (...)
(Profesional de atención al usuario en un hospital)

Otro ejemplo, relevante y muy presente en nuestros dispositivos sanitarios, tiene que ver con la asignación de roles por edad y género. En lo que se refiere a las consideraciones en torno al género, era uno de los aspectos que, tarde o temprano, acababa saliendo en las conversaciones (más cuanto más informales o en relaciones de mayor confianza y, por tanto, más alejadas de las pretensiones de corrección política). Así, muchos de los profesionales mencionaban el reparto diferencial de roles por género en cuanto a la interacción social o la toma de decisiones en cuestiones de salud, especialmente entre los colectivos paquistaní y marroquí, que relacionaban, en la mayor parte de los casos, con una actitud machista por parte de los hombres que define una situación subordinada para la mujer, con la que se sentían, como parece lógico, molestos. Ahora bien, aunque es evidente que este tipo de actitudes existen y personas pertenecientes a estos colectivos pueden justificarlas apelando a la tradición cultural, también lo es que situaciones no muy alejadas de esto se dan todos los días en las consultas con población autóctona no gitana y no reciben, en absoluto, la misma consideración o, al menos, no se juzgan con una contundencia similar: ¿quién suele llevar a los niños al pediatra?, ¿a quién se dirige éste cuando da indicaciones sobre alimentación?, ¿cuál de los dos miembros de la pareja suele abandonar el trabajo cuando hay que permanecer con un paciente (niño o adulto) ingresado?, ¿a quién van dirigidas de manera preferente (no exclusiva, es obvio) muchas de las sesiones sobre planificación familiar?, ¿por qué se suele permitir que las madres estén cerca en las primeras exploraciones ginecológicas de las adolescentes?... por citar sólo algunos ejemplos cotidianos. Son cuestiones que requieren un análisis calmado, profundo, basado en conocimientos, capacidad crítica y autocrítica y no en prejuicios y que ponen sobre la mesa la evidente dificultad para unas relaciones interculturales en pie de igualdad:

P.- [Hablando de mujeres paquistaís] Creus que prenen elles les decisions?

R.- Les dones no... no. Paquistaneses no. No saben parlar l' idioma, consulten molt poc. I vénen sempre amb la parella i no parlen mai elles, mai...

P.- Per què creus que és així?

R.- Les vénen com protegint..., no saben l'idioma i ja porten molts anys aquí. Les que són grans... No, jo no recordo cap que hagi vingut sola, perquè vénen amb la parella... i parla la parella.

P.- I els hi consulten les decisions?

R.- *Noooooo*.... El marit... Els anticonceptius els hi diuen els marits, sempre és el marit. (Médico de familia en un CAP)

P.- ¿Otras cuestiones culturales que creas que pueden estar influyendo?

R.- Quizá el rol mujer-hombre, la sumisión de la mujer, esto levanta muchas espinas, ¿eh?... Escuece enormemente y da mucha rabia al personal sanitario, el ver que si hay un niño ingresado y que está siempre la madre y el padre viene un rato y luego se larga a dormir y no le dice ‘esta noche me quedo yo’ y... Con muchas excepciones y cada vez más, yo creo que esto va cambiando, pero aún es así, ¿no? Y la mujer que se calla durante la entrevista y que se dirige al marido y que si encuentra a alguien como yo que insiste ‘no, no, venga va, aunque sepas poco español, yo ya te entiendo, inténtalo decir...’, ¿no? *Ehhh*... entre que saben menos la lengua y el

factor de sumisión, en teoría, porque después en realidad no son tan sumisas, de cara a la galería pues sí, tienen esa actitud, ¿no? Esto *jode* enormemente al personal sanitario, ¿eh? (Pediatra en un hospital, mujer)

Aunque, como se ve en la última parte de la cita anterior y en las siguientes, no todos los profesionales estén de acuerdo en las causas y los grados:

P.- ¿Y quién decide, él o ella? (...) [Hablando sobre la realización de amniocentesis e interrupciones del embarazo si hay problemas]

R.- Pues a veces ella, ¿eh? No sabría decirte, pero no siempre es él y no siempre es ella. En ocasiones, te das cuenta de que no van a interrumpir porque ella no quiere, no quiere y no quiere y, al final, dices, ‘oye, pues aquí ha ganado ella’, porque hacemos apuestas a veces, a ver qué pasará, ¿no?, con esto. Y otras veces es él el que manda y te das cuenta de que ella no hubiera interrumpido o ella no se hubiera hecho la prueba. Además notas que entre ellos están discutiendo, no entiendes nada, pero a veces ellas son tajantes, ‘no y no’.

P.- Cuando se niega, ¿puede tener que ver con que sea el primer hijo?

R.- No, no tiene que ver, algunas tienen hijos previos. (...) Mira, si lo hubiera sabido me fijaría más, pero yo diría que no.

P.- ¿Saben previamente si es niño o niña?

R.- A veces, sí. (...). No hay diferencias. De todas formas, cuando detectas algo, ellos suelen tener clarísimo que no quieren [interrumpir el embarazo], de entrada. (Ginecóloga en un hospital)

P.- Y, a nivel de la toma de decisiones, ¿quién decide si consulta o no, si se toma una medicación, si se ingresa o no?, ¿habéis notado diferencias en esto?

R.- A ver, yo te diría pues que da la sensación de que el hombre allí decide muchas cosas, que la mujer parece estar muy discriminada a veces. O...ves mujeres que están muy independizadas, ves mujeres muy capaces de tomar sus decisiones porque el hombre está allí [en el país de origen] o porque se han separado o por lo que sea. Y lo de decidir por sus hijos, varones o hembras; pero también ves mujeres muy sumisas a lo que un varón, a veces con muy poco criterio, pueda decidir. (Psiquiatra en un hospital)

Y cabe de nuevo, aunque ya he insistido a menudo, tener muy presente la dificultad para que este tipo de información pueda adquirirse de una manera fiable, en el contexto en el que tienen lugar la atención.

Muy relacionado también con los roles de género, estaría el pudor a las exploraciones o, simplemente, durante la anamnesis que los profesionales señalan, sobre todo, para mujeres paquistanés y marroquíes y que pude observar fácilmente en las consultas:

P.- [Hago la pregunta a un profesional hombre, en referencia a mujeres paquistanés, escasas en su cupo a pesar de no serlo en su centro de trabajo] ¿Quieres decir que [tener pocas mujeres en el cupo] es porque prefieren consultar con mujeres?

R.- Yo supongo que prefieren consultar con mujeres. Uno de los motivos creo que puede ser ese. De por sí, vienen acompañadas de un marido, pero incluso así les da reparo.

P.- ¿Y los hombres?

R.- Los hombres, no... Eso... se bajan el pantalón y sale de todo... (Médico de familia, hombre)

Como también pude observar, y lo señalan algunos profesionales, este tipo de situaciones no siempre serían exclusivas de las mujeres. Y aquí la interpretación que cabe sería doble: por una parte, no sería tan sólo una cuestión de sumisión de la mujer por parte del marido o de un hombre de su mismo colectivo sino de definición de algún tipo de rol superior de éste hacia cualquier mujer, incluidas las profesionales; por otra parte, es necesario contemplar que no tenga –o no tenga sólo– que ver con cuestiones de

poder diferencial sino que podría responder también a diferentes modos de interpretación del propio cuerpo, de quién y a quién se puede mostrar y en qué circunstancias, cuestiones todas ellas a las que no es ajena la población autóctona, a pesar de que, de nuevo, la consideración que se hace de una u otra situación sea diferente:

P.- [Hago la pregunta a una profesional mujer, respecto a población inmigrante] A nivell d'exploració dels homes o de les dones, alguna dificultat?

R.- Amb els homes,... els hi costa moltíssim abaixar-se els pantalons... Els grans no tant, els joves, sí. Entre els 20 i els 40 ho passen fatal... si volen que els explori, bé, i si no, els convido a canviar-se de metge...

P.- I les dones?

R.- No, de les dones no hi ha cap problema.

P.- Has tingut algú que demani el canvi de metge per això?

R.- No, no m'ho han dit, no ho sé... I he explorat a bastants... de genitals... (Médico de familia en un CAP, mujer)

P.- Y esto que me decías de ginecólogo o ginecóloga, ¿cuestiones culturales que crees que tienen un papel?

R.- Sí. Lo hemos tenido incluso con el médico de familia. Los hombres magrebíes no se quieren visitar con una doctora. (Profesional de atención al usuario en un hospital)

R.- Lo que pasa es que han ido entrando, también, ¿eh? Supongo que después han pensado, 'pues, mira, es lo que hay'. Y en ginecólogos nos lo hemos encontrado también, más que por parte de la mujer, por parte del marido, ¿eh? (Ginecóloga en un hospital)

P.- Y para los temas de elección de médico, ¿piden que sean hombres, mujeres...?

R.- Bueno... Sobre todo, si son para las mujeres, quieren que sean mujeres y a ellos alguno sí que... Otros que no dicen nada, solamente quieren el horario: 'Que sea de tarde, que sea de tarde', pero no... mayoritariamente no... Les da igual. Porque, además, nuestro equipo casi todo son mujeres... Tenemos nada más a tres hombres (...). Todo lo demás son mujeres. Y nosotras [enfermeras] todas, menos un chico (...), somos todo mujeres. O sea, que no hay mucho donde elegir. Pero sí que es verdad que cuando vienen las mujeres sí que hay... O las hijas, hacen hincapié en que sean mujeres. (Profesional administrativo de un CAP)

R.- A ver, Lucía, pero es que también las [mujeres] de aquí... también para nosotros [médicos de familia]... como les dan a elegir... pues muchas prefieren a otra mujer.... Y en *gine, pffff*, aún más... Pero, ya te digo, las de aquí también.... Y esto va a ser un problema, ya lo verás, porque hombres somos minoría... (Médico de familia en un CAP, hombre)

Y, de hecho, no faltan tampoco los profesionales que, aun siendo enormemente respetuosos con los derechos de los pacientes, realizan reflexiones en torno a la dificultad para conciliar la defensa de cierto tipo de derechos –con una base ideológica y cultural clara– con otros que también asisten a los usuarios y, también, con la consideración de la profesionalidad de los trabajadores sanitarios. En palabras (en verdad poco delicadas pero muy clarificadoras) de uno de los profesionales a los que hice una de las entrevistas piloto⁵⁴:

⁵⁴ Expliqué en el capítulo dedicado a la metodología de la investigación que estas entrevistas estuvieron orientadas a poner a prueba y mejorar el guion de entrevista y no las contabilicé en el listado final porque

R.- A mí me lo decía el otro día ***, que tú lo conoces, que es gay... vamos, que lo sabe todo el mundo... (...) Y habíamos tenido un día de los de pegarte un tiro... todo lleno, todo el mundo protestando... [gesticula con las manos dando a entender una situación desbordada]... y al final pues que nos fuimos a tomar unas cervezas (...) y ya nos daba la risa... Y... bueno, sobre esto, sobre lo de que elegir a mujeres, que ya me lío, pues nos reíamos... y me decía... 'pero, ¡¡sí yo soy gay!!... A veces me dan ganas de decírselo..., pero pedirían el cambio los hombres....' [Se ríe] Y, claro, ya sabes, los abuelos... la próstata... el tacto rectal... que no le quedaría ni uno, vamos... [Se ríe] O no... [Se ríe] Y nos podemos reír, ¿vale?... nos tomamos unas cervecitas y nos reímos un rato... pero maldita la gracia, ¿sabes? porque... en el fondo, es cuestionarme, es cuestionar mi profesionalidad... que yo soy un profesional y qué más me da a mí que sea hombre o mujer o lo que sea... A lo mejor esto también hay que decirlo, que somos profesionales, *joder*... que a veces parece que hemos perdido el Norte... (...) Que ya... que a mí me da igual pero a lo mejor a ella [a la paciente, mujer], no le da igual... [se encoje de hombros]... ya lo sé... pero, ¿dónde ponemos el límite?, porque... ¿alguna [profesional] lesbiana también habrá, no?... ¿dónde ponemos el límite?, pues para mí lo ponemos en la ética, en la profesionalidad... Pero, claro, esto no lo puedes ir diciendo por ahí... porque ya eres un machista... y que no respetas la autonomía del paciente y todo eso... (...) Y, ¿sabes?, sobre eso sí, sobre la autonomía del paciente, sobre la elección de médico... sobre eso se monta una comisión de la *hostia*... y se reúnen veinte expertos tres días a la semana durante seis meses... [Se ríe, pero está molesto] ... y una *pasta* que nos cuesta, ¿eh?... pero todos tan contentos... y qué democráticos somos todos... pero para discutir por qué esa señora tiene una lista de espera de un año para ponerse su prótesis o por qué sólo puedo dedicarle siete *puñeteros* minutos, para eso, no... eso no vende tanto... eso somos cuatro aguafiestas que criticamos por criticar y 'hacemos daño a la institución' [Hace un gesto con los dedos para indicar que la expresión iría entre comillas].... Que nos lo dicen, ¿eh?... sí, sí, que le hacemos daño a la institución... [Aquí ahorro en la transcripción algunas palabrotas, que dejo a la imaginación del lector] (...) Ya... No son cosas incompatibles, pero qué buena eres... pero habría que pensar cuáles son las prioridades... todos tendríamos que pensarlo... porque a lo mejor esa mujer reclama porque quiere que su médico sea también mujer... y va y no reclama porque no la operan en un año... así nos va... (...). (Médico de familia en un CAP, hombre)

Continuando con el análisis, para ilustrar la diferenciada consideración de los roles individuales en cuanto a criterios de edad, nos sirve lo que ya he indicado en páginas anteriores sobre los patrones de cuidado de los niños y la capacidad de decisión y roles que se les pueden asignar: el hecho que un niño –considerado como tal en nuestra sociedad– sea un adulto en términos de su propia cultura de origen (o, al menos, se le reconozcan ciertas capacidades y responsabilidades que no se le otorgan en la sociedad mayoritaria) puede llevar a interpretaciones de negligencia o dejadez que, aunque también existan, no siempre se den en cada caso concreto.

Por otro lado, cuando hablamos de estas cuestiones relacionadas con la individualidad y la toma de decisiones, no podemos perder de vista la organización de la familia y su repercusión en cuestiones tanto de salud como de uso de los servicios, algo sobre lo que el ejemplo más habitual suele ser la familia gitana autóctona, aunque las ideas no siempre estén del todo claras:

R.- Sí. A ver. [Habla de conflictos de la población autóctona gitana y los profesionales sanitarios] Por ejemplo, contaron [en un curso] el concepto de familia para ellos y yo entendí muchas cosas, ¿no? Pero el tema de ocupar una habitación no sé cuántas personas, y en la sala de

no fueron completas ni orientadas a los mismos objetivos que las demás. Si aporto esta transcripción (de las pocas que hice en estos casos) es porque el elevado nivel de confianza con este profesional permitió que parte de la conversación se desarrollara en unos términos que no cabía esperar en el resto de los casos.

espera del quirófano no sé cuántos... (...) Pero, después, cuando te explican su concepto de familia... es que, bueno, es que van todos... Esto genera más conflicto, yo creo. Y luego, a veces,... el tema de cómo se expresan. Gritan. Los niños juegan por aquí y se dan unos hartones de correr... Es un tema que la gente lo relaciona... la gente dice que son muy maleducados, ese tema molesta mucho. Molesta porque si estás en silencio... Bueno, hace muchos años que viene también, la *** [hace referencia a una compañera], y ella lo decía siempre, 'yo, cuando tengo un gitano en quirófano, lo primero que hago es salir y pedir por el patriarca para cómo vamos a hacer esto, ¿no?' Y dice que siempre le da un buen resultado.

P.- Saber a quién dirigirse...

R.- Y ella, por ejemplo en el quirófano, lo gestionaba así, lo que pasa es que depende quién... a ver, si está ingresado vendrán veinte o treinta o cuarenta... pero es que vendrán porque tienen que venir. Es que no pueden hacerlo de otra forma. Y ella, en quirófano, lo que intentaba era esto, ¿no? 'Mire, yo le voy a dar la información a usted, pero le pido por favor que los demás...' Y dice que esto le ha dado buen resultado siempre. (...) Si, ella así lo ha gestionado bien. (...) Yo creo que molestan más, como pasean por aquí... que se llaman de una puerta a la otra, ¿no?; esto, quizás, y el momento del ingreso o, por ejemplo, si comparten habitación con alguien. El enfermo de al lado, normalmente, acaba quejándose.

P.- Porque hay mucha gente, mucho ruido...

R.- Y a nivel de supervisión, lo que intentan es ponerlos en habitaciones solos. (...) Es que, claro, los ponemos solos y así no molestan a la persona que tienen al lado. Pero también hay gente que está compartiendo habitación y que también le iría bien estar sola, ¿no? (Profesional de atención al usuario en un hospital)

2.2.2. Religión

Cómo ya he mencionado, el Ramadán es, en cuanto a las cuestiones exclusivamente religiosas, la más citada cuando se tratan los contenidos culturales. Sin embargo, la mayor parte de los profesionales, reconocen que, aunque son necesarias ciertas adaptaciones en la medicación y en las dietas, estas no suponen un problema a nivel clínico en la mayoría de los casos:

R.- Sí. 'Yo Ramadán' y entonces, viene la contra, que le dices: 'Sí, pero en el Ramadán también dice que si tú... malo o muy malo, puedes tomar medicación'. '¿Sí?' 'Sí'. Que se la tomen, no lo sé. (...) Intentas, a ver... Intentas dar unidosis, ¿eh? Nos recuerdan aquí, por el ordenador que empieza el periodo del Ramadán para tenerlo en cuenta a la hora de la medicación. Pero... sí que comentan... sobre todo el Ramadán. No había caído. A nivel de medicación. Y las mujeres a nivel de cansancio... (Médico de familia en un CAP, hombre)

R.- No. En el Ramadán nos tenemos que adaptar. Claro. Entonces, cuando sabemos que empieza el Ramadán, pues las hacemos justo antes [las analíticas]... Ya les decimos, a ver, los que están enfermos, que tal y que cual, el Ramadán les exime de... la religión les exime de hacer el Ramadán, pero, bueno, los que hacen profilaxis [de tuberculosis], que no están enfermos, pues estos te intentas adaptar los días, ¿no? Les adaptas la hora en que se toman las pastillas y... Por ejemplo, les haces la analítica y esperas a que haya acabado el Ramadán... esto sí que lo tenemos en cuenta. Y, a ver, los que están enfermos, recién diagnosticados, que necesitan comer a sus horas porque no puede ser que ayunen de esta manera, pues los convencemos. Normalmente, no hay ningún problema. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Ahora bien, las cuestiones religiosas están presentes, de manera más o menos explícita o evidente, igual que entre la población autóctona, en muchas otras conductas y decisiones, como, por ejemplo, en las relaciones interpersonales en función de criterios de género o también en la consideración de la interrupción o no de embarazos con

problemas o, incluso antes, en la realización de pruebas complementarias como la amniocentesis para detectar estas situaciones.

P.- ¿Te dicen que hay algún motivo religioso?

R.- Sí, bueno, sí. De todas formas son más ellas, las que no... es como si ellos estuvieran ya más integrados... normalmente ellos ya llevan muchos años aquí, ellas están recién llegadas y vamos, no se les ocurre en la vida que esto [abortar] podía pasar. (Ginecóloga en un hospital)

Y, de nuevo, ni siempre el cumplimiento de las pautas es tan estricto como se puede atribuir desde algunos sectores ni siempre la consideración que reciben algunas decisiones al respecto es la misma en función de quién las tome:

P.- ¿Y notáis que llevan adelante embarazos con problemas por cuestiones religiosas, por ejemplo?

R.- No... generalmente, cuando se detectan anomalías graves, aparte de que se les sienta con los mediadores... la familia que entienda... y si hacen falta varias sesiones..., acaban entendiendo que el pronóstico fetal es malo y, entonces, acceden las interrupciones a pesar de la religión. Hay alguna paciente en los ambulatorios que sí que refiere que no desea hacerse el triple *screening* ni desea hacerse ninguna prueba invasiva, con lo cual se les hace firmar conforme han recibido la información, pero ellos se niegan... Son los mínimos, son algún islamista integrista pero..... no es lo habitual... (Ginecóloga en un hospital)

Algo que, una vez más, tiene que hacernos reflexionar sobre la heterogeneidad de los colectivos, la variabilidad de las decisiones y actitudes individuales independientemente de patrones religiosos y/o culturales y los criterios de formación de estereotipos y el alcance de éstos.

En cuanto a demandas relacionadas con espacios de oración, los profesionales (en este caso hospitalarios) señalan que es escasa, pero los motivos por los cuales creen que es así merecen destacarse y, de nuevo, deben movernos a pensar y re-pensar los fundamentos de nuestro sistema sanitario:

P.- [Hablando de población de origen marroquí] ¿Piden espacios para rezar, por ejemplo, cuando están ingresados...?

R.- No nos ha llegado ninguna demanda de éstas. Yo creo que, tampoco se plantea la posibilidad... Porque [de acuerdo con la normativa del Departament de Salut] ahora tendríamos que tener una sala multiconfesional, que es en función de lo que toque... [pero] tenemos la capilla. (...) Y pone capilla, lo único que pone es capilla. Y yo creo que tendría que ser una sala multiconfesional, ¿no? (...) Pero yo creo que no nos lo piden porque no se plantean que puedan acceder. (Profesional de atención al usuario en un hospital)

2.2.3. Conceptos en torno a la salud y la enfermedad. Itinerarios terapéuticos

Como ya he mencionado, las concepciones en torno a qué es la salud y la enfermedad, a qué se debe ésta, la tipología que se establece y la consideración que recibe, en qué circunstancias se tiene que recibir un tratamiento especializado, cuándo, dónde y por parte de quién, están, en buena parte, culturalmente mediadas. Sin embargo, se trata de pautas culturales (dificultades idiomáticas y de comunicación, limitación de tiempo y/o de conocimientos, minusvaloración...) que pueden resultar difíciles de observar en el curso de las consultas aunque sí habría algunos ejemplos concretos, bien conocidos por parte de muchos de los profesionales, como el síndrome de *Dhat* (poluciones nocturnas, en términos de fisiología biomédica):

R.- (...) Sí, el síndrome de *Dhat*, por ejemplo, ellos lo que tienen asociado es que pierden... pierden... pierden dignidad, pierden... el semen, que es lo más. Para que se forme... el semen, pues yo qué sé, un montón de cosas tienen influencia y si lo pierden,... Es muy valioso para ellos. Entonces ellos lo que dicen que por pérdida de este semen tú te sientes más débil, tú tienes una enfermedad. Entonces, cuando la respuesta es qué debes hacer ante esto, [los pacientes piensan que] habrá alguna medicación para fortalecerse... y [los profesionales sanitarios] te enseñan, pues yo qué sé, medidas con las cuales no te ocurra, ¿no? Las relaciones sexuales o la masturbación, ¿no? Y en algunos casos incluso [los pacientes] me han dicho que si ellos hacían la masturbación el semen tiene efecto secundario en la piel. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

Respecto a otras concepciones relacionadas, por ejemplo, con la importancia de la alimentación, aunque la relación se conoce y se intuye como diferenciada, el alcance o los aspectos directamente implicados se desconocen en su mayoría y suele darse una reinterpretación en términos biomédicos

En otros casos, no resulta fácil acceder a esta información (excepto a través de especialistas en el tema) y los profesionales no siempre la conocen, con lo que, fácil y comprensiblemente, pueden no entender la conducta de sus pacientes:

R.- La alimentación es la que más... Y también, por ejemplo, ciertas enfermedades como varicela, por ejemplo. En India, no en Pakistán, solamente en India, ¿eh?... para ellos no es una infección viral. Para ellos es que la Diosa te ha poseído. Entonces, en esos días que tienes la varicela... ellos no tienen asociado que es una enfermedad o que es algo pasajero como un resfriado y fiebre.. Incluso yo desconozco el término científico en mi idioma... de varicela. Muchas veces digo *chicken pox*, en inglés, pero... para explicarles que tienen la varicela... yo la traducción que hago del punjabi es *mata*. *Mata* significa 'la Diosa', ¿vale? Entonces, cuando les explico lo de la infección viral qué es y todo, no lo creen. Ellos lo que vienen a lo mejor es por la medicación, ¿no? Porque tiene fiebre o porque le pica o... pero ellos ya saben que este niño está poseído por la Diosa. Entonces, en su casa hacen una serie de alimentación... para esa ocasión. Por ejemplo, ajo alrededor del brazo para no contagiar los demás. Es como una medida preventiva que toman. (...) (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

Respecto a los itinerarios terapéuticos y los criterios a partir de los que se construyen, aunque no puedo detenerme aquí en aportar información detallada para cada uno de los colectivos –disponible en los informes de los etnógrafos del proyecto, que son quienes los conocen mejor–, sí me parece necesario señalar algunas cuestiones relevantes. Y es que, como vimos, al menos conocer la existencia de este tipo de pautas puede contribuir a entender mejor la conducta de sus pacientes –tanto en lo que se refiere a la demanda (o no) de una consulta o un tratamiento como en cuanto al cumplimiento de las indicaciones proporcionadas por los profesionales sanitarios y a la valoración que hacen de la atención que reciben– la desorientación de buena parte de los profesionales sobre esto es llamativa. Y cabría, opino, atribuirlo a diversos factores, algunos ya mencionados, como la propia dinámica de las relación usuario-profesional (que no permite que estas cuestiones se evidencien) o la ocultación –más o menos evidente– por parte de los pacientes (por temor a ser juzgados, por pudor, por entender que es un aspecto que no tiene ninguna relación con aquello que se va a buscar al dispositivo sanitario...); pero también algunos más, que tendrían que ver con el modo –más o menos consciente, más o menos fruto de la reflexión o la ausencia de ella– en que los profesionales entienden el valor de su propia disciplina y pueden llegar a ignorar, minusvalorar, rechazar o incluso despreciar (dependiendo de los casos) otras maneras de proceder. Así, aunque existían profesionales más o menos familiarizados (en grados muy variables) con la existencia de otras formas de atender la salud entre sus pacientes,

como el Ayurveda, la Homeopatía o la Medicina Tradicional China –por citar algunas también extendidas entre parte de la población autóctona– y también con las curaciones en el ámbito religioso –que se suelen limitar a los imames– o con los diferentes tipos de auto-cuidados o remedios caseros, tienen, claro está, su opinión personal (a la que tienen perfecto derecho, igual que sus pacientes) pero tratan de limitar su juicio en el ámbito asistencial a lo que se refiere a las posibles interacciones negativas con las pautas de la biomedicina, para tratar de informar sobre ellas y evitarlas o al menos minimizarlas; y tampoco fue raro ver, en el curso de entrevistas y, más fácilmente durante la observación participante (porque las conductas son más espontáneas), reacciones menos respetuosas y más interpretables en clave de relaciones de poder, que achacaban estos comportamientos a la ignorancia, a la irresponsabilidad, la superstición o el fanatismo... Aunque, como viene siendo habitual, las actitudes pueden estar enormemente matizadas por diversos factores:

P.- ¿Sabes si van a otros sitios o a origen a buscar otras soluciones?

R.- No lo sé. Otra cosa que sí es muy típico de los marroquíes es que en verano ellos se van en agosto y pase lo que pase, ¿eh?, o julio, a veces se van más de un mes. ‘Tienes que venir...’, ‘‘A no, no; no estaré, estaré en Marruecos...’, ‘pero, hombre, ¡es que es importante...!’’, si es un problema que hay que hacer seguimiento, las [embarazadas] isoimmunizadas, ¿no?, a veces tienen un hijo que se les ha muerto en Marruecos porque hizo una isoimmunización muy importante y se murió. A veces piensas, ‘bueno, cuando vuelva ya veremos si [el feto] está muerto o no’. Cada verano pasa. Ellos se van y ya está, les da igual.

P.- ¿Sabías que algunos a veces aprovechan los viajes, para hacerse sanaciones...? Entonces, a lo mejor están eligiendo un tipo de curación...

R.- ¿Sí?, no nos lo explican, tampoco lo preguntamos, ¿eh? Si luego van a ver al imán también... no tengo ni idea... (Ginecóloga en un hospital)

P.- ¿Crees que combinan la medicina tradicional?

R.- A veces, sobre todo para el dolor de barriga y para el mareo tienen algunas hierbas especiales, los chinos. Los paquistaníes no me consta. Los paquistaníes no creo que utilicen mucha medicina tradicional...

P.- ¿Que vayan a al imam o hagan algún tipo de curación?

R.- No, tampoco me he dado cuenta, ni tampoco les he visto ningún estigma cutáneo. Ni tampoco que usen ningún ungüento... no les he visto. Los chinos sí que toman hierbas, hierbas que son el remedio de la abuela, que se lo saben ellos mismos. (Médico especialista en un hospital)

P.- Porque me decías antes que muchos allí hacían los tratamientos de Ayurveda. ¿Aquí los hacen también o...? [Hablando de población paquistaní]

R.- Es que... No sé, es muy difícil convencer a una persona que cambie. Entonces, el proceso requiere un tiempo. Por ejemplo, yo en mi casa sigo tomando leche con cúrcuma y hace doce años que estoy aquí. Y a mí me funciona. [Se ríe] (...) Sí. O, por ejemplo, ponerme un clavo [se refiere a la semilla] encima de la muela, si me duele la muela. Y eso que trabajo también aquí y que conozco más de..., que puedo tomarme si me duele un antiinflamatorio. Pero si me funciona el clavo, pues, el clavo. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

P.- ¿Que sepas que combinan el tratamiento de aquí con alguno de su país de origen?

R.- Sí, sí. Lo cuentan ellos. Suelen ser paquistaníes y subsaharianos; los sudamericanos no, los sudamericanos no tienen tanta tradición de medicina tradicional y si la tienen suelen ser infusiones o... pero, vamos, que no interfieren mucho. Pero, en cambio, los subsaharianos sí. Vamos, yo creo que con ellos consigo un nivel de empatía bastante importante y ellos me lo

dicen, me lo dicen tranquilamente: 'mira, en mi poblado hay un médico, hay un chamán o como sea, que es muy bueno'. Hombre, si lo que tiene es una cosa banal le digo que 'si te quieres ir, vete. Después vuelves y me cuentas'. Si es algo importante, les desaconsejo completamente. Los paquistaníes también, ellos tienen también medicamentos tradicionales y cosas. Siempre que lo han hecho, después me lo han contado. 'Ay, tengo que decirte algo...'. Además, es que ya lo ves, porque vienen avergonzados, porque les preguntas y empiezan a mirar para abajo... 'es que tengo que decirte una cosa, es que mira, es que no sé qué, es que...no se enfada...'. Pero, vamos, ya lo contemplo como una opción más. No me importa, si después hacen las cosas bien, pues ya está. (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

R.- Ellos... bueno, tienen sus cosas... sus supersticiones, ¿no? Los ves, a veces, después, a los bebés, que les ponen amuletos atados a la barriguita [ella lleva un crucifijo al cuello]... Ya sabes, sus creencias y eso... no sé... claro, vienen de estos países... traen sus supersticiones, de allí, ¿no? Y, claro, tampoco les puedes pedir que cambien así de repente... (Comadrona en un hospital)

Incluso entre los profesionales mejor informados, que conocen la existencia de diversidad de prácticas, pocas veces la relación que se establece y los conocimientos de los que parten permiten alcanzar a comprender su contenido concreto ni, sobre todo, su alcance real:

P.- ¿Observas que hay una compatibilización de prácticas?

R.- Sí [Insiste], sí, por descontado, al cien por cien, segurísimo.

P.- ¿A nivel de hacerlo aquí, de intentar ir, de traerse las plantas...?

R.- Aquí hay y funciona, ¿eh?, yo diría que más entre los subsaharianos que entre los marroquíes.

P.- ¿Os lo dicen abiertamente?

R.- No, no. Esto lo sabemos sobre todo a través de las mediadoras, me lo han dicho a mí. Yo recuerdo que en una sesión le pregunté a *** [cita el nombre de una mediadora], lo preguntaba para que la audiencia lo supiera, ¿no?: '¿en qué porcentaje dirías tú que en tu colectivo la gente combina y utiliza al mismo tiempo *ehh...* medicina tradicional y los medicamentos que damos habitualmente nosotros?'. Y se puso a reír y dijo: 'en el cien por cien'. No sé si es cierto o no, ni si está estudiado o no, aquí en situación de inmigración... A ver, yo supongo que todo lo que es medicina tradicional casera puede ser que sí, ¿eh?, pero más en adultos, yo supongo que en niños no se atreven tanto, porque además tienen muchas visitas, el control del niño sano es una locura de visitas (...) (Pediatra en un hospital, mujer)

P.- Y, en general, el personal sanitario, ¿cómo se toma esto?

R.- De todas maneras. [Se ríe]. O no se lo creen o no le dan la importancia. O dicen: 'pues, si te funciona, pues, estás en todo tu derecho'. Pero sí te dice: 'Pues si estás estreñido, come fruta y verdura'. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

P.- ¿Que os digan que han ido al imam previamente o algún tipo de terapeuta tradicional o que tengan algún tipo de explicación paralela sobre esto?

R.- Que nos lo expliquen, yo creo que poco. Igual no te lo explican, ¿sabes? Igual son muy reservados en este sentido, ¿no? Porque es verdad que la mayoría son religiosos. Bueno, igual es aquí, que practiquen tampoco hay muchísimos. Pero sí que tienen un profundo sentimiento religioso, ¿no? En este sentido, nosotros, el desconocimiento de su religión también es otro....

P.- Te lo preguntaba porque a veces los imames tienen un papel...

R.- Sí, sí. Yo me he encontrado particularmente pocos casos. Y, lo que hemos comentado: a veces tengo más problemas por la gente de aquí, que también tiene ideas de estos que se van a curanderos... o hacen exorcismos... O van a hacer Reiki o se van a hacer, ¿sabes? o... otras medicinas alternativas no ortodoxas y tal. Yo a veces creo que lo vemos más en población de aquí, que en población de allí. O igual que no te lo explican, ¿eh? (Psiquiatra en un hospital)

Y cabe destacar, precisamente, esta última frase de la cita anterior: aunque durante la observación participante sí pude ver algunos signos de utilización de pautas de curación diferentes a la biomédica (henna, bolitas auriculares usadas en reflexología, amuletos...) e intuir (sólo intuir porque yo no interrogaba a los pacientes) otras, sólo encontré un reconocimiento explícito de su uso por parte de mediadoras y población autóctona no gitana.

Teniendo en cuenta todo esto, y antes de entrar en las cuestiones relacionadas con la comunicación entre profesionales y usuarios, parecería necesario volver a plantear las preguntas que formulaba unas páginas más arriba sobre la necesidad de que el personal sanitario conociera las características sociodemográficas de sus pacientes, pero esta vez en cuanto a la relevancia de las cuestiones culturales en la salud y en la atención: ¿para qué?, ¿hasta qué punto?, y, ¿cómo? A la primera pregunta ya hemos ido respondiendo a lo largo de estas páginas: para mejorar la comunicación con su paciente, para entender mejor (o, simplemente, para entender) lo que expresa y ser capaz de valorarlo en su contexto, para estar en mejores condiciones de dar una respuesta adecuada a las demandas (desde el punto de vista humano y también, aunque cueste más percibirlo, biológico), para evitar desencuentros y conflictos, para que la asistencia sanitaria sea asistencia a la salud en el más amplio sentido del término.... Y también, y es obligado decirlo, y lo hemos ido viendo, porque algunas pautas culturales pueden generar cierto tipo de actitudes que no se consideran correctas dentro de la consulta o demandas para las que el sistema no está diseñado y que no se consideran justificadas. Conocer el significado que se le da a estas cuestiones en cada cultura permitiría mejorar la comunicación y justificar y explicar de manera adecuada por qué se rechazan. Es decir, y quiero insistir en ello, conocer la variabilidad de las prácticas culturales no necesariamente significa compartirlas; tampoco, necesariamente, darles cabida en el sistema sanitario; ni siquiera, en algunos casos muy concretos, respetarlas. Significa tener la capacidad de asumir que nuestra manera de ver el mundo, de entender la salud y las relaciones humanas es una, no la única ni necesariamente la más correcta (en cuanto a una enorme variedad de criterios) y que estas concepciones han dado lugar a un modelo de atención que, aun siendo fruto de ellas, tiene capacidad, si se entiende la salud de una manera amplia, para dar cabida a otras necesidades y demandas:

R.- (...) Por ejemplo, pues los magrebíes también vienen al hospital para hacer circuncisiones, por ejemplo...

P.- ¿Las hacéis, aquí?

R.- Es que no sé... sé que es un tema que algo se hacía o no se hacía... no sé en qué situaciones, pero que lo demandan, sí. Pero, claro, a Urgencias no vienen por eso... Hombre... a ver, sí que puede haber una diferencia con respecto a... gitanos, por ejemplo, y magrebíes, en adolescentes niñas, en relación con... 'esta niña, que no sé qué... con este chico, que no sé cuántos... a ver si es virgen o no... a ver qué le habrán hecho...'. Alguna vez sí que lo hemos visto.

P.- Aquí los atendéis hasta los dieciséis...

R.- Aquí hasta los dieciocho. En los dos hospitales de la zona

P.- La respuesta puede ser muy delicada...

R.- Sí, bueno, está claro que como no les podemos contestar, pues... Además, médicamente tampoco es una cosa que puedas... saber en una visita, porque el tema del himen es una cosa *súper*... hay una variabilidad interpersonal bestial... tú puedes tener un himen ya de nacimiento que sí que parezca que ha habido relaciones... Entonces, evidentemente, este tipo de visitas se van sin respuesta... Y un servicio de Urgencias tampoco está para eso. Realmente... no se me ocurre ninguna más... con temas de estos así, culturales... (Pediatra en un hospital, hombre)

Y, ¿hasta qué punto? Resulta bastante evidente, pero quiero volver a insistir, que no podemos esperar que nuestros profesionales sanitarios se conviertan en antropólogos especializados en salud; no podemos pretender, razonablemente, que conozcan todos los rasgos sociales y culturales que pueden estar implicados en el estado de salud y en el uso de los servicios sanitarios de todos sus pacientes en cada momento. Sin embargo, sí es deseable que tengan conocimiento de que estas circunstancias existen, que afectan a la salud y a la asistencia, que son enormemente variables en función de las culturas, los momentos y las personas y, sobre todo, que una actitud abierta y receptiva, empática y respetuosa hacia la diversidad cultural, sin por ello dejar de ser crítica, es la mejor herramienta para buscar hasta qué punto es posible su encaje dentro del sistema.

Y, ¿cómo? Lo he dicho ya tanto que no puedo volver sobre ello, pero... mediante una formación, como mínimo, básica, aplicada y continuada. Y, también, con un adecuado apoyo, en cuanto a medios (de diverso tipo) y reconocimiento de su labor.

2.2.4. Un apunte sobre comunicación entre profesionales y usuarios y los posibles factores implicados

Sin ninguna duda, el factor más referenciado por parte de todos los tipos de profesionales, independientemente de su edad, especialidad, centro de trabajo, etc., la causa a la que con más frecuencia se referían cuando se les pedía que reflexionasen sobre la asistencia sanitaria a población inmigrante, fue, en sus propias palabras, el *idioma*. A lo largo de las –ya muchas– páginas de este texto he ido mencionando esta cuestión y es que la transversalidad del factor *comunicación* se hace evidente al considerar muchos de los elementos implicados en la atención a estas poblaciones. A pesar de esto, creo que merece la pena dedicar unas páginas –pocas ya– a abordarlo con más detenimiento y de manera más precisa, aunque evitando repetir cuestiones ya mencionadas.

Comencemos por lo más sencillo. Prácticamente la totalidad de los profesionales a los que entrevisté afirmaron ser capaces de hacer su trabajo tanto en castellano como en catalán. Sin embargo, esta afirmación encuentra tres posibles matices cuando los datos no proceden de las entrevistas sino de la observación en los centros. El primero haría referencia a algunos profesionales procedentes de otras zonas del Estado cuyo manejo del catalán es limitado en no pocos de los casos; el segundo aludiría a la situación, digamos, inversa: profesionales catalanohablantes que, en ocasiones, encuentran dificultades para un uso realmente fluido del castellano; y el tercero mostraría una situación llamativa: el caso de algunas mediadoras cuyo dominio de cualquiera de los dos idiomas era, en algunos casos, preocupante e incongruentemente precario.

Entre los profesionales de asistencia directa entrevistados, el idioma de preferencia para realizar la consulta se distribuía de la siguiente manera:

Idioma de preferencia para realizar la consulta, en profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Castellano	24	40	40	40
Catalán	17	28,3	28,3	68,3
Ambos, indiferente	14	23,3	23,3	91,7
N/P	5	8,3	8,3	91,7
Total	60	100	100	

A pesar de existir, en la mayoría de los casos, un idioma de preferencia, durante las entrevistas ninguno de los profesionales manifestó abiertamente que en su trato con los pacientes se negase a realizar el cambio de catalán a castellano o viceversa a petición éstos, aunque es necesario hacer dos matizaciones a esta afirmación. Una, el caso de aquellos profesionales que reconocían tener un manejo precario o poco fluido del catalán, que afirmaban explicarlo a los pacientes, intentando, en la mayoría de los casos, pero no en todos, algún tipo de comunicación básica en ese idioma; la otra, algún caso, tampoco mayoritario, en el que profesionales catalanohablantes afirmaron que sólo realizaban el cambio si la petición era expresa pero no si el paciente no lo pedía. En lo que se refiere a la observación participante, no encontré diferencias evidentes con lo recogido en las entrevistas respecto a esto, aunque, deben tenerse en cuenta tres hechos: por una parte, que yo soy castellano hablante y este era el idioma con el que, de inicio, me dirigía a los profesionales, tanto en entrevistas como durante la observación, manteniéndome habitualmente en él (porque es el que domino) salvo en los casos de alguna de las mediadoras que apenas hablaba castellano y cuando el contacto inicial con el profesional, por distintos motivos, había sido en catalán; por otra parte, aunque no encontré ningún caso de negativa expresa a cambiar de idioma, sí algunas situaciones incómodas cuando profesional y usuario usaban dos idiomas distintos y ninguno de los dos cambiaba al del otro aunque, de nuevo en esto, mi propia sensibilidad podría introducir un sesgo a la valoración de incomodidad; y, tercero, que, al no realizar trabajo directo con los pacientes, sólo puedo realizar una valoración superficial de su percepción al respecto.

Pero, de nuevo, no podemos perder de vista que las dificultades relativas a la comunicación aparecen incluso cuando ambos actores comparten el mismo idioma, como hemos visto que pasa a menudo con pacientes de habla castellana. Recordémoslo, por ejemplo, retomando la conversación con una profesional de una unidad especializada en tuberculosis:

P.- (...) Es decir, que realmente, incluso con personas que hablan tu idioma, que hablan castellano, hay una barrera mental. Es que es como si hablaran otro idioma, no te entiendes. Por ejemplo, a las chicas sobre todo [se refiere a mujeres procedentes de países de Latinoamérica que hablan castellano], les preguntas si toman anticonceptivos, te dicen que no y después te enteras que sí, porque ellas esto lo decían de otra manera. (...) El sexo, un tema tabú. No puedes preguntarles si están embarazadas. Es realmente un problema. Yo tengo que saber si están con anticonceptivos orales para poner una pauta u otra de tratamiento [para tuberculosis] o hacer profilaxis o ponerles tratamiento porque con la rifampicina no pueden quedarse embarazadas, tengo que preverlo. Y entonces, hay cosas que es que no te entiendes con ellas. Al final, tienes que utilizar cuatro frases hechas como '¿te cuidas?', en lugar de preguntarles si toman pastillas anticonceptivas; '¿tú tomas?', para decir si bebes, porque 'si bebes', igual es que bebes agua, no

la idea de beber alcohol. Es decir, tienes que utilizar unas cuantas frases que al final las vas aprendiendo sobre la marcha, pero que nadie te lo [enseña]... Pero antes ya la has *pifiado* unas cuantas veces (...). (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Y conviene señalar los riesgos de esta situación. Los pacientes procedentes de Hispanoamérica frecuentemente quedan fuera de ciertas investigaciones y programas relacionados con la salud, la interculturalidad y la inmigración porque se presupone que al compartir uno de los idiomas oficiales (el castellano) no existirán dificultades de comunicación. Sin embargo, las diferencias en las expresiones, en los giros o, incluso, en algunas palabras, pueden pasar desapercibidas a los profesionales –sobre todo en los primeros momentos del contacto– por desconocimiento y también porque pueden estar menos alerta respecto a las este tipo de problemas que sí tienen más presentes con otros colectivos con los cuales no existe un idioma común. Y existe todavía otro riesgo, más difícil de hacer consciente, y es el de etiquetar estas diferencias idiomáticas como un indicador de déficit educativo o, peor todavía, como un inconveniente o una molestia adicional que puede hacer que estos pacientes sean peor vistos. No debemos olvidar que se trata de variantes no sólo absolutamente legítimas sino correctas desde el punto de vista lingüístico y presentes en la mayoría de la población procedente de estos países, independientemente muchas veces de su nivel de formación y socioeconómico.

R.- A ver... hablar, hablan... pero... *uf*, estas mujeres...es que hay que explicarles como si no hablaran, a veces, ¿no? Que yo se lo digo siempre a *** [cita a una compañera], que no es que no hablen... pero son... que le dan vueltas a todo, que se están una hora para explicarte... y le dan vueltas... y usan... no sé, unas expresiones... a mí me parecen como antiguas... como de las abuelas de antes...no sé. (Enfermero de adultos en un hospital)

En cuanto a la formación en otros idiomas, la observación participante contradice, en parte, los datos de las entrevistas. En ellas, alrededor del 60% de los profesionales afirmaban ser capaces de desarrollar una consulta en inglés y algo más del 30%, en francés. La observación, sin embargo, dejaba pocas dudas sobre que la fluidez real era muy limitada y los conocimientos de los profesionales eran, en buena parte de los casos, poco mayores que los del castellano o catalán de sus pacientes. En una estimación subjetiva (no soy lingüista ni lo exploré directamente en todos los casos), probablemente menos del 20% de los profesionales podrían mantener una consulta fluida en otro idioma y, como era de esperar, son los más jóvenes los que tienen niveles mejores, especialmente de inglés.

Y, en relación con esto, observé dos hechos más que también vale la pena destacar. Uno, que no todos los que eran capaces de comunicarse fluidamente en otro idioma –se entiende, diferente al castellano o catalán– estaban dispuestos a hacerlo con sus pacientes, especialmente con aquellos que valoraban que ya llevaban “suficiente” tiempo en destino como para haber aprendido alguno de los idiomas oficiales. La razón esgrimida era fundamentalmente que hacerlo, en la práctica, limitaba el esfuerzo que realizan los pacientes por aprender. Y aquí no puedo resistirme a hacer un comentario: merecería la pena saber en qué medida estos profesionales conocían la historia personal de estos pacientes, hasta qué punto, de verdad, hacían o no *esfuerzos*, y en qué ámbitos éstos eran más prioritarios o imprescindibles... Qué fácilmente juzgamos (todos), a veces, situaciones de las que somos poco conocedores...

El siguiente hecho que cabe comentar es que, incluso en aquellos centros concertados con capacidad para seleccionar a los profesionales que desean contratar, el conocimiento de idiomas no era un requisito que se exigiera ni, muchas veces, que se tuviera en cuenta a la hora de seleccionarlos. Como ejemplo, viví la situación de contratación de un médico de familia en un CAP que tendría en su cupo casi un 70% de población inmigrante, de países en los que se podría considerar el inglés como idioma vehicular (aunque, claro, no necesariamente lo fuera para cada individuo en concreto). Tal y como reconoció el coordinador del centro, en su contratación no se consideró el conocimiento de idiomas (lo tenía, aunque ya hemos visto que no es lo mayoritario). Este último hecho creo que no apunta (o no sólo), como podría pensarse en un análisis superficial, a una desconsideración por parte de los profesionales de asistencia directa o gestores de los centros –aunque también exista, en ocasiones– sino a algo más generalizado y también más difuso y más difícil de aprehender: una limitada concepción de que sea prioritario, necesario o incluso deseable que sean el sistema y sus profesionales los que desarrollen estrategias para adaptarse a estos pacientes, para facilitarles las cosas, sin que esto tenga por qué significar renunciar a desarrollar un determinado modelo de atención ni tampoco a pedirles que realicen esfuerzos para adaptarse ellos también.

Entrando ya en el terreno de la comunicación entendida más allá del idioma, quedan aún aspectos que es necesario tratar. Y empiezo por contextualizar en el ámbito de la investigación esta última frase que he escrito. La formación en idiomas, tanto de los propios usuarios (para poder ejercer sus derechos ciudadanos con garantías no sólo en el ámbito sanitario) como, en mi opinión también de los profesionales (no como requisito *sine qua non* general, por supuesto, pero sí como algo a tener en cuenta) aun siendo importantísima, no implica, por sí misma, que las dificultades en la comunicación desaparezcan, en la medida en que en ésta también pueden intervenir un amplio abanico de cuestiones: culturales (de todos los implicados), de posibilidades estructurales (del sistema sanitario, laborales, legislativas...) y de actitudes personales (empatía, justicia...) mucho más difíciles de aprender en una academia, pero igualmente básicas.

R.- Yo creo como muy importante la comunicación para entenderse. Pero también hay algo detrás que no se sabe qué es... que no te sé definir. Hay algo que no llegas, y seguro que en primera instancia la comunicación es algo *súper-importante*, ... pero, en segunda instancia, a lo mejor te quedas tranquilo porque te han entendido, pero... seguramente hay algo [más], sí. (Médico de familia en un CAP, hombre)

R.- (...) Y yo creo que el problema es de comunicación, con todos en general, ¿eh? Ya no es sólo comunicación en cuanto al idioma, si no en cuanto a cultura. A ver... un poco de incompreensión de los diferentes hechos diferenciales de cada cultura. (Enfermera de adultos en un CAP)

Y es que estos aspectos relacionados con la comunicación, con la calidad y el tipo de relaciones humanas que se establece en nuestro sistema sanitario tienen, según pude observar durante el trabajo de campo, repercusiones en cuanto al tipo de atención que se presta. Resumiendo ya, puesto que las traté con más detalle en el capítulo 3.

En primer lugar, la calidad de la información que reciben estos pacientes acaba siendo, a menudo, menor, por muy buena voluntad que pongan los profesionales, los mediadores, los acompañantes y los propios pacientes.... porque la comunicación, además de más

difícil es más pobre, más simple, con menos matices. Y es algo que se hacía muy evidente durante la observación en las consultas: con voluntad de simplificar, de hacer más comprensible el discurso, de intentar asegurar, también, que al menos se ofrecía la información más relevante, el profesional empobrecía su propia capacidad comunicativa y, con ello, la información que recibía el paciente. Algo que puede tener consecuencias para ambos. Para los profesionales porque también era muy fácil observar que frecuentemente vivían –vivíamos– la situación con impotencia e inseguridad, algo nada bueno para quien trabaja con vidas humanas. Y, para los pacientes, porque puede tener como consecuencia no deseada, exactamente lo contrario de lo que se buscaba: que no llegue a tener una comprensión lo suficientemente profunda de las indicaciones y, por lo tanto, acabe teniendo dificultades para el cumplimiento del tratamiento y el manejo dentro del sistema, lo que lleva asociado algo que se señala muy pocas veces pero que es muy importante: la pérdida de la autonomía y de la capacidad de decisión de estas personas sobre su propia salud.

P.- ¿Crees que se puede resentir un poco la calidad, por el tema del idioma?

R.- Hombre, yo creo que mi calidad es la misma. Lo único es que... claro, yo puedo explicarles algo que ellos no me van a estar entendiendo. Porque yo les vacuno, les hago... Y les voy explicando lo mismo, como suelto el mismo rollo que les suelto a todo el mundo... Pero soy consciente de que a lo mejor me está entendiendo... pues, un poquito. Pero vamos, creo que la calidad que damos es la misma. Que a lo mejor se tiene que resentir... pues probablemente, sí... (Enfermera de adultos en un CAP)

En segundo lugar, se trata, de pacientes que requerirían más tiempo, del que se puede o no disponer y, también, del que se puede o no querer hacer uso (por distintos motivos). Así, a menudo, o las consultas se alargan (y cualquiera que haya estado alguna vez en una consulta o en una sala de espera sabe lo que esto implica) o se corre el riesgo de no estar ofreciendo a los pacientes la atención que su caso particular requiere (lo que no significa, claro, que siempre ocurra). Y, de nuevo, la impotencia y la inseguridad y, también, los riesgos... (ahora llegaremos a esto).

P.- Hablando ya más del sistema, ¿cómo vais de recursos?, ¿qué os hace falta?

R.- Es un sistema sanitario que tiene que hacer huelga para tener como mínimo diez minutos por paciente, la presión asistencial es terrible a todos los niveles. Y, encima, ahora faltan pediatras porque ha aumentado enormemente la población infantil, en gran parte a expensas de la población inmigrante, pero en pequeña parte también hay más partos de mujeres autóctonas... Entonces, el pediatra está desbordado y, bueno, los que no son pediatras también están desbordados, y eso hace que se tenga poca paciencia con la persona que tiene dificultades de comunicación, ¿no? El médico, por definición, es una persona resolutiva o está formado de cara a... 'déjate de *hostias* tú, y solucionemos lo que tenemos que solucionar', ¿no? Entonces hay que tener en cuenta todo este entorno social, y a veces incluso el mediador, casi estorba más que otra cosa porque lo que interesa es sacarte de encima a alguien. Y por descontado, un problema de comunicación en la consulta, con o sin mediador, te enlentece la consulta. Hoy he acabado yo a las dos y media cuando, teóricamente, yo tengo que acabar a la una y media, porque me han metido más de la cuenta, y porque llevo a muchos inmigrantes y se enlentece todo y desde hace años pedimos más y más tiempo para las familias inmigrantes pero, claro, imposible de conseguir. (Pediatra en un hospital, mujer)

Tercero, y al hilo de lo que apuntaba la cita anterior, cuando la comunicación no es posible o lo es en escasa medida, suele hacerse necesaria la presencia en las consultas de personas diferentes al usuario y al profesional bien sean familiares, amigos o compatriotas más o menos cercanos que manejan mejor el idioma bien sean profesionales traductores o mediadores. En cualquiera de los casos la necesidad de

traducción aumentará la demanda de tiempo y también, y se señala con menos frecuencia, implica introducir una *tercera persona* en las consultas cuyo papel durante y después de éstas requiere una evaluación muy cuidadosa que, de acuerdo con mi experiencia, muy pocas veces se realiza. Tendré que volver sobre este punto cuando hable de mediación.

P.- Me decías que hay mujeres analfabetas...

R.- Paquistaní... chinas, es difícil de saberlo porque hay poca comunicación oral... Magrebíes, también... Tenemos el analfabetismo propio y el analfabetismo idiomático: como están recluidas en casa no entienden absolutamente nada... Entonces tenemos que echar mano de las mediadoras, y en horarios que no hay mediadoras, pues de algún acompañante o hijo que te pueda traducir... Aunque es difícil a través de un intérprete... porque hay ciertos temas tabús. Y a lo mejor... depende quien sea el acompañante, pues no consigues sacarle mucha información.

P.- Debe ser bastante complicado en temas de Ginecología...

R.- Exacto... Es que preguntarle la regla delante de... (Ginecóloga en un hospital)

Cuarto, las dificultades de comprensión generan en el profesional diferentes sensaciones, que pueden ir desde la incertidumbre e inseguridad hasta la incomodidad hacia unos pacientes que le requieren un plus de esfuerzo, pasando, muchas veces, por diferentes niveles de hastío o directamente enfado (aunque podría expresarse de manera más dura) respecto a la actitud que se percibe en los pacientes (de manera más o menos ajustada con la realidad) y también sobre la disponibilidad de medios para hacer su trabajo con garantías. Y esto se veía claramente en las consultas e incluso antes: así, una de las principales reticencias que los miembros del equipo tuvimos que trabajar para poder incorporarnos a los centros fue la actitud recelosa de parte de algunos profesionales que vivían con enfado lo que calificaban a menudo de “parches” a la situación en la que trabajaban. Para algunos, inicialmente (sospecho que, dada la falta de continuidad de la investigación, también, después), nosotros formábamos parte del *parche*, de soluciones parciales, de urgencia, poco meditadas y cortoplacistas sobre las que no se les consultaba (o poco) y que, sin embargo, que tenían que asumir. Ya después, el cansancio, la frustración y el enfado y no pocas veces la tristeza (por los pacientes y por el sistema), fueron la tónica de muchas consultas. También entristece escribirlo.

R.- (...) Y, luego, las actitudes de rechazo que se iban dando por un lado y por el otro, ¿no? La incomunicación llevaba a actitudes de pasotismo por parte de los médicos... no tanto de racismo, pero de pasotismo, de sensación de impotencia y de que saben que ‘no me van a entender’ y, bueno, ‘ya da igual porque nadie te ayuda’..., Esto, por parte de los que querían ayudar. Y, luego, por parte del inmigrante, las familias pues llega un momento en que están hartos de que se les riña, porque se les riña cuando no entienden, ¿no? (...). (Pediatra en un hospital, mujer)

Y, en quinto lugar, es necesario apuntar también que estas sensaciones no son ajenas tampoco a los usuarios, moviéndose en este caso entre la incomodidad, el desamparo y la vergüenza, el enfado (más o menos grave) por no recibir la atención que cree que necesita y la dificultad de adherencia y confianza hacia un sistema y un profesional que encuentra dificultades para hacer suyos.

R.- [...] El ***⁵⁵ lo hablo bien. De *** terminé todos los cursos y tengo la titulación casi de profesor y el ***i un poquito más básico, pero me apañé bastante.

⁵⁵ Se trata de un profesional de la medicina con conocimientos de varios idiomas, incluidos algunos que entre nosotros es poco frecuente aprender y son propios de algunos colectivos inmigrantes. No daré más detalles para evitar que el profesional pueda ser identificado.

P.- No es frecuente... los pacientes se sorprenderán mucho, ¿no?

R.- Los *** un montón, les hace cantidad de gracia y además es que, aunque tienen problemas médicos de verdad o que ellos creen que son de verdad, están muy desamparados y cuando encuentran alguien que... les da mucho alivio. Y yo lo único que hago es esto, aliviarles el tema de la barrera idiomática sin tener más conocimientos. (Médico)

Séptimo, aunque hablaré más adelante en profundidad de este punto concreto, es necesario plantearse que si la comunicación es peor –y no puede negarse que muchas veces lo es– y no se dispone de medios para mejorarla –y también tiene que reconocerse que muchas veces no se dispone de ellos–, necesariamente la atención corre el riesgo de ser también peor:

P.- Y teniendo en cuenta las dificultades ¿dirías que al final la calidad de la atención que se da es la misma para unos que para otros?

R.- Yo creo que inevitablemente no es la misma, aunque a lo mejor, gente de aquí te acusa de tratar mejor a los otros [a los pacientes inmigrantes]. Pero, inevitablemente, creo que no. Pero no llegas... a lo mejor lo han entendido todo...pero algo pasa que no acabas de llegar...culturalmente o socialmente, o algo pasa, pero para mí es muy importante en medicina, llegar. Y yo creo que esto ya no es calidad. Seguramente, les darás las mismas pruebas, les harás lo mismo... pero como yo creo que la salud no depende tanto de estas cosas, pues creo que inevitablemente no, no estamos llegando. (Médico de familia, hombre)

Aunque no es una cuestión compartida por todos los profesionales:

P.- ¿Hay diferencias en la calidad de la asistencia que se ofrece a unos y a otros? ¿Se puede resentir?

R.- Yo creo que no. Es exactamente lo mismo. Lo que pasa es que con algunos quizás nos cuesta más y te quedas con aquella incertidumbre de pensar que, a lo mejor, no te han entendido lo suficiente ¿no?

P.- Requiere un esfuerzo...

R.- Requiere un plus y es un estrés, sí... Y estoy segura que lo que nos falta es espacio, espacio, ¿no? y gente [profesionales] para el volumen que tenemos. (Comadrona en un hospital)

Finalmente, cuando se habla, de manera amplia, de la calidad de la comunicación y la relación entre los usuarios y los profesionales del sistema sanitario, no pueden dejar de reiterarse las cuestiones relacionadas con los estereotipos que se utilizan para calificar a muchas poblaciones, los prejuicios y la discriminación.

P.- Gitanos autòctons tens?

R.- Sí, alguns. Alguns. Evangèlics. Tinc dues famílies... Típiques, típiques, típiques... dins del tòpic... molt macos... (Enfermera de adultos en un CAP)

No puede negarse, tampoco, que cada profesional puede tener más afinidad o resultarle más sencillo tratar con miembros de algún grupo que con otros, por muchos motivos. Entran de nuevo en juego muchos estereotipos:

P.- Si tuvieras que hacer grupos con la población que tienes, ¿cómo serían los perfiles?

R.- ¿Por procedencia? Los que me gustan y me caen muy bien, y creo que son muy educados, son los paquistaníes... indios... Bueno, creo que son hasta demasiado respetuosos. Me da hasta la sensación de que son serviles, ¿no?

P.- ¿Tienen una actitud muy respetuosa hacia el personal sanitario, no?

R.- Sí. Muchísimo. Serviles. Me da la sensación, porque ellos se inclinan, bueno, como si se cuadrasen. Los de origen indio, también. (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- Y el personal sanitario, ¿qué concepción crees que tienen de estos pacientes?

R.- ¿De estos pacientes? Algunos bien, algunos mal. No sé. Claro, algunos muy bien, le dan un trato igual como a todos y a algunos los tratan con un poco más de distancia. Pero yo hasta ahora... , la consulta normal, como todos los demás. (Mediadora de un país de Europa del Este)

Ahora bien, quiero dejar claro que las ocasiones en las que, durante el trabajo de campo, pude observar situaciones de discriminación o racismo franco fueron mínimas, aunque no por eso menos relevantes. En entrevistas, por razones obvias, es algo que salía todavía menos, a pesar de que he podido encontrarlo algunas veces e intuirlo otras:

P.- ¿Se puede resentir la calidad de la atención en inmigrantes?

R.- Yo pienso que, en general, no hay problema. El problema a veces puede estar en la predisposición del profesional. No todo el mundo tiene la misma predisposición, hay gente que se cansa, gente que se quema y gente que llega quemada de su casa...

P.- Me imagino...

R.- Como pasa en todas partes, ¿no? Pero pienso que a lo mejor no siempre hay la misma predisposición. (Enfermera de adultos en un CAP)

R.- Yo considero...yo no soy racista, pero... si a lo mejor un hijo mío me viniera con una novia marroquí, pues, a lo mejor, sí que lo soy. Cambia, ¿no? O según qué amiguito viene a casa, pues te hacen más ilusión unos amiguitos que otros. Supongo que en el fondo todo el mundo lo tenemos, que aunque conscientemente no lo seamos... y a la hora de trabajar pues... A veces, ves actitudes... (Enfermera de adultos en un CAP)

Y algo que me resultó llamativo durante el curso de la investigación fue que (tanto en las fases de observación como en las entrevistas) el colectivo que reiteradamente aparecía como peor valorado, aquel respecto al que se señalan dificultades en la asistencia que se consideran menos justificables, con el que se referían más conflictos y, también, sobre el que persistían más estereotipos y prejuicios era, sin duda, el de los gitanos autóctonos. Y, al mismo tiempo, paradójicamente (o no), era el grupo sobre el que los profesionales afirmaban tener más conocimientos respecto a su realidad social y cultural.

R.- (...) Y luego, *hosti*, los que más me cuestan son los gitanos, pero los gitanos de aquí. Me he quedado muy parada... porque yo encuentro que son muy problemáticos, les cuesta mucho adaptarse a las normas, lo quieren todo ya y ahora, van a su aire... o sea, vienen cuando quieren... Entonces cuando vienen, lo tienes que atender porque... ‘Yo he venido hace casi una hora. Y estos han venido más tarde, y...’. Y a lo mejor vienen sin hora. Yo me he quedado muy decepcionada porque he visto que realmente, la fama que tenían pues se quedaba un poco corta, casi, ¿eh? De todas formas depende mucho de las UBAs. Me da la sensación que la UBA nuestra, gracias a la doctora y a la compañera que había antes, están bastante bien educados... que hay de todo... pero la mayoría ya vienen a su hora... y son bastante educados... Bueno, es como si les hubiesen venido haciendo un proceso de educación. Y sin embargo el día que estamos de guardia, que vienen de todas las UBAs, es cuando veo diferencias brutales. Viene gente muy maleducada... muy exigente... con muchísima impaciencia... Entonces es cuando más lo noto. (Enfermera de adultos en un CAP)

Para tratar de explicar por qué esto parece ser así, podrían aventurarse varias hipótesis. En primer lugar, es un grupo con el cual el contacto se ha prolongado durante mucho más tiempo, por lo que los profesionales suelen tener la tendencia a pensar que los conocen, aunque los conocimientos parecían, en general, escasos e imprecisos. En segundo lugar, aunque el racismo y el rechazo existen, existe también la idea que los inmigrantes “han venido a trabajar”, “a buscar un futuro mejor”, mientras que se sigue

viendo al gitano autóctono como perceptor eterno de ayudas sociales y anclado en determinados nichos económicos sin que “haga nada” para salir de estas situaciones, sin que a menudo haya un cuestionamiento de por qué “no salen” y de qué posibilidades (reales) tienen para hacerlo. Además, la llegada de inmigrantes es relativamente reciente de forma que a muchos todavía se les disculpa la falta de conocimiento de nuestras estructuras sociales e idioma, algo que no es así con los gitanos autóctonos. Es como si éstos no tuvieran *disculpa*.

Volviendo al conjunto de los grupos, los pacientes tampoco son ajenos a la existencia de discriminación –que se da dentro y fuera del sistema sanitario– hasta el punto, en ocasiones, de atribuirle situaciones que no se relacionan con ella:

R.- Por ejemplo, un ejemplo que me ha pasado a mí. Un chico se estaba esperando para hacerle intervención quirúrgica al pie. Claro, tenía no sé si cuatro horas de la mañana sin comer, sin nada, claro, pues pensaba que... Él se quería ir, que esperara demasiado, que tenía hambre, que se quiere ir... que se lo quiere hacer él... Bueno... y al final le dijimos...: ‘No sólo te esperas tú, se espera más gente’, porque él estaba pensando que... como era de fuera y tal...

P.- Por ese motivo, ¿no?

R.- Sí. Por ese motivo. Y le hemos hecho entender que no era así, que todos esperan por la misma razón. No es que tú eres de fuera y te coge el último o yo qué sé, que te dejan esperar todo el día.

P.- Pero, ¿es algo habitual?

R.- No. A mí me ha pasado en este caso. Habitual... igual no, pero ellos tienen esta conciencia que si le ven más tarde o tardan más es porque son de fuera. Y no es así. (Mediadora de un país de Europa del Este)

R.- Visto desde Urgencias... sí que a veces vemos cosas... y yo lo veo sobre todo en los magrebíes... Aquí tenemos un servicio de urgencias muy saturado y tenemos un sistema de *triaje* de pacientes y de clasificación de pacientes muy potente, muy estructurado... con unos protocolos, con un programa informático con un personal dedicado sólo a eso... y, entonces, los que son menos urgentes y tienen que esperar más tiempo, a veces... Tengo bastantes situaciones que el interlocutor entra a decir: ‘Oye, ¿qué pasa que no ves a mi niño?’ y es un magrebí; y he vivido varias situaciones que se lo toman como ‘como soy de fuera, me estás marginando’. Es como una hipersensibilidad a... y a veces no sabes si es ‘me aprovecho que soy de fuera para quejarme más’.... Pero esto sí lo veo. En cambio, en otros colectivos lo veo menos. Los gitanos, es que bueno, desde que entran por la puerta: ‘Ay, que mi niño está muy malo, que tiene cuarenta de fiebre y que me lo visten ya’. Este sentimiento sí que lo veo mucho más, sobre todo en los magrebíes. Los subsaharianos pienso que no, los sudamericanos, tampoco, los del Este, yo diría que no... Pero sí que ese sentimiento...sí, de hipersensible... (Pediatra en un hospital, hombre)

Y que también pueden darse entre diferentes colectivos:

R.- Sí que, por ejemplo, en la sala tienen que tener especial cuidado las enfermeras y no mezclar según qué etnias porque puede haber conflicto. Por ejemplo, los chinos, son grandes xenófobos y no soportan a los marroquíes, y los marroquíes tampoco a los gitanos. Se tienen que hacer verdaderos equilibrios porque hay muchas habitaciones individuales, pero también hay habitaciones dobles. Y en las compartidas, hay que tener especial delicadeza con estos colectivos. (Ginecóloga en un hospital)

Finalmente, la demanda fundamental de los profesionales para tratar de paliar las dificultades que se relacionan con todas las cuestiones que hemos ido viendo en este

apartado se centran en dos tipos de recursos: tiempo y mediadores. Profundizaré en esto en el siguiente epígrafe.

3. LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS CARACTERÍSTICAS (Y POSIBILIDADES) DE LA ASISTENCIA A SUS PACIENTES INMIGRANTES

En este apartado trataré de abordar, ya de manera muy breve, la forma en que se organiza la asistencia sanitaria a población inmigrante centrándome exclusivamente en dos aspectos: las posibles adaptaciones del sistema sanitario para desarrollar esta asistencia, por una parte, y los medios de los que dispone para hacerlo y la calidad de los servicios que ofrece, por otra⁵⁶. Todo ello, de nuevo, tanto a través de mi propia observación como, muy especialmente para este tema, poniendo énfasis en las percepciones, reflexiones y demandas de los profesionales.

3.1. ADAPTACIONES DE LA ASISTENCIA A POBLACIÓN INMIGRANTE: ¿POSIBLES? ¿NECESARIAS?

Prácticamente todos los profesionales consultados, tanto durante la observación participante como durante las entrevistas, coincidieron en señalar que la inmigración había afectado, en alguna medida, a la asistencia en el sistema sanitario público. Así, en entrevistas:

Impacto de la inmigración en la asistencia sanitaria, entre profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
La asistencia sí se ha visto afectada de manera significativa	52	98,1	98,1	98,1
La asistencia no se ha visto afectada de manera significativa	1	1,9	1,9	100
Total	53 ⁵⁷	100	100	

P.- ¿Ha tenido un impacto en la asistencia, la inmigración?

R.- Sí, clarísimo. Sí, sí. (Enfermero de adultos en un hospital)

Sin embargo, en lo que no era posible encontrar acuerdos y las opiniones eran muy variadas era cuando se preguntaba por qué, en qué y, menos todavía, hasta qué punto. En cuanto al por qué, la mayor parte de las respuestas (más del 80% en entrevistas y,

⁵⁶ Obviamente, existirían muchos otros temas a los que se debería prestar atención, entre ellos, por ejemplo, el análisis de las cuestiones presupuestarias, de organización a nivel macro, de las estructuras de poder... No obstante, como creo que es comprensible, se trata de cuestiones, aunque muy relevantes, que se escapaban a las posibilidades de la investigación concreta que realicé en su momento y, más tarde y aún ahora, también, para ser sincera, a mis conocimientos. Todo llegará...

⁵⁷ Se excluyó, para esta pregunta, a las siete mediadoras culturales.

diría, porcentajes muy similares durante la observación) apuntaban hacia el incremento de la población, más o menos no previsto y, sobre todo, en poco tiempo. Aumentos de población que, además, no habrían ido acompañados, según buena parte del personal sanitario, de incrementos equivalentes en los recursos para atenderla, por más que en algunos casos se hayan hecho esfuerzos en este sentido (que también reconocen al menos una parte de los profesionales). En cualquier caso, se señalaba de manera mayoritaria y, a menudo, tan contundente como preocupada, que el aumento de población ligado a la llegada de población inmigrante constituye un hecho que ha venido a agravar la situación de un sistema sanitario que estaba ya en precario:

R.- La calidad de nuestro sistema sanitario es buena en términos globales, lo que pasa es que estamos llegando a un punto en que hay una sobrecarga asistencial insostenible, entonces... Cada vez los recursos son más limitados, va a ir empeorando. Y cualquier día va a acabar teniendo problemas graves porque ya tenemos muchos problemas para poder diagnosticar y tratar a todo el mundo. Y en este punto, justo, llega una avalancha de inmigración; sin ellos ya teníamos un problema importante y, con ellos, lo agravamos más.

P.- ¿Dirías que la inmigración ha tenido un impacto importante?

R.- Diría que ha tenido un impacto parcial, no importante. Los inmigrantes lo que requieren es un poco más de tiempo para poder traducir, leer la visita y un poquito más de dedicación para hacerle el seguimiento. Esto fundamentalmente. Se han añadido en un momento en que nosotros ya estábamos muy mal, por todo el envejecimiento de la población y, entonces, ha sido el detonante. Bueno, esto desde mi punto de vista, ¿no? (Médico especialista en un hospital)

Para muchos profesionales era evidente, también, que este aumento de la población afecta de manera diferencial a algunas especialidades, siendo las más referenciadas las áreas relacionadas con la salud materno-infantil y, en general, de primaria.

R.- Está clarísimo que esto está *in crescendo* de una forma espectacular, ¿no?; yo creo que en *** [se refiere a la zona del hospital donde se atiende a adultos] aún no lo han vivido. Lo digo porque ahora ¿quién viene?, gente joven que emigra y llega aquí y se embaraza. Entonces, los vemos los obstetras, está claro. Entonces, cuando esta gente envejezca ya iremos a verlos a *** [la zona del hospital donde se atiende a adultos]. Faltan unos años a ese nivel... la mayoría de lo que llena las Urgencias son abuelos autóctonos, porque los otros aún no son abuelos. (...) Un nivel de partos de inmigrantes del 40% es muchísimo; además, hemos llegado al 40% en pocos años y será más, porque aquí [se refiere a usuarias autóctonas] tienes dos partos en la vida y hay muchas señoras que deciden hacerlo privado, por mutua, porque tienen habitación sola y aquí le ponen... vete a saber con quién le ponen... y lo saben. Además hay disponibilidad de camas, cero, cero. (...) (Ginecóloga en un hospital)

Como vemos, existe, de manera clara tanto en entrevistas como más aún en la observación del día a día de las consultas, una tendencia entre los profesionales, que parece bastante fundamentada, a pensar que la situación puede agravarse todavía más a medida que la población recién llegada envejezca. Aunque también es cierto que se trataría ésta de una percepción que ha sido igualmente generalizada en otras situaciones, a lo largo de los años. Así, un profesional hospitalario con tres décadas de ejercicio me dijo, durante una de mis visitas a su centro, algo así como: “esto lleva hundiéndose desde hace treinta años... pero, oye, no se acaba de hundir...”. Ironía aparte, esta frase debería, de nuevo, hacernos pensar en qué condiciones trabajan los profesionales sanitarios y cuáles son los elementos que tensionan el sistema.

Retomando el análisis, el porcentaje de profesionales que, junto con el incremento de población, señalaba la diversidad interna de ésta cómo una de las variables que habría tenido una repercusión sobre la asistencia, caía considerablemente (en entrevistas, hasta

algo más del 30%), algo que vuelve a ser paradójico si pensamos en todo lo descrito en páginas anteriores. De nuevo, podríamos decir, aunque probablemente sería necesario investigar más para poder hacer una hipótesis más sólida, que los números (de población, de tiempo para atenderla...) pesan más que las (características concretas de) las personas...⁵⁸.

La pregunta (mejor dicho, una de las preguntas) que todo esto nos obligaría a plantear giraría, entonces, parece lógico, en torno a en qué medida el sistema sanitario (a través de sus responsables) ha hecho o prevé implementar algún tipo de adaptación para responder a las necesidades específicas que habría generado la llegada (no tan reciente, por cierto) de estas poblaciones y, todavía más, y antes, en qué medida estas adaptaciones se perciben como posibles o, aun, deseables.

En este sentido, de manera genérica, podríamos empezar diciendo que el espectro observado durante la investigación fue amplísimo entre los diferentes dispositivos: desde la ausencia total de cualquier tipo de adaptación (específica para ese centro) hasta otros que disponían de recursos destacables.

R.- ¿Adaptaciones para la consulta? Bueno, no sé... Paciencia. Adaptaciones a nivel de consulta, no sé. Pues paciencia, *calma*. Y bueno, salir tranquilo. Porque, bueno... (Médico de familia en un CAP, hombre)

Veámoslo de manera un poco más concreta. En lo que se refiere a la organización interna de la asistencia⁵⁹, de los veinte centros que abarcaba la investigación –dieciocho, si excluimos los no asistenciales– puede decirse *grosso modo* que no parecían haber realizado ningún tipo de cambio en este sentido cerca del cuarenta por ciento⁶⁰. Aclarar, además, que no observé diferencias destacables en función de si los centros eran públicos o concertados y, tampoco, y es curioso, parecía depender del volumen de población inmigrante que se atendiera o de su diversidad interna.

R.- Pues no sé. Quizás a gesticular, hemos tenido que aprender. Yo he hecho mucha mímica, de verdad. Incluso he aprendido alguna palabra en urdu. Te obligan a buscar recursos. (Comadrona en un hospital)

Las adaptaciones, en realidad, parecían relacionarse más con el interés (y el esfuerzo y el trabajo) individual o por parte de grupos de profesionales concretos. Y, en este punto, tanto las opiniones como las actitudes de éstos eran variadas e iban desde la defensa más o menos convencida de la necesidad de hacer ajustes en el funcionamiento hasta todo el contrario:

⁵⁸ La frase suena dura, lo sé. Y, sin ninguna duda, sería injusto aplicarla indiscriminadamente, pero aclaro un punto: sale directamente de la observación participante, recoge (parafraseándola) la opinión de no pocos profesionales sobre la situación del sistema... y, desgraciadamente, la comparto, en buena medida.

⁵⁹ Esta es una puntualización importante: me refiero en estos párrafos a adaptaciones en cuanto al modo de funcionamiento de los centros, específicas para cada uno de ellos, o disponibilidad de recursos propios. De otros, comunes a todo el sistema, implementados de manera global por los responsables del Departament de Salut, como el servicio de Sanitat Respon y, aunque en diferente medida, la traducción de materiales o la mediación, hablaré más adelante.

⁶⁰ La lectura de este dato puede hacerse a la inversa y no pretendo eludirla: cerca del 60% sí parecían haber introducido algún tipo de cambio.

P.- ¿Qué adaptaciones habéis tenido que ir haciendo o...?

R.- ¿A ellos? Nada. Adaptación ninguna. (...) Claro. Adaptación, pues, que nos hemos adaptado, por ejemplo, pues que a primera hora no vienen... Se deben de levantar a las trescientas a lo mejor, después de, yo qué sé, de rezar o no sé qué horarios tiene de rezo. Y su horario es este. Nada, llegan a la una, a las dos... Luego a las seis, a las seis y media, una marabunta. (Profesional administrativo de un CAP)

Entre las que pude observar o que los profesionales han planteado, mencionaré algunas de manera más genérica (porque ya hablé de ellas en otros epígrafes) y me detendré en otras más detalladamente.

Así, uno de los factores señalados como causantes de la menor capacidad de uso del sistema por parte de pacientes inmigrantes y también de algunos sectores de la población autóctona fue, ya lo hemos ido viendo, la limitada accesibilidad temporal de los servicios de primaria, es decir, la más que posible incompatibilidad de los horarios en los que más habitualmente permanecen abiertos estos centros con los laborales (o en cuanto a otro tipo de obligaciones) de los usuarios:

R.- A ver, yo creo que no... Yo me acuerdo que, hace tres o cuatro años, que empezaron a llegar muchos, en una reunión de equipo, que es una vez a la semana, todos, todos, alguien dijo 'hombre, es que, claro, los inmigrantes, vienen mucho por la tarde...'. Yo me levanté y dije 'hombre, vienen por la tarde porque no les dejan salir, porque están irregulares, porque tal, porque cual y nos tendríamos que adaptar un poco a ellos. Ya sé que son ellos los que se tienen que adaptar, pero tener en cuenta en qué situación están. Lo podéis hacer o no lo podéis hacer -lo dije así de claro-, está en vuestra mano ayudarlos o no'. Hombre, claro, también, sobre todo algún médico: 'hombre, es que ¿somos nosotros los que nos tenemos que adaptar a ellos?', 'No, pero facilitarles, *coño*. Si hacéis sólo dos tardes y mañanas... alguno de vosotros haced una tarde más...'. Claro, si te viene un grupo de población que sólo te está pidiendo hora por la tarde, no les des de mañana, porque es un conflicto, ¿no?, no van a venir, te van a venir de urgencias, van a ir a un hospital porque aquí no pueden venir a la hora que les dices... un poco todo esto, ¿no? (Profesional administrativo de un CAP)

P.- ¿Las mujeres también [piden citas por la tarde], para las consultas de ellas y de los niños?

R.- Normalmente, sí. Bueno, a los niños les damos cita por la tarde a todos, ¿eh?, porque en los colegios, todos a partir de las cinco. Los colegios también ponen muchas pegas, ¿no?, de dejarlos salir antes. Los más pequeños o mamás que están en los cuatro meses, les das por la mañana. Pero ya cuando empiezan el horario escolar y... son franjas horarias que... (Profesional administrativo de un CAP)

En este sentido –y aunque es imprescindible reconocer que la investigación se prolongó a lo largo de bastante tiempo, lo que pudo, sin duda, influir en que los cambios se dieran por muchas razones–, creo que puedo afirmar que sólo en un caso de un CAP concertado se introdujo un cambio en los horarios de atención con el criterio específico de mejorar la accesibilidad horaria, sobre todo de pacientes con trabajos precarios (que en ese centro eran fundamentalmente, pero no sólo, inmigrantes). En otros, se cerraron cupos por las tardes (ya empezaban los recortes...) y en otros se abrió alguno nuevo, pero sin que los responsables lo relacionaran directamente con la población inmigrante o en situación de precariedad laboral sino más bien con necesidades de organización interna del centro (sobre todo disponibilidad de espacios) y atención a las jerarquías entre los profesionales. Y una aclaración más: aunque algunos coordinadores de centro lo tenían presente, en ninguno de los casos en los que se introdujo algún cambio se

tuvieron en cuenta, de manera determinante, las cuestiones relacionadas con el derecho a la libertad para elegir (el sexo) del profesional.

Otras adaptaciones, como las relativas a la alimentación o a la disponibilidad de lugares de culto ya las he comentado en apartados anteriores. Decir sólo que en todos los hospitales en los que nos planteamos trabajar existía la posibilidad de solicitar menús que respetaran diferentes tradiciones culturales y/o religiosas aunque es cierto que en muchos de los casos no se trataba, en aquel momento, de menús específicos disponibles de manera habitual sino de adaptaciones de los ya existentes para la población general. En lo que se refiere a la disponibilidad de espacios para la plegaria, variaba mucho en función de los centros, a pesar de que existe una normativa específica que regula estas cuestiones en el ámbito hospitalario.

Y una última cuestión antes de profundizar en adaptaciones más globales. En el momento en el que realizamos la investigación se iniciaba entre algunos gestores (cuadros medios) el debate sobre la conveniencia o no de contratar a profesionales sanitarios de los mismos países de procedencia que la población usuaria inmigrante, prestando atención, básicamente, a un criterio lingüístico. Aunque en los años siguientes, por lo que he podido ir viendo, es un debate que no ha ido más allá, sí merece la pena recogerlo aquí siquiera brevemente porque aparece planteado, como hemos visto en el capítulo 3, en la bibliografía y también en las inquietudes de algunos profesionales (autóctonos). Así, las opiniones recogidas durante el trabajo de campo fueron divergentes:

P.- Para la contratación de los médicos, ¿se mira que tenga formación de este tipo o el idioma o...?

R.- No.

P.- ¿Se había planteado contratar a algún profesional, por ejemplo, de Marruecos...?

R.- No, no se plantea. De hecho, en médicos nunca; en administrativos, mira, lo tuvimos en cuenta y nos fue la mar de bien. Y yo creo que es una vía... de hecho, en el Pla Director está recogido. Y yo pienso que es una cosa que no la tendríamos que descartar, pero no se ha hecho ninguna acción específica para contratar personal inmigrante. Otra cosa es que una persona inmigrante que tenga una titulación y acceda a la bolsa de trabajo del hospital, pero sería porque él haya tomado la iniciativa y no porque la hayamos tomado nosotros (...) Yo creo que también estaría bien tener de todo. Nosotros tenemos un chino aquí, el doctor *** y lo utilizamos, pero si son de no sé donde, que no hablan el mandarín y que hablan el cantonés, pues... (Coordinador de un CAP, médico de familia)

P.- I l'estratègia d'intentar contractar més metges pakistanesos, perquè parlen l'idioma...?

R.- Pues no sé... igual els està separant. És que trobo que és empobrir-nos a nosaltres... Igual es trobarien més còmodes, però és un empobriment... No, no estic d'acord. (Médico de familia en un CAP)

Los recelos se referirían de manera explícita, sobre todo, a las dudas en cuanto a la calidad de la formación de estos profesionales y las posibilidades de convalidación de los títulos.

P.- ¿Qué opinas de la estrategia de contratar a profesionales extranjeros? En algún centro sí que están buscando médicos, por ejemplo, de Paquistán para el tema del idioma...

R.- Hombre... [Se ríe], yo lo sentiría por él porque se llevaría todos. No lo sé. A ver, se llevarían muchos *pakis*, pero no sé cómo están formados. Lo de la homologación... Mi padre me comentaba: '¿Qué opinas, ***, de eso de homologar a médicos?'. 'Papá, si para un juguete que

hace así, lo han de que homologar, imagínate una persona que ha de...' ¿Me explico?
(Coordinadora de un CAP, enfermera)

Pero, mucho menos, al hecho de que la procedencia no necesariamente solucionaría los problemas porque, ya lo hemos visto, éstos no se limitan sólo a las diferencias idiomáticas:

P.- ¿Hay algún profesional sanitario extranjero contratado por este criterio?

R.- ¿Aquí?, sí. Contratado como profesional. No sé qué política siguen, ¿eh?, no sé si esto les produce un beneficio de cara a la Generalitat, no creo (...). Les asusta mucho lo que es la mediación, no sé por qué *coño*, y les encantaría que con los profesionales de colores que puede haber pudiesen solventar el problema, pero en absoluto es esto. (Pediatra en un hospital, mujer)

No faltaron, tampoco, cuestiones relativas a la competencia por los puestos de trabajo.

R.- Pues mal, porque nos quitarían el trabajo a nosotros... (Pediatra en un CAP, mujer)

Y, aunque era muy difícil de recoger en entrevistas, al menos en lo que se refiere a la verbalización directa, sí había algo más, de fondo, aprehensible en la comunicación no verbal y, más claramente, durante la observación participante, que tenía que ver con el manejo de estereotipos respecto a la población inmigrante y las características de sus países de origen. Así, fue sorprendente ver, ante mis preguntas en este sentido, una reacción de desconcierto, de cierta perplejidad, digamos, en no pocos profesionales que, cuando se profundizaba, parecía responder al hecho de que pocas veces se hubieran planteado la existencia de sistemas bien establecidos de formación y de sanidad en (algunos de) estos países, que pudieran redundar en que, una parte, aunque sea pequeña, de las personas que vienen sean profesionales formados...

Me detendré ahora, específicamente, en adaptaciones o recursos que involucran (o al menos se plantearon para que lo hicieran) de manera global a todos los centros: la investigación en esta materia, la existencia de protocolos específicos para la atención a población inmigrante y a la diversidad, la creación de centros específicos para población inmigrante y la implementación de servicios de mediación intercultural.

3.1.1. Investigación en torno a la diversidad cultural y la desigualdad social en relación con la salud y la atención

A este nivel se pueden decir varias cosas pero la mayor parte las he dicho ya. Sólo insistir en las dos que entiendo como fundamentales. La primera, que escasean las investigaciones amplias en las que se tengan en cuenta de manera adecuadamente holista y contextualizada todos los posibles factores que puedan estar teniendo un papel. La investigación a la que me he referido en estas páginas es una de las pocas excepciones, de una rareza aún mayor si atendemos a su financiación pública, aunque, lamentablemente no ha sido posible darle la continuidad que hubiera sido necesaria para ampliar sus resultados y, sobre todo, mejorar su aplicación práctica. Por lo demás, a parte de los estudios de corte epidemiológico más o menos amplio que ya traté en el capítulo 1 y 2, la mayor parte de los que se difunden suelen ser pequeñas investigaciones realizadas por profesionales concretos (o grupos de ellos de un mismo centro) que se interesan por la población a la que atienden y tratan, de alguna manera, de describirla. Una puntualización sobre estos estudios: destaca, por encima de todo, la

buena voluntad de los profesionales que los desarrollan, muchas veces a expensas de su tiempo libre y también de su propio dinero, por genuino interés en la investigación y en la mejora de la asistencia. Y destacan, por desgracia, igualmente, las lagunas formativas de muchos de ellos en cuestiones a veces básicas de metodología de investigación y, más todavía, en aspectos relacionados con la que correspondería a situaciones de interculturalidad, inmigración o exclusión social. Formar adecuadamente a los profesionales en estas cuestiones, para aunar el interés, la disponibilidad y la capacidad es una tarea pendiente del sistema. La interdisciplinariedad en la práctica de la investigación lo es también.

La segunda apunta a la dificultad para disponer de datos fiables y completos derivada de las limitaciones de los instrumentos de registro. Mejorarlos es una de las reivindicaciones de los profesionales. Urge, por lo tanto, la creación de grupos de trabajo que debatan serenamente, en profundidad y con honestidad intelectual para poder hacer propuestas sobre los datos que sería interesante y, a la vez, viable, recoger, y sobre cómo y quién tiene que hacerlo.

R.- (...) Y se está trabajando en esto pero es complicado, Claro, nosotros decíamos... 'tenemos que recoger el país de nacimiento, pero ¿y, qué?', si a lo mejor nació en Francia y es español...', ¿no? Y, luego, nacionalidad... y, de momento, sólo tenemos recogido este dato. Y es pobre. A nivel administrativo el CatSalut nos pide país de nacimiento. País de nacimiento y ya está. (Profesional de atención al usuario en un hospital)

R.- Es verdad que investigan en *** o en los centros estos que comentábamos antes, donde se atiende y tal, pero seguramente se tendría que investigar más. Y tendríamos también que investigar no sólo los grandes centros... Aquí, diseñamos un estudio y dijimos: 'Pues vamos a mirar...por ejemplo, los partos... el censo, ¿no?...', 'vamos a mirar qué censo había en el *** y qué censo hay en el ***', por ejemplo. Y vamos a mirar cuánta población tuvimos ingresada en el año *** era inmigrante, y cuánta población viene ahora. Y a comparar con los partos que teníamos entonces y los partos que tenemos ahora'. Entonces, seguramente, descubriríamos que vienen más partos, pero no consultan tanta Psiquiatría. Con lo cual, seguramente, nos estamos dejando población psiquiátrica inmigrante que tiene problemas y que no los estamos detectando y, por lo tanto, no los estamos ayudando, ¿no? Bueno, pues esto no lo hemos podido hacer porque en el hospital no se registraba dónde nacía la gente. Pues esto, que en la Historia Clínica sí que lo registrábamos siempre, los psiquiatras siempre le preguntaba '¿dónde has nacido?', claro, no lo registrábamos... Hombre, podríamos haber mirado Historia por Historia... pero, bueno, ¡vaya trabajo! No podemos porque aquí hay más de 1000 partos al año y nosotros [en Psiquiatría] tenemos trescientos ingresos anuales Hay que mejorar... Investigar no significa coger ratas y no sé qué, significa tener unos sistemas de registros más o menos buenos, para ser una investigación epidemiológica que, que tal como está diseñada la atención psiquiátrica, es muy fácil de hacer (...) O sea, esto es muy fácil de hacer, pero tenemos que mejorar muchos registros sanitarios. (Psiquiatra en un hospital)

3.1.2. Traducción de información general de los centros y materiales diversos

Una de las adaptaciones observadas en algunos de los centros fue la traducción de información general del dispositivo (carteles de señalización, itinerarios para petición de citas o pruebas...), aunque su aplicación, de acuerdo con lo que hemos visto un párrafo anterior, fue muy irregular en función del CAP y, en los hospitales, incluso en función del departamento.

La traducción de materiales de información sanitaria a pacientes merece una mención aparte. Y es que existen multitud de dípticos informativos para pacientes sobre diversas enfermedades u otras cuestiones relacionadas con la educación para la salud y también guías de acceso al sistema sanitario, que están traducidos a varios idiomas. Existen también diversos instrumentos disponibles para los profesionales para su uso adaptado a cada paciente (como, por ejemplo, documentación sobre adaptaciones de dietas en relación con enfermedades) que son además, en muchos casos, de acceso directo a través de la web, por ejemplo, del Departament de Salut⁶¹.

R.- Tenemos suerte porque aquí tenemos bastantes informaciones en distintos idiomas, ¿no? Que para mí es una descarga porque una dieta de diabetes, pues como está metida en el ordenador, yo la saco y la doy. Si viene un acompañante yo le voy explicando y él me va señalando todo lo que yo le voy diciendo. Pero yo es lo que más echo en falta, es el tema del idioma. (Enfermera de adultos en un CAP)

No obstante, a pesar de que es necesario reconocer de manera explícita e inequívoca los esfuerzos que se han hecho en este sentido a nivel institucional, cabría hacer algunos comentarios de índole más crítica. En primer lugar, lo más llamativo durante la investigación fue que el uso que los profesionales hacen de estos materiales era, salvo excepciones, escaso, algo que se corrobora tanto en las entrevistas como, muy especialmente, durante la observación directa en las consultas. Y esto podría ser así por varios motivos: uno, la ya mencionada escasa orientación del sistema a la educación para la salud; otro, el desconocimiento por parte de algunos profesionales (no muchos, de todas maneras) de su existencia y el que, aunque supieran que existen, no siempre saben dónde encontrarlos y/o no disponen del tiempo ni (a veces, también) del suficiente interés para dedicarse a localizarlos. Otro motivo más sería la escasez de tiempo en las consultas, que dificulta que se dedique el poco del que se dispone a presentar y explicar estos materiales. Y, como mostró sobre todo la observación participante, un factor no menos importante, aunque para evidenciarlo se requiere una observación cuidadosa, es que nos encontramos ante un sistema con un elevado nivel de inercia que dificulta la introducción de cambios, actitudes o pautas nuevas. Cualquier innovación en cuanto al modo y los instrumentos de la práctica requiere siempre de un grupo de profesionales personal e intelectualmente interesados, muy motivados y que encuentren, en el momento oportuno, una adecuada respuesta (en términos de apoyos diversos) a sus propuestas, que sean capaces de implementarlas, reflexionar sobre su práctica y mejorarlas para, después, intentar difundirlas entre sus compañeros y mantenerlas de manera sostenida en el tiempo. Y todo esto es más arduo de lo que podría parecer:

R.- A veces cuando hay dinero se hacen muchas cosas y después se olvidan, ya sabes, ¿no?, cómo funcionan las cosas. Hace poco me comentaron de unas jornadas que hubo: 'estamos haciendo los folletos en todos los idiomas, que tal y que cual'. Aquí también lo hemos hecho; después se pierde o... ¿sabes? (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

R.- Hemos hecho traducciones... al árabe... la Guía, por ejemplo, del usuario, está hecha en cuatro o cinco idiomas, en inglés, en francés, en árabe...

P.- ¿Las piden ellos [los pacientes], las utilizan?

⁶¹ Pueden encontrarse en diferentes pestañas de la web <http://www.gencat.cat/salut/>.

R.- No. Bueno, de hecho, la Guía del Usuario, hacemos campañas, no la damos siempre. Igual la tendríamos que dar. Se hizo, ¿no? Explica un poco, te habla un poco los horarios del CAP... pero no, ahora que lo dices, no la damos; la tendríamos que dar: cuando vienen la primera vez. Y documentos en sí, así traducidos, sé que hay alguno pero, vaya, no... (...). (Profesional administrativo de un CAP)

En segundo lugar, existiría otro elemento que limita la utilidad de estos materiales y que no suele mencionarse por parte de los profesionales (que habitualmente no son conscientes): los idiomas utilizados suelen ser variados, pero casi siempre son los oficiales de los diferentes países o los que se consideran vehiculares o comunes, como árabe, inglés, francés... Sin embargo, que en un determinado país, el inglés, por poner un ejemplo, sea el idioma oficial (o co-oficial) no significa ni mucho menos que ni siquiera la mayoría de la población lo hable, especialmente en el caso de las mujeres y de población de niveles socioeconómicos y formativos bajos. Es el caso, por ejemplo, de población marroquí *amazigh*, que tiene el *tamazight* como lengua propia, de manera que un buen porcentaje de la población ni habla ni, menos todavía, lee el árabe. No puede olvidarse tampoco que una parte, aunque minoritaria, de algunas de estas poblaciones es analfabeta en cualquier idioma. O, simplemente, que su manera de comunicación habitual no es la escrita, de manera que pueden tener reticencias o dificultades para utilizar materiales que forman parte casi inherente de nuestra manera de entender la transmisión de información y formación. Me consta, sin embargo, que existía un esfuerzo por parte de algunos centros y entidades por ampliar el número de idiomas a los que se traducían estos materiales.

P.- ¿Hay algo que os resultaría útil?

R.- No sé, lo tenemos por aquí. Tenemos información sobre la profilaxis [de tuberculosis] en urdu... en ruso y tal, pero... después también te encuentras que hay mucha gente analfabeta... Entonces, a veces das un papel y sabes que no se lo ha leído, claro. Es que, claro, todas las cosas en teoría son muy bonitas, pero después a la práctica... (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Y, más aún, a pesar de que la traducción esté disponible, lo que sí es escasísimo es encontrar materiales en los que la traducción lingüística se acompaña de una adaptación de los conceptos o informaciones desde el punto de vista cultural y social.

R.- Traducciones de folletos; pero esto, sin una mediadora que te lo facilite y que te lo aproxime, con tener un folleto traducido al árabe no sirve de nada, hay que adaptarlo y hay que explicarlo. También hay algunos en Urgencias con recomendaciones... que después de una gastroenteritis...pero apenas se utilizan, yo diría. (Pediatra en un hospital, mujer)

La existencia de estos materiales escritos, sin embargo, suele percibirse como interesante y necesaria por muchos profesionales que, por tradición cultural y formativa, confían en la palabra escrita como forma de educación e información de la población, aunque, después, en la práctica, los utilicen poco.

Cuando se les planteaba, algunos profesionales destacaban que también era necesario que estos materiales traducidos se hicieran extensivos a otro tipo de información, como, por ejemplo, folletos explicativos sobre la manera de tomar fármacos, sobre la posología de cada tratamiento concreto e, incluso, sobre los itinerarios dentro del sistema o las pruebas complementarias. Excepto algunas traducciones de modelos de consentimiento informado o metodología y riesgos de algunas pruebas complementarias muy concretas, no existían, en el momento de realizar esta investigación, este tipo de materiales.

P.- ¿De qué temas en concreto?

R.- El parto, por ejemplo, y entender un poco por qué ahora hacemos esto y por qué lo otro. Hacerles entender por qué no ponemos la epidural antes o por qué hay que caminar, o por qué hacemos los tactos, o por que decidimos una cesárea... (Comadrona en un hospital)

Otros, sin embargo, negaban por completo su utilidad, fundamentalmente, opino, ante el temor que utilizarlos incrementara los requerimientos de tiempo. Cabe, sobre esto, formular una pregunta aunque para contestarla se requeriría una investigación específica y prolongada: aun cuando fuera necesario una mayor disponibilidad de tiempo para explicar a cada paciente por primera vez el contenido concreto de estos materiales o simplemente su existencia, realmente, ¿este tiempo no se vería compensado a la larga, ya sea individualmente o en los usuarios en general, si estos materiales, bien diseñados, contribuyeran a disminuir las re-consultas derivadas de algunos problemas de comunicación, de pérdidas en los itinerarios o de complicaciones por incumplimiento de las indicaciones terapéuticas? Trabajar en estos materiales adaptados no sólo lingüísticamente sino también a las condiciones sociales y las tradiciones culturales de los pacientes, y, obviamente, a las necesidades de la práctica clínica actual, sería un reto que urge afrontar, para intentar al menos, ofrecer a todos los implicados recursos que mejoren la atención.

3.1.3. Protocolos asistenciales

Existen varios protocolos diseñados para guiar la atención en poblaciones específicas –algunos ya mencionados– elaborados por equipos de profesionales de atención directa, instituciones públicas u organizaciones profesionales. Se trata de documentos que pretenden orientar a los profesionales en la asistencia a población inmigrante en ámbitos como la pediatría, el manejo de algunas enfermedades infecciosas (especialmente la tuberculosis) o, de manera más general, la atención a la diversidad⁶².

Sobre estos protocolos, y a partir tanto de las entrevistas como, sobre todo, de la observación participante, se pueden decir varias cosas. En primer lugar, llamaba la atención el hecho de que fueran menos conocidos de lo que cabría esperar, incluso entre aquellos profesionales que atienden a un gran volumen de población inmigrante o ven frecuentemente en su práctica situaciones clínicas a las que se refieren estos documentos.

P.- ¿Os llegan los protocolos del Departament de Salut de la Generalitat?

R.- A mí no me llegan, pero... Seguro que llegan pero que yo no he tenido acceso a ellos... Estaría bien, ¿eh?... Es básico... (Médico de familia en un CAP, hombre)

⁶² También disponibles en la web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya: <http://www.gencat.cat/salut/>.

Valoración de los protocolos específicos para atención a población inmigrante, por profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Los conoce y los utiliza habitualmente	11	28,9	28,9	28,9
Los conoce pero no los utiliza	15	39,5	39,5	68,4
No los conoce	11	28,9	28,9	97,3
N/C	1	2,6	2,6	100
Total	38	100	100	

Existía, en este sentido, de manera similar a lo que hemos hablado antes para otros materiales pero más evidente en cuanto a estos, una demanda por parte de los profesionales respecto a su adecuada accesibilidad y difusión.

P.- En cuanto a protocolos, ¿os llegan los que se hacen?

R.- Nos llegan porque los que nos dedicamos a esto nos movemos en un mundo que sí, pero estos protocolos los tenemos que tener nosotros y los tendría que tener cualquier médico. O sea, el inmigrante a lo mejor aterriza aquí, pero a lo mejor va a Neumología porque tiene tal cosa, porque tiene asma, o va a Alergias o a Radiología o a Cardiología... o sea, hay una responsabilidad de cara a cualquier médico, no tiene que ser un tropicalista que se dedica a esto, no. Cualquiera tiene que ser capaz de estar alerta ante determinadas enfermedades y, si no, pues lo derivas. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

P.- Los protocolos de la Generalitat que hay, ¿os llegan?

R.- Bueno, así de forma..., a mí no me ha llegado nada. Yo en Internet sí que los he encontrado. Bueno, lo que es el Pla Director... todo esto sí que me lo he leído. Y los protocolos que hicieron los de Drassanes. Y después ya, protocolos más universales, sí que los he leído, pero por mi cuenta. (Médico especialista en hospital)

En segundo lugar, y de manera poco coherente con lo anterior, el interés que se expresaba en acceder a estos protocolos contrastaba con la percepción de limitada utilidad específica que le otorgaban los profesionales que sí los usaban, quienes parecían entenderlos más bien como documentos informativos de carácter general pero que pocas veces seguían de manera más o menos clara en su práctica clínica.

R.- A mí me lían un poco, porque son protocolos un poco complejos. A veces cambian los milímetros del PPD...ya quieren decir una cosa y luego cambian... Supongo que van muy en función de la situación económica y, entonces, cambian en función de cómo ven que pueden abordar el tema. Ya no es tanto la salud de una persona individual, es más la salud colectiva... y la manera de abordar el problema, ¿no? (...) Los protocolos, a mí me lían un poco. Pero también son pautas en según qué momentos. Es un arma de doble filo. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Y esto, con dos excepciones muy claras, el *Protocol d'atenció a infants immigrants* (Departament de Salut, 2005b) y las diferentes guías y protocolos para la prevención de la mutilación genital femenina (Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per a la Immigració, 2007), que eran ampliamente seguidos por los profesionales de

pediatría. Respecto al primero, parece lógico, en la medida en la que la atención al niño sano condiciona absolutamente la atención pediátrica, sobre todo en los primeros años de vida, de manera que parece evidente que los profesionales busquen atender las particularidades de niños hijos de inmigrantes para incluirlos en el circuito normalizado. En cuanto a los segundos, su conocimiento probablemente se deriva más de las campañas informativas (tanto propiamente sanitarias como mediáticas) y la preocupación de los profesionales respecto a detectar este tipo de prácticas en su población que por su incidencia en la mayoría de los centros que, afortunadamente, parece ser pequeña.

Cuando se preguntaba a los profesionales el porqué de esta situación, las respuestas suelen apuntar hacia una orientación más bien teórica de buena parte de estos instrumentos y el hecho de encontrarlos más o menos alejados de la realidad de su práctica asistencial diaria, por lo que suele pedirse la realización de adaptaciones concretas para cada población y, también para cada ámbito de trabajo, algo, parece evidente, bastante complejo de hacer factible. Por ejemplo:

R.- Sí, también por ahí hay documentos de estos del CatSalut de anamnesis y exploración física adaptados a diferentes idiomas, culturas y tal...para cómo preguntar según qué, cómo... Pero lo que es el documento médico de cómo manejar una situación médica en Urgencias, yo no conozco ninguno que tenga particularidades culturales. (...) (Pediatra en un hospital, hombre)

Hay que reflexionar, entonces, sobre la utilidad de este tipo de instrumentos y, después, sobre las características que tendrían que reunir. Y en este punto si la principal crítica desde la biomedicina apunta a una cierta lejanía con la realidad clínica y asistencial, desde la Antropología, ya lo he dicho, se orientaría, precisamente, a homogeneizar poblaciones, culturas, condiciones de vida y migración.

3.1.4. Centros específicos para población inmigrante

Durante la investigación consulté (en entrevistas y en la observación) a los diversos tipos de profesionales, de todas las especialidades, sobre la pertinencia de la creación de centros específicos para la atención sanitaria a población inmigrante. El rechazo fue prácticamente unánime, con la excepción de sólo una parte de los profesionales de la salud mental y, aun así, siempre con matices. En entrevistas:

Valoración sobre la creación y mantenimiento de centros específicos para población inmigrante, por profesionales entrevistados				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	3	5	5	5
Sí, pero sólo para casos concretos de salud mental	4	6,7	6,7	11,7
No	53	88,3	88,3	100
Total	60	100	100	

En el momento de la investigación, existían en Cataluña varios centros (o unidades dentro de algunos dispositivos asistenciales) dedicados, de manera más o menos

específica o en exclusiva, a la atención a población inmigrante. Este tipo de servicios se circunscribían prácticamente a dos ámbitos: la Medicina Tropical y la Salud Mental. En este epígrafe me referiré tan sólo a los centros específicos de atención a la Salud Mental, en la medida en que es en ellos en los que se centra el debate y donde he desarrollado, como expliqué en el capítulo de metodología, parte de la observación participante y, también, (en esos mismos y en otros) entrevistas a profesionales. Las unidades especializadas en Medicina Tropical o Salud Internacional están menos sujetas a controversia en la medida en que la mayoría de los profesionales reconoce la necesidad de crear servicios donde las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de enfermedades poco frecuentes (o inexistentes) en nuestro entorno –y, por eso poco conocidas por los profesionales – sean mayores y más eficaces (en términos de conocimientos, de tiempo y de recursos materiales), como lo es también la experiencia de los profesionales que trabajan en estos centros en cuanto a su manejo y tratamiento. Se trata de dispositivos, dónde, además, raramente se atiende en exclusiva a pacientes inmigrantes sino que la atención se extiende también a población autóctona que viaja o reside temporalmente en países donde este tipo de patologías son muy frecuentes.

En cuanto a los centros de salud mental especializados en *inmigrantes*, sí existe debate. Y digo *inmigrante* porque, en el caso de la salud mental, si lo que se pretende, como se defiende desde este tipo de dispositivos, es prestar atención en cuanto a las peculiaridades de presentación de enfermedades o expresión de síntomas en función de elementos ligados a la tradición cultural, cabría plantear que la orientación fuera a la atención a la diversidad cultural y no específicamente a la inmigración, con lo que podrían estar incluidos los pacientes pertenecientes a otras minorías o procedencias, algo que no se contemplaba en ninguno de los centros existentes y que viene, de nuevo, a darnos algunas pistas de cómo se entiende, en la práctica, la diversidad dentro de nuestro sistema sanitario.

En cuanto a los motivos que se aducen para defender su creación y mantenimiento, son varios y se refieren, casi siempre, a la dotación de medios. En palabras de uno de sus profesionales:

P.- ¿Qué opinas de la creación de centros específicos, o programas para ellos [población inmigrante]?

R.- Yo soy sí, pero, vamos, a muerte. Porque veo clarísimo que necesitamos recursos para dar una asistencia equitativa. O sea, una persona que entra en el Hospital *** y que no sea españolita o catalana o llámalo como quieras, ya va con una desventaja. (...) Considero que hoy en día el sistema sanitario no está adaptado adecuadamente para atender a todos los usuarios de manera igualitaria. Dicho esto, considero que hay que hacer un esfuerzo. Entonces, si los recursos fueran ilimitados, perfecto, como sé que no lo son, no soy tan ingenuo, lo que digo es: 'oye, dotad a ciertos servicios de los medios'. ¿De qué medios estoy hablando? De formación. Tú lo sabes, no será la que recibimos en el pregrado de Medicina ni en la residencia de Psiquiatría ni por los másters que tengamos al alcance. Formarnos y aportar los mediadores... la ayuda, la supervisión de un antropólogo que un momento dado pueda dar su opinión al respecto o del genetista, si te quieres ir al otro extremo, que te explique por qué este paciente no está respondiendo a la medicación, ¿no? Estos equipos, yo comprendo, pues son costosos, porque son medios humanos y económicos, por tanto no todo el mundo puede disponer de ellos, pero igual que tenemos centros especializados para trastornos de la conducta alimentaria y nadie se rasga las vestiduras porque a ti te deriven a *** que es donde están los mejores, pues en esto, hoy por hoy, hay que distribuir los recursos de esta manera. A la espera de que ojalá algún día..., pero vamos esto te lo digo como utópico, que sé que no ocurrirá, no ha ocurrido en ningún país, no va a suceder aquí. Pues sí, yo definiendo esto porque creo que cuántos más medios tengas, pues más probable es que

puedas tener éxito al tratar a esta gente, ¿no? Que es de lo que se trata. (Profesional de la Psicología en un centro específico de atención a salud mental para inmigrantes)

El que se alegue, parece que muy razonablemente, la necesidad de formación específica y experiencia concreta para tratar a este tipo de poblaciones, contrasta con lo observado durante el trabajo de campo donde sólo una parte de los profesionales que trabajaban en estos centros contaban con formación reglada en materia de interculturalidad. Sí tenían, no obstante, experiencia acumulada con pacientes de estas procedencias, aunque a veces había sido adquirida en los propios centros y no antes de llegar a ellos (no era, por lo tanto, un criterio de contratación).

P.- ¿Qué opinas de la creación de centros específicos para inmigrantes?

R.- Hombre, tiene que haber personal específicamente formado para atender a los inmigrantes. No sé si tienen que ser centros específicos o en unidades específicas dentro de centros regulares, pero sí que me parece bien que haya unidades para atender a los inmigrantes. El hecho es que sí tienen una patología que a veces es algo distinta, pero además sí que tienen una problemática que requiere mucha comprensión y mucha formación. Así que me parece correcto formar unidades. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Por otro lado, sabemos que una de las demandas, de todos los profesionales pero muy especialmente de los del área de salud mental, es la necesidad de una mayor disponibilidad de tiempo para atender adecuadamente a estos pacientes. Tiempo mayor del que se puede aplicar en las consultas convencionales, pero que sí puede decirse que es una característica casi definitoria de este tipo de centros. Tienen tiempo.

Otro de los motivos con los que se suelen argumentar a favor de estos centros es la disponibilidad en ellos de profesionales dedicados a la traducción y/o mediación y/o agentes de salud que facilitarían el contacto con los pacientes. Sin embargo, durante el trabajo de campo una de las cuestiones que más me llamó la atención fue que en varios de ellos la presencia de estos profesionales no era permanente y, en ocasiones, su disponibilidad estaba sujeta a las mismas o mayores dificultades que en el resto de los servicios sanitarios.

Ahora bien, el debate no se centraría, entonces, en discutir la dificultad para el abordaje de las cuestiones relacionadas con la salud mental en personas que manejan idiomas y tradiciones culturales diferentes a las de los profesionales que los atienden ni tampoco en discutir los recursos necesarios para superarla: profesionales con adecuada experiencia y formación específica, tiempo para atender adecuadamente a los pacientes y personal de apoyo en forma de mediadores y/o traductores, al que, personalmente, añadiría, antropólogos especializados en estos temas y adecuadamente formados también. El debate está en si esta dotación de recursos tiene que (y puede) hacerse en centros convencionales o en centros específicos y, en el supuesto de que se acuerde que estos últimos son pertinentes, en los límites y maneras de su actuación.

En este sentido, uno de los riesgos (que no pasan desapercibidos a los profesionales que más han reflexionado sobre estas cuestiones, pero sí a muchos otros) es que este tipo de centros, por sus propias características, por contar con profesionales que en ocasiones hablan idiomas y casi siempre disponen de bastante tiempo para realizar el trabajo, pueden (de hecho, ocurre) acabar convirtiéndose para estos pacientes en sus centros de referencia para cualquier tipo de consulta, de forma que casi podría decirse que, en ciertas ocasiones, pueden acabar sustituyendo en buena medida al médico de familia y

al CAP. Sin duda, es un motivo de satisfacción proporcionar a estos pacientes un entorno sanitario en el cual se sientan acogidos y escuchados y en el cual se dé adecuada respuesta a sus demandas pero no lo es tanto que, precisamente por eso, se dificulte su incorporación en la red sanitaria convencional. Como alguien me dijo una vez, “los puentes tienen que servir para pasar”⁶³.

P.- ¿Motivo de consulta, unos y otros?

R.- Paquistaní y marroquí el motivo inicial de consulta, suele ser, en proporción, tuberculosis, tuberculosis activa o latente. El segundo motivo en paquistaní es eosinofilia. Ven la eosinofilia en su ambulatorio y lo derivan para aquí. Sobre todo es esto. En todos. Sobre todo en subsaharianos, es más elevada. Te digo consulta inicial porque una vez que llegan aquí se sienten cómodos, bien acogidos, yo me puedo permitir el lujo de dedicarles tiempo, charlamos, hablamos de muchas cosas, se sienten a gusto, entonces haces el motivo de consulta inicial pero después te conviertes en su médico de cabecera. Después te consultan desde las almorranas, la alopecia, que si el dolor de barriga, la ansiedad o lo que sea... (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Como decía, la mayor parte de los profesionales está en contra de la creación o generalización de este tipo de centros, alegando los riesgos de formación de guetos. A pesar de ser éste el motivo más habitual, tampoco puede negarse que este rechazo se refiere, en algunas ocasiones, aunque de manera más sutil, no tanto a estos centros como a esos guetos o a la manera de entender la diferencia cultural y la inmigración:

R.- Pues yo creo que sería peor porque si [tuvieran un] médico que hablara su idioma, pues, claro, entonces ya se quedarían... En el barrio, por ejemplo, yendo por *** [cita el nombre del barrio donde está el CAP] hay un par de calles que son todos los bazares que se han quedado los paquistaníes. O sea, es Paquistán, ¿no? Y no salen de allí. (Enfermera de pediatría en un CAP)

En menor medida, se señala también el derecho de estos pacientes a ser atendidos dentro de la red normalizada y a recibir en ella la atención que necesitan (aunque no siempre se reclamen adaptaciones en cuanto a esta atención).

R.- Jo no ho faria. Joestic en contra. Específics per què? Per a separar-los...? aixó ho provoquem nosaltres, eh? Ells no tenen problema, el fem nosaltres el problema. Jo demanaria més temps, més temps perquè hi costa més... el llenguatge costa més... potser tenen alguna patologia que jo no conec tant, temps, res més... però no una consulta específica... és fer-los diferents... Però si són iguals! (Médico de familia en un CAP, mujer)

Y en el rechazo están incluidos algunos profesionales de la salud mental, aunque reconozcan en estos centros ciertas aportaciones positivas:

R.- Yo tiendo a pensar que no, que lo que tenemos que conseguir es que nuestra población, al menos en ***, pues... pudiera consultar en los centros que ya tenemos para toda la población y que no distinguiéramos entre... por dónde has nacido o por el idioma que hables o por... Creo que cada vez habrá más inmigración. No sé si me equivoco o no. Con lo cual, pues quizás no es muy lógico tener un centro para los que han nacido no sé dónde y otro centro para los que han nacido aquí, ¿no? Pero sí que tenemos que trabajar para que los que vienen de afuera o han nacido en otro país; pues, pues que se sientan confiados de consultar en los centros que tenemos aquí. O estos centros adaptarlos para que ellos consulten suficientemente, ¿no? O los psiquiatras no quedarnos en nuestros despachos e ir a hablar con los médicos de cabecera y decir: ‘oye, esta población cuando viene, ¿qué problemas tienen?’, ‘vamos a cribarlos’ o ‘fíjate, se manifiestan igual las enfermedades graves de Psiquiatría...’ O un poco distinto. Y explicar a los de primaria

⁶³ Gracias a T. San Román, por esta frase, y por tantas otras.

cómo se manifiestan estas enfermedades para que las puedan detectar mejor. O incluso hablar con otros estamentos, ya no sanitarios sino más sociales, que esto lo estamos haciendo para la población de aquí, ¿no? El programa de seguimiento individualizado de los pacientes psiquiátricos que no consultan o que se desvinculan, porque son enfermos muy graves que acaban con una indigencia o dando problemas no sé dónde. Pues, bueno, hay vectores sociales,... o en la escuela, o no sé dónde... para que los detecten y puedan consultar. Creo que tenemos que trabajar igual, pero vaya, no pretendo tener la verdad. (Psiquiatra en un hospital)

3.1.5. Traducción y mediación intercultural

Tres cuartas partes de los profesionales entrevistados durante la investigación habían utilizado al menos en alguna ocasión algún tipo de servicio de traducción y/o mediación intercultural. En la observación participante el porcentaje parecía sensiblemente inferior, en torno a algo más de la mitad de los profesionales⁶⁴.

Utilización, en alguna ocasión, de un traductor/mediador, en profesionales entrevistados		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	39	75
No	13	25
Total	52 ⁶⁵	100

Realmente se trata de una cifra elevada, pero creo que engañosa, puesto que en la práctica no correspondería a la disponibilidad real del servicio de mediación y traducción. Veremos por qué en las siguientes páginas.

El tipo de servicio más utilizado fueron los traductores y/o mediadores interculturales (de ahora en adelante, por criterios de brevedad, utilizaré el término mediadores porque es como suelen identificarse a sí mismos), seguido del servicio de traducción directa asociado al dispositivo Sanitat Respon.

3.1.5.1. Servicio de traducción de Sanitat Respon

El servicio de traducción directa para profesionales sanitarios ligado al conjunto de prestaciones que ofrece Sanitat Respon está disponible durante las 24 horas del día todos los días del año y ofrecía, en el momento de realizar esta investigación, un equipo de traductores a 104 lenguas diferentes. El profesional sanitario que desee utilizarlo debe llamar al 061 y solicitar el servicio, indicando el idioma para el que necesita al traductor.

Sin embargo, aunque el *teléfono* esté operativo esto no significa, ni mucho menos, que se pueda hacer uso de los servicios de un traductor en cualquier momento, especialmente fuera de las horas laborales convencionales. De hecho, aunque se ofrecía

⁶⁴ Aunque opino que esta diferencia no sesga lo que diré a continuación –porque creo que los perfiles de los profesionales seleccionados para entrevistas y observación participante no la explicaría– sin duda, sería necesario profundizar en por qué existe en futuras investigaciones.

⁶⁵ Se excluyeron a los siete mediadores y al auxiliar de enfermería.

traducción a más de cien lenguas en ese momento sólo había, presencialmente, traductores de inglés, francés, árabe y alemán. El resto, estaban localizables, también teóricamente, puesto que, de acuerdo con la experiencia de los profesionales y lo observado durante la permanencia en las consultas, podía ser verdaderamente complicado conseguir un traductor fuera del *horario de oficina*, especialmente cuando se trataba de lenguas más minoritarias pero que utiliza un porcentaje elevado de la población inmigrante, como puede ser la *tamazight* (empleada por la mayoría de inmigrantes marroquíes en Cataluña, que son *imazighen*), el urdu o varios idiomas africanos.

Es necesario señalar también que, aunque la mayor parte de los profesionales conocían el sistema, sólo 17 (un 32%) de los entrevistados lo habían utilizado. Y la valoración, desgraciadamente, era de manera mayoritaria (y tanto en las entrevistas como en la observación participante), como mínimo, *regular*.

Valoración del servicio Sanitat Respon entre los profesionales entrevistados que lo habían utilizado (n= 17)		
	Frecuencia	Porcentaje
No había traductor o no se pudo concretar la demanda de traductor	6	35,3
El traductor no hizo la traducción de manera adecuada o no consiguió entender al paciente	1	5,9
El sistema es poco operativo	14	82,4
Buena valoración, sirvió para solucionar la demanda	3	17,6
Otras	1	5,9

Entre los motivos, el ya señalado de la dificultad para encontrar traductores en los momentos concretos en los que se necesitan, pero de manera mucho más clara, diría que abrumadora, la poca comodidad que se atribuye al sistema.

R.- Y, luego, con el tema del idioma también está... Lo que pasa es que tiene sus limitaciones, el sistema este de traducción telefónica del CatSalut, de Sanitat Respon. Alguna vez lo hemos usado... Pero es un poco engorroso tener a una persona... Hombre, entre esto y nada... es *cojonudo*, porque tienen traducción de mogollón de idiomas, es una barbaridad, pero es tener un interlocutor y el teléfono... 'y pregúntale no sé qué'... 'me ha dicho que no sé cuántos...' Entonces, sólo lo utilizas para una cosa muy puntual, ¿no? 'Necesito explicarle a esta persona que debe hacer esto y es que no me entiende'. O, a veces, en Ginecología también tienen alguna parturienta que les llega y que el marido no se entera de alguna complicación y hay que explicárselo... (Pediatra en un hospital, hombre)

Personalmente, tuve ocasión de presenciar varias consultas a este servicio y debe decirse que, a pesar de la buena voluntad de todos los implicados, el sistema era incómodo y lento. Una de las escenas merece describirse, no para señalar sólo los aspectos negativos sino porque ejemplifica bien buena parte de las dificultades y, también, la actitud del personal sanitario ante ellas. Se trataba de una consulta de

medicina de familia y la paciente era de origen chino, acudía sola y su manejo tanto del catalán como del castellano o inglés era prácticamente nulo. El profesional propuso llamar al servicio de traducción de Sanitat Respon, sin demasiada convicción y casi como deferencia a mi presencia en la consulta⁶⁶. Atendieron muy rápidamente la llamada pero las dificultades empezaron pronto: era necesario saber cuál de las posibles lenguas y dialectos hablados en China utilizaba la paciente, aspecto que quienes estábamos allí desconocíamos y no fuimos capaces de averiguar a través de ella; después de deliberar unos momentos, se optó por uno de los dialectos más frecuentes empleados por los chinos residentes en Cataluña, a sugerencia del interlocutor telefónico. Fue necesario invertir unos minutos para localizar al traductor correspondiente, algo que sí se consiguió. En el momento en el que empezó el proceso de traducción habían pasado, aproximadamente, cinco minutos desde que se había descolgado el teléfono, realmente muy poco tiempo en términos globales pero mucho si se contextualiza en una consulta de Medicina de Familia de primaria. Pero cuando se inició la traducción las cosas no fueron más sencillas: el teléfono de la consulta no era inalámbrico ni tenía manos libres (la mayoría, de hecho, como comprobé después, no lo tienen), de forma que era necesario que el médico indicara al traductor qué quería preguntar, le pasara el teléfono a la paciente, el traductor le explicara a ésta, quien después pasaba de nuevo el teléfono al profesional, que, a su vez, solicitaba alguna aclaración... y vuelta a empezar. Mientras tanto, era necesario evitar la pantalla del ordenador que se interponía entre los interlocutores y recoger los papeles que iban cayendo al suelo arrastrados por el cable del teléfono, que, además, se enrollaba continuamente. Finalmente, después de bastante ansiedad y frustración por parte de los actores implicados –aunque no poco sentido del humor, también–, una conversación básica del tipo “¿qué le pasa?” y “¿desde cuándo?” se prolongó durante algo más de veinte minutos y, realmente, sirvió muy poco para ofrecer una atención de calidad. Un lujo de tiempo que los profesionales no se pueden permitir.

R.- El problema lo tienes si estás en Urgencias, por ejemplo, por la tarde... que ya no tienes las mediadoras del Hospital y a veces tienes que recurrir al CatSalut. Pero para recurrir al CatSalut, puedes estar tres cuartos de hora en el teléfono... Es un desastre... Acabas o con un móvil o sin nada, a veces... No puedes estar tres cuartos de hora con una urgencia parada. (Ginecóloga en un hospital)

En cuanto al personal traductor de Sanitat Respon, no he realizado una investigación sobre este tema, de forma que no puedo emitir una opinión fundamentada, pero sí recogí las percepciones de los profesionales relativas a los recelos que inspira una persona a la que no *se ve*, que se desconoce cuál es su actitud, sus conocimientos de biomedicina o, incluso, los de la lengua que emplea. Muchos profesionales referían que la situación no les ofrecía el nivel de confianza suficiente, *a priori*, como para usar el servicio de manera tranquila.

P.- El servicio de Sanitat Respon, ¿lo utilizáis?

R.- ...Te pasan el teléfono,... no sabes bien bien si se lo explican y cómo...

P.- Este es uno de los problemas...

R.- Claro, no sabes qué les dicen. Por eso digo, que quizás tendría que ser una persona que conociera muy bien nuestro trabajo y que supiera lo que hay que explicar aparte de decirlo en su idioma. (Comadrona en un hospital)

⁶⁶ Una aclaración: permanecí en la consulta a pesar de que el nivel de comunicación de la paciente no le permitía autorizarme sólo como medio para comprobar la utilidad de este servicio y durante el tiempo que duró el intento.

Obviamente, no todas las valoraciones fueron malas, aunque las positivas fueran las menos:

P.- I què tal el servei aquest?

R.- Aquell dia, molt bé. (...) (Trabajadora social en primaria)

No puede negarse el esfuerzo organizativo y presupuestario que significa mantener un servicio como este, un referente a nivel del Estado, pero tampoco que, con los medios actuales, de disponibilidad horaria limitada de traductores y, más todavía, de dificultades en cuanto a la infraestructura en los centros (estas últimas, en mi opinión, no tan complicadas de solucionar), este esfuerzo se ve infrutilizado y tiene peores resultados de los que cabría esperar y desear, lo que, a largo plazo, puede amenazar que se mantenga. De hecho, de acuerdo con los datos ofrecidos en su web⁶⁷, el servicio de traducción de Sanitat Respon había recibido, en 2010, tan sólo 1419 consultas (es decir, menos de cuatro consultas al día, si consideramos los 365 días del año). Algo que, de acuerdo con las opiniones recogidas durante la investigación estaría relacionado con que, a pesar de que conocen el servicio, la mayoría de los profesionales saben de sus limitaciones y ya no llegan a utilizarlo, además de que, quienes lo usan, raramente repiten más de una vez (sobre todo si la primera no obtuvo los resultados esperados).

P.- Porque el servicio de Sanitat Respon, que ofrecen traductores...

R.- Yo no, no he llamado nunca. Mira, primero, no tenemos teléfono directo. Entonces, tendríamos que llamar fuera, en recepción y que en recepción nos pongan. Entonces, fuera, en recepción, bastante faena tienen. Que ellos también se encuentran con los mismos problemas, elevados a no sé cuántas veces, ¿no? Porque ellos están continuamente con este tema. (Enfermera de pediatría en un CAP)

3.1.5.2. *Servicios de mediación intercultural (o similares)*

3.1.5.2.1. Conceptos, tareas y condiciones

Es necesario comenzar este epígrafe señalando que una de las cuestiones ¿curiosas? y relevantes respecto a este tema es, ya de entrada, la diversidad de nombres que se da en nuestro sistema sanitario a la figura que hasta ahora he estado denominando *mediador*. Se les denomina traductores, intérpretes, mediadores, mediadores interculturales... Aunque, si atendemos a una simple definición de cada palabra y al área laboral y el tipo de tarea que le correspondería, cada una de estas figuras tendría competencias diferentes, en la práctica, en cuanto a su papel en nuestro sistema, se les pide básicamente lo mismo y tienen formaciones muy similares (aunque hay excepciones, como es lógico). Tan sólo hay un matiz diferente cuando se habla de agentes de salud (aunque tampoco siempre), que suelen ser figuras con ciertos conocimientos de biomedicina que, dependiendo de los centros, hacen tareas más ligadas a la salud pública. En cualquier caso, la diversidad de nombres tan sólo indicaría la falta de

⁶⁷ Obtuve este dato en la web del servicio cuando inicié el momento de análisis de los datos de la investigación pero, en el momento de redactar este texto, los datos disponibles son muy escasos: tan sólo indica cómo se puede acceder al servicio y el último de dato de uso (para 2011, 800 llamadas). La dirección web es:

http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/recursos/altres_recursos/serveis_linguistics/eines_traduccio/061_catsalut_respon/

definición de una figura incipiente en nuestro sistema sanitario, no regulada ni siempre bien implementada.

R.- Cuesta mucho. [Habla de los estudios de contactos de tuberculosis] Ahora tenemos suerte por los agentes de salud. Cada uno con los de su zona... pues, claro, conocen sus costumbres, con sus tabúes... Y, entonces, muchas veces, gente que nos decía que vivía sola. Y tú decías, ¿cómo puede vivir sólo? Es imposible vivir solo, no puedes pagar solo un piso, al precio que están, ¿no? Pero entonces, bueno, al cabo de pocos días te vienen diez o doce y ha sido gracias a la gestión del agente de salud. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

R.- Mira, yo de hecho... esta chica que está aquí haciendo esto... Cuando entramos a hablar en el tema de inmigración, yo fui a Dirección y dije: 'hay que hacer *quelcom* y bien hecho'. Pues yo creo que una cosa es tener a alguien que te haga la traducción en un momento puntual que puedes necesitar y otra es alguien que realmente trabaja la competencia cultural, que es otra cosa. Y yo creo que hay que trabajar la competencia cultural... que la traducción, bueno, está gente que lo puede hacer... seguramente se puede contactar con asociaciones que te pueden facilitar gente, ¿no?... (...) Yo montarí una unidad de mediación cultural, pero con gente que hiciera, pues esto, trabajara la información de la tarjeta, que hicieran relaciones con las asociaciones... (...) Yo trabajaría más en esta línea.... De hecho, espero que es lo que salga del equipo que está trabajando. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

En lo que se refiere a las condiciones en las que ejercen, decir que, durante la investigación, las situaciones más frecuentes en cuanto a los contratos fueron dos: contratos de formación (en aquellos mediadores que estaban en prácticas) y laborales, pero en los que, en la mayoría de los casos, la tarea que figuraba en el contrato no era la de "mediación intercultural", sino, habitualmente, "personal administrativo". En cuanto a la entidad contratante, las situaciones eran variadas: las mismas que organizaban los cursos de formación, varias ONGs o el propio Institut Català de la Salut (aunque, esto último era lo menos frecuente). Además, se trataba, en todos los casos, de contratos laborales temporales, tanto para los de formación como los otros. Y, como parecería previsible, las condiciones laborales diferían mucho en función de la entidad, lo que deja la puerta abierta a agravios comparativos entre trabajadores que, en realidad, realizan un mismo (o muy similar) servicio para una entidad pública (el Institut Català de la Salut, aunque sea indirectamente) pero lo desarrollan en condiciones y con niveles de protección social muy diferentes. Nada muy diferente, de todas formas, a la situación que viven otros trabajadores dentro del sistema.

R.- Bueno, pues mi trabajo consiste en... estoy en recepción como administrativa: las visitas, las horas... y aparte de eso también entro [en la consulta] cuando un profesional requiere el servicio de mediación.

P.- Trabajas tanto como mediadora como de administrativa, pero tu contrato es, a través de una entidad privada, como administrativa, ¿no? Es una situación un poco complicada...

R.- Sí, pero yo creo que eso depende de la entidad también. O sea, yo trabajo porque a mí me gusta y sé que si dejo este trabajo habrá mil personas, ¿no? O sea... depende también... lo que considere para una persona el nivel económico que quiera, ¿no? No sé, no estoy contenta con lo que me pagan, pero estoy contenta porque me gusta el trabajo. ¿Y qué hago? Eso también depende de la consideración... y depende de la entidad. Yo sé que si yo estuviese, por ejemplo, contratada por el ICS mis condiciones serían diferentes. (Mediadora)

R.- Sí. Hombre, en este sentido sí que es muy importante tener buena relación con el mediador o con el traductor. Porque también hemos cambiado mucho aquí, porque 'ahora en tiempo parcial

está ésta’, ‘Pero ahora viene otra, porque ésta ha tenido que plegar porque, claro, la contratábamos muy pocas horas y *ha plegat*’. Y viene otra y otra. Pero, por lo general, nos hemos mantenido siempre con una. A ella le han hecho contratos, así, eventuales; por cierto, ahora ya definitivamente parece que no la van a contratar más... (Psiquiatra en hospital)

Pero para entender mejor esta situación es necesario fijarse en el perfil de las personas que ejercen como mediadores (o similares): de manera muy frecuente (aunque no sólo) se trataba de mujeres que accedían a esta formación (y, después, en el mejor de los casos, al trabajo) a través de programas de inserción social de personas en situación o riesgo de marginación o vulnerabilidad. Con inseguridad laboral, con la figura del mediador intercultural no regulada dentro del sistema sanitario (y sobre la que no tengo conocimiento que se esté trabajando por su regulación), formación poco reglada⁶⁸ y remuneración baja, las personas que accederían a estos puestos y que podrían pretender profesionalizarse en ellos tendrían muy habitualmente (no siempre, claro está) un sesgo: el de la selección para los contratos de inserción, pero también otros: los asociados a aquellas personas que no creen tener posibilidades de acceder a otro puesto de trabajo, que no desean tenerlo (es el caso, sobre todo, de mujeres que no tienen pensado trabajar de manera habitual o a jornada completa) o que lo realizan de manera puntual hasta encontrar uno mejor. Todo esto, de nuevo, no contribuye a estabilizar la figura dentro del sistema ni a dignificar su tarea ni, mucho menos, las condiciones laborales en las que la desempeñan.

P.- Y la valoración de los profesionales, ¿qué tal?

R.- Mira, hay de todo. Cuando dijimos que [la mediadora] cogía la baja, yo recibí cuatro o cinco correos electrónicos diciendo: ‘por favor, por favor, no podemos vivir sin ella’, ¿no? A ver, lo difícil de esto, es valorar si esa persona tiene las competencias para hacer lo que está haciendo... y saber si lo está haciendo bien o no ¿cómo lo valoras esto? es muy difícil. Tú no sabes qué traducción está haciendo... Yo creo que esta chica se ha ido formando, porque es una chica que trabaja aquí como limpiadora. Y, bueno,... ha ido a algún curso de competencia cultural... y hemos trabajado con ella temas de confidencialidad y así, pero... es complicado. (Profesional de atención al usuario en un hospital)

3.1.5.2.2. Disponibilidad en los centros

En entrevistas, el número de profesionales que afirmaba haber utilizado en algún momento un mediador intercultural (o figura similar) fue elevado: 32 de las 52 personas que se consideraron para esta pregunta, con un volumen algo menor en observación participante. Se trataría de una cifra elevada pero que, como decía antes, no reflejaría la disponibilidad real de la figura en el sistema.

Así, si contabilizamos como 17⁶⁹ el número de centros considerados pertinentes para esta cuestión durante la investigación, todos ellos con porcentajes de población inmigrante como mínimo del 10% (en algunos casos, más del doble de esta cifra), en el momento del trabajo de campo sólo disponían de mediadores de manera permanente –entendiendo por tal que estuvieran presencialmente al menos durante media jornada

⁶⁸ El programa de formación más completo, durante la investigación duraba un año. Otros programas, tenían una duración muy variada, estando la mayoría entre los tres y los seis meses y prácticamente ninguno ofrecía una titulación homologada.

⁶⁹ Tal y como expliqué en el capítulo 4, trabajé (en diferente medida) en un total de 20 centros, pero, de ellos, dos eran una asociación de inmigrantes y una ONG, no valorables, por tanto, para este tema. Tampoco he considerado valorable para esta cuestión el servicio de emergencias 061.

tres días a la semana— siete de ellos (cinco de los ocho hospitales y dos de los siete CAPs). Sorprendentemente, uno de los centros de atención específica para inmigrantes no disponía ni de traductores ni de mediadores de manera estable sino que, en caso de necesitarlos, tenían que solicitarlos con varios días de antelación a una ONG. No disponían tampoco de ningún tipo de servicio, ni siquiera ocasional, un hospital, un CAP y CSM. El resto de los centros —dos hospitales y cuatro CAPs— tenían o habían tenido recientemente algún mediador, casi exclusivamente a tiempo parcial y durante el período en que hacían prácticas en el curso de mediación en el que se formaban o como experiencia piloto. Es decir, se trataba de una oferta muy limitada en cuanto al tiempo y al nivel formativo, y sin continuidad.

De la misma manera que el servicio de traducción de Sanitat Respon, en la mayor parte de los casos, cuando los había, los mediadores estaban sólo disponibles durante el *horario de oficina* lo que limita su utilidad, por ejemplo en las consultas de primaria de los CAPs por las tardes (que, como ya vimos, son las que solicitan muy habitualmente las personas inmigrantes) o los servicios de Urgencias de los hospitales.

Pero, paradójicamente, durante el trabajo de campo también pude observar la situación contraria, es decir, la existencia de mediadores (la mayoría en prácticas, pero no solo) de manera más o menos permanente en un centro aun cuando el volumen de población de su misma procedencia era limitado. Según pude comprobar, esto parecía deberse a convenios (más o menos regularizados) entre los centros y las entidades formativas o contratantes, que, en ocasiones, enviaban a los candidatos a mediador que estaban formando o a los que tenían disponibles independientemente de su procedencia, pero constituye una situación cuando menos extraña y arriesgada, en la medida en que puede poner en cuestión la utilidad y sostenibilidad económica de esta figura en concreto y, peor todavía, puede conducir a buscar, y de hecho se hace, soluciones alternativas, no siempre acertadas:

R.- En general, están más bien contentos [los usuarios] y si nos necesitan, nos llamarán.... [Pero los profesionales] siempre piensan que lo que hacemos nosotros es sólo traducción y no es sólo esto; a veces dicen: 'No, es que habla bien, que nos entendemos bien' y siempre nosotros intentamos decir que implica más cosas... (Mediadora procedente de un país de Europa del Este)

P.- Se dice a veces que el mediador tiene que ser de ese país en concreto. ¿Qué opinas de esto?

R.- No, yo creo que no. Yo, creo que tendría *de* ser pues... mediador... es mucho de todas las comunidades. Pero que sí que pienso que no debería sólo ser de su comunidad.

P.- Sería una manera de que...

R.- Tener más trabajo. (Mediadora de un país de Europa del Este, en formación, y con un manejo nulo del catalán y limitado del castellano)

Cuando los mediadores no están permanentemente en los centros, es necesario concertar visitas programadas, lo cual provoca que la atención no se pueda ofrecer siempre en el momento en el que el usuario la solicita y, además, genera una nueva visita.

R.- (...) Por ejemplo, el otro día tenía a un chino que no entendía nada de nada, ni una palabra. Pues nada, llamo a *** [organismo oficial que dispone de agentes de salud] y al día siguiente a la hora pactada tenía a una chica china que habla catalán y castellano correctamente, que está estudiando aquí. Y que si conciertas una hora, ella viene aquí y te ayuda. Y si tú tienes que decir algo al paciente porque ha salido una analítica mal... pues la llamo a ella. Ella llama al paciente.

Pero para nosotros se hace mucho más complicado. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

R.- Hoy, por ejemplo, antes de que vinieras tú, a las diez estaba esperando a un agente de salud y el paciente fuera, ¿no? Y pasa media hora y digo: ‘bueno, pues nada, voy a hacer la visita, ver al paciente, ya nos entenderemos en inglés. Cuatro palabras o lo que sean’. Entonces, cuando el agente ha entrado... ha venido... Y al final, gracias. Oye me han dado ganas de decirle: ‘oye, me has dicho que a las diez en punto estarías aquí’ y el paciente esperando y tú esperando, ¿no? Pero bueno, te tienes que aguantar... (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

De hecho, especialmente cuando están en prácticas, su disponibilidad es escasa, a veces, días sueltos:

R.- Marroquíes también pero marroquíes ya llevan muchos años, están mucho más integrados y bueno, con estos lo tenemos más fácil porque ya saben más castellano. La gran mayoría es población paquistaní. Entonces ahora llevamos un mes o así que tenemos una traductora, pero sólo viene un día a la semana. [Se ríe] Y eso, ya hablábamos el otro día con los directores... Porque tenemos una traductora rumana y [otra] marroquí. Pero es que los días que viene es que no lo necesitamos... Entonces, claro....

P.- Si los marroquíes ya hablan el idioma y los rumanos son pocos...

R.- Claro, es que son muy pocos. Son dos familias y además vienen muy poco.

P.- ¿Y qué más necesitaríais?

R.- Pues traductores. Ahora mismo necesitaríamos traductores urgentes. (...) Paquistaníes. Pero es que ¿quién lo ofrece? (Personal administrativo de un CAP)

Pero, además, de aquellos centros en los que se disponía de mediador de manera permanente, en dos –de los cinco– hospitales y en uno –de los dos– CAPs, se trataba de personal cuya actividad laboral (y, por tanto, el contrato que la regulaba) no era exclusivamente para tareas de mediación, sino que ejercían como personal administrativo (para todo tipo de usuarios, no sólo inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas), actuando como mediadores sólo cuando eran directamente reclamados por los profesionales. En un caso concreto, una de estas personas trabajaba como personal de limpieza, aunque su situación se regularizó después de un tiempo.

3.1.5.2.3. Uso y valoración por parte de los profesionales

Y, ¿cuál es la valoración que hacen los profesionales de los servicios de los mediadores a los cuales han recurrido? Pues, a partir de los datos obtenidos en las entrevistas, se podría decir que, de manera mayoritaria, bastante buena, aunque, de nuevo, la observación participante introduciría considerables matices a esta afirmación.

R.- Nosotros hemos tenido en el Hospital, así como a horas, a tiempo parcial, mediadoras y traductoras de árabe que nos han ido muy bien. Hacer una entrevista así es mucho más fluido. La intérprete ve al paciente. Porque, claro, a veces, es mucha comunicación no verbal también. Además, como estos intérpretes también conocen muy bien la estructura de la familia, de dónde vienen... porque suelen ser gente de allí también, que saben perfectamente: ‘No, es que estos viven en una zona que no sé qué’ o ‘es que este es muy religioso, pero...’ O... no sé... nos dan claves para interpretar lo que está ocurriendo, ¿no? (Psiquiatra en un hospital)

R.- Aquí en el Hospital funciona muy bien. Lo que pasa es que últimamente están desbordadas, porque hay mucho paciente en Urgencias que también las requieren, en consulta externa... es que no se pueden dividir... La verdad es que son estupendas las que tenemos en el centro...

P.- ¿Para traducción, para mediación...?

R.- Para las dos cosas. Y, además, al ser personal femenino, pues también, con la idiosincrasia de nuestros pacientes, pues entran muy bien... y nos ayudan a veces a explicar ciertos procedimientos... y nos ayudan también a tomar una decisión si la señora no acaba de entender el proceso que tiene... La mediadora le hace ver la importancia de hacer el tratamiento, ¿no? (Ginecóloga en un hospital)

R.- Són d'utilitat, són gent maquíssima, *bueno*, els que han vingut aquí... un deu, sí, sí. (Enfermera de pediatría en un CAP)

En entrevistas:

Valoración del servicio de mediación / traducción, entre profesionales entrevistados que lo utilizaron		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena o buena	21	65,6
Regular	10	31,3
Mala o muy mal	1	3,1
Total	32	100

Ahora bien, como decía un poco más arriba, esta valoración aparentemente tan positiva se ve más matizada si profundizamos un poco en el análisis. Y es que es cierto que durante las entrevistas la mayor parte de los profesionales que habían utilizado los servicios de algún mediador afirmaban que la experiencia había sido positiva, pero durante la misma entrevista y muy especialmente si nos fijamos en las percepciones y experiencias recogidas durante la observación participante, las opiniones cambiaban un poco y explicarían también, en parte, por qué siendo una figura presente en algunos de los centros no se utilizaba tanto como cabría esperar. Veámoslo.

En primer lugar, la gran mayoría de los profesionales tan sólo utilizaban el servicio cuando las posibilidades de comunicación eran nulas o muy limitadas y no había acompañantes (o estos tampoco tenían un mínimo manejo del idioma), algo que ocurre con cierta frecuencia pero no es ni mucho menos generalizado. Es decir, podría decirse que la situación más habitual era recurrir a este servicio cuando no había otro remedio en cuanto a la comunicación. En esas condiciones, en palabras de un profesional durante la observación en la consulta, la presencia de alguien que mejore la comunicación hace que la situación “cambie de la noche al día...”, de manera que es fácil que la valoración final que se haga sea positiva. Muy pocos profesionales (durante la investigación) habían utilizado este tipo de servicio, específicamente, para dilucidar algún tipo de cuestión relacionada con la cultura o porque creyeran que esta tenía un papel relevante y ninguno en caso de conflicto abierto, de forma que, sin duda, esto introducía un sesgo tanto en el volumen de uso como en la valoración de las actuaciones.

En segundo lugar, el siguiente gran matiz haría referencia una vez más a la disponibilidad de tiempo para la asistencia. Aunque el mediador esté en el propio centro, es necesario consumir un tiempo para avisarlo y que acuda (especialmente en el caso de hospitales grandes, éste puede ser considerable) y, después, la propia consulta con una figura que ejerce de traductor o de mediador consume, claramente, más tiempo. Y sabemos que, sobre todo en primaria (pero no solo), es un bien escaso de forma que algunos profesionales situaban aquí la explicación de por qué usaban el servicio menos de lo que podrían necesitar y, también, algunas de las valoraciones menos positivas.

Tercero, es necesario señalar que al explorar los motivos para su uso y su evaluación, no era difícil detectar que existían reservas respecto a la formación de estas personas, que se referían fundamentalmente a dos cuestiones. La principal, las dudas en torno a si disponían de los conocimientos suficientes de biomedicina como para realizar una traducción correcta de aquello que el profesional pretendía explicar.

P.- ¿Cuál es tu experiencia, en realidad?

R.- Yo, buena. Pero creo que depende de cómo es la persona que traduce. Tendrían que ser gente que entendiera muy bien el sistema, cómo estamos situados... incluso que pudieran tener alguna noción de medicina, a lo mejor. De ver que hay cosas que no se solucionan así como así... Es un tema muy individual de cada momento, no sé decirte qué falta o qué sobra. Pero ha habido momentos que ha sido muy útil. (Médico de familia en un CAP, hombre)

En este sentido, después del trabajo de campo (que no fue ni mucho menos específico para evaluar esta figura, por lo que se requeriría profundizar en futuras investigaciones) parecería que las dudas en cuanto a la calidad de la formación serían justificadas. Aunque no se pueda pedir que las personas que ejercen estas tareas de traducción o mediación dispongan de formación amplia en biomedicina sí parece muy lógico (y responsable) afirmar que deberían tener ciertos conocimientos en esta materia y también sobre la estructura del sistema sanitario, que aseguren que puedan hacer su tarea con garantías. Pensemos que, especialmente cuando se trata de hospitales con diferentes servicios, cada uno emplea terminología propia, describe patologías características de su especialidad y pruebas complementarias y tratamientos que pueden serlo también. Conocer, cuando menos mínimamente, estas cuestiones por parte de personas sin una cierta formación en biomedicina es francamente difícil de forma que los profesionales sanitarios se ven obligados a informar a los mediadores, a veces, al mismo tiempo que al paciente, lo cual, necesariamente, afecta a la calidad de la traducción y, más todavía, de la mediación y afecta también a la confianza del profesional sanitario hacia la figura del mediador en general y, en particular, de quien ejerce esa tarea en ese momento.

P.- ¿Habéis tenido que explicarles mucho a las mediadoras [cómo funciona el servicio] o lo hacéis en el momento?

R.- Lo hacemos en el momento. Y, la verdad, son muy espabiladas y muy colaboradoras. (Ginecóloga en un hospital)

Sólo una de las siete mediadoras entrevistadas tenía, específicamente, formación en traducción sanitaria, aunque estaba realizándola al mismo tiempo que trabajaba, cuando ya llevaba algunos años contratada. Y este hecho, el adquirir formación incluso bastante tiempo después de estas realizando el trabajo era bastante habitual:

R.- Bueno, tengo que decir yo no tengo ninguna formación. Estoy como administrativa. Sí. Pero, bueno, ahora sí estoy haciendo el curso de mediación intercultural de ***... (Mediadora)

También, aunque en menor medida, existían dudas respecto a la profesionalidad de las personas que ejercían como traductores o mediadores, relativas, sobre todo, a la percepción de prejuicios hacia pacientes de determinadas minorías o actitudes que se calificaban por parte del profesional que los solicitaba como prepotencia, abuso de poder, interferencia de sus opiniones o percepción de que se corría el riesgo de vulneración de la confidencialidad. En esta misma línea, se evidenciaba cierta incomodidad por parte de algunos profesionales, especialmente médicos, ante la presencia en las consultas de personas que se calificaban ajenas a las profesiones sanitarias. Aunque aquí no se puede negar que podrían estar también interviniendo cuestiones relacionadas con la jerarquía interna del sistema, de forma que parte de los problemas o susceptibilidades aparecerían cuando un profesional (sobre todo, algunos médicos, ni mucho menos todos) acostumbrado, por decirlo de manera coloquial, a estar en la parte alta de la pirámide se veía dependiendo de alguien que considera que, por formación y por estatus, tendría que estar en la parte baja. Por ejemplo:

P.- ¿Y qué tal, en general, es la experiencia con ellos?

R.- Sí, yo he tenido muchos problemas con algunas. Algunos [otros profesionales sanitarios] no, ¿eh?, realmente hay gente maja, pero yo, con dos en concreto, he tenido problemas muy gordos. Sí, porque el enfermo está esperando, tú tienes trabajo y: 'Ahora vengo'; son dos horas. La llamas... ves que te cuelga el teléfono... A ver, ves problemas de todo tipo... o a veces decirte, 'me traen un paciente que no habla una palabra, me voy', 'espérate un segundo, sólo tres preguntas, por favor'. Pero así, hablándole así (...), para intentar, yo qué sé, 'tres preguntas, por favor, tres preguntas, es un segundo'. 'No, no, que me tengo que ir, que tengo trabajo, tengo... tengo una visita, tengo...'. Oye, tú dices, 'yo soy el *pringao* del médico...' [Se ríe], visito sobre la marcha además de los que tenga... y ellos tienen sus pacientes programados y tú diciendo '¡Por favor!'. (...) Sí, si los necesitas, tienes que aguantar. (Médico especialista en un hospital)

Y también, en no pocos casos, estas dudas se extendían, con razón, al simple manejo del idioma, catalán o castellano, por parte de los propios mediadores.

Finalmente, también, aunque de manera minoritaria, se observaron prejuicios por parte de los profesionales, no sólo hacia sus pacientes sino también hacia los propios mediadores.

En algunos casos, a la incomodidad de los profesionales parecía añadirse la de los pacientes, ante la presencia de alguien *extraño* en las consultas y, aunque en menor medida, hacia el mediador en concreto. Volveré sobre este punto.

En definitiva, todo esto y, probablemente, algunas otras cuestiones de índole más individual pueden influir en que aunque se valore la actuación como eficaz, ésta se matice mucho más de lo que la contundencia de la cifra de uso parecería indicar y el servicio se reclame, en la práctica, menos de lo que pudiera parecer a la luz, limitada, de una tabla de datos estadísticos. Así, por ejemplo, y parece que este dato introduce también un matiz importante, entre aquellos que calificaban mayoritariamente como buena o muy buena la experiencia con los mediadores, la mayoría sólo lo habían utilizado en una ocasión, a pesar de que, en varios de los casos, el servicio estaba disponible durante más tiempo. Muy pocos profesionales afirmaban utilizarlos de manera regular.

3.1.5.2.4. Percepciones en torno a la necesidad de mediación intercultural

Y si existen dudas, como veíamos en el apartado anterior, ¿por qué, entonces, de manera muy mayoritaria los profesionales sanitarios afirman que la figura del mediador intercultural es necesaria en nuestro sistema? De hecho, en entrevistas:

Valoración de la necesidad de mediadores, entre profesionales entrevistados		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí hacen falta	42	70
Tan sólo son necesarios excepcionalmente	8	13,3
Tan sólo son necesarios traductores	8	13,3
No es necesaria ninguna de las dos figuras	2	3,3
Total	60	100

Podrían esgrimirse varias razones. La primera es tan llamativa como relevante para perfilar el análisis: de los profesionales entrevistados que afirmaban que los mediadores eran necesarios, aproximadamente el 40% no los habían utilizado nunca o eran, ellos mismos, mediadores. En la observación participante esta cifra podría ser incluso mayor. Es decir, muy probablemente se estaba reclamando un servicio ante la percepción que podría ser de utilidad pero sin conocer, en profundidad, hasta qué punto, en la práctica, en las circunstancias en las que se trabaja, esto podría ser así. Además, parecería muy lógico que los profesionales, que perciben tener necesidades específicas en cuanto a la atención a (al menos una parte de) sus pacientes inmigrantes, reclamen aquellos recursos que creen que pueden ser útiles, más aún cuando saben que otros profesionales los disfrutan: podría pensarse, al menos en un primer análisis, quizá superficial (o no), que piden lo que saben que tienen otros, aunque no necesariamente sepan si les servirá.

Otro de los motivos puede resumirse coloquialmente: *menos da una piedra*. Ante las circunstancias a menudo complejas en las que tiene lugar el ejercicio profesional en nuestro sistema sanitario, sería muy comprensible que los profesionales se aferrasen a recursos *extra* disponibles, a pesar de que, al menos inicialmente (e, incluso, también, después de utilizarlos) tengan reservas sobre su calidad o su funcionamiento. Como comentaba antes, frente a la disyuntiva de no poder atender a un paciente con graves dificultades de comunicación o ser coherente con su opinión sobre los mediadores, muchos profesionales prefieren echar mano de ellos, aunque mantengan sus reservas.

R.- (...) Las [mediadoras] que están aquí en el centro, hace un mes que están [están haciendo las prácticas de un curso de mediación]. No las he *fet servir*. Hace dos años sí, vinieron unas que eran... marroquíes que no... *malaguanyat*, que se dice, porque no... No era lo que correspondía, pero bueno, era lo que... mandaron; y... estas, pues bueno, yo no las *he fet servir*. (Médico de familia en un CAP, hombre)

De hecho, durante el trabajo de campo pude observar que eran aquellos profesionales que tenían opiniones más matizadas respecto a la figura del mediador y más experiencia en su uso, los que afirmaban que el recurso a este perfil tendría que ser excepcional o limitarse, en exclusiva, a actividades de traducción cuando las diferencias de idioma lo hicieran imprescindible. Esto no significa que no hubiera, como hemos visto ya en

algunas de las citas anteriores, profesionales absolutamente convencidos de la utilidad de la figura para labores que irían más allá de la ¿simple? traducción.

Cabe, entonces, dar un paso más para continuar con el análisis y preguntarse para qué funciones concretas creen los profesionales que sería necesaria esta figura o en qué puede realizar aportaciones positivas. En entrevistas:

Motivos positivos para evaluar la necesidad de mediadores / traductores, en profesionales entrevistados (n= 60)		
	Frecuencia	Porcentaje
Imprescindible a causa de la diferencia de idiomas	50	83,3
Mejora la sensación de seguridad del paciente	16	26,7
Mejora la relación profesional-paciente	11	18,3
Mejora la sensación de seguridad del profesional	5	8,3
Otros	16	26,7

Como vemos, la razón más esgrimida, por abrumadora mayoría, fue la diferencia de idiomas, algo que apuntaría a que lo que los profesionales estarían demandando no serían, en realidad, mediadores interculturales sino traductores e intérpretes. Ahora bien, si sabemos que para poder realizar bien su trabajo los profesionales opinan (y parece obvio, además) que estos traductores tendrían que estar especializados en la interpretación en el ámbito biomédico y tener, además conocimientos sobre interculturalidad y su relación con la salud (algo perfectamente posible en traductores bien formados) cabe preguntarse si de lo que estaríamos hablando es de un traductor formado en interculturalidad o un mediador formado en traducción sanitaria. Y no está nada clara la elección ni, tampoco, que buena parte de las personas que ejercen en nuestro sistema sanitario puedan calificarse siempre, de manera sencilla o evidente, ni de lo uno ni de lo otro.

P.- ¿Piensas que sería útil?

R.- Hombre... Yo... Los que no te enteras de nada... Yo creo que sí. Pero, claro, yo no sé también hasta qué punto el que entre una persona externa... para la otra persona, la que viene aquí a visitarse. Pero, la otra persona también me imagino que debe sentir una liberación. Debe decir: 'Bueno, ahora nos vamos a entender'. Yo no sé si hubiese una mediadora... Quizá si ellos lo tienen asumido y saben que va a haber una persona que va a ser intérprete. Quizás lo valorarían... (Enfermera de adultos en un CAP)

P.- Y, cuando te llaman, ¿es también para hacer algo de mediación o sólo traducción?

R.- Yo pienso que básicamente hago traducción. La mayoría de las veces hago traducción, interpretación lingüística. Pero reconozco que en algunos casos se ha de dar... algunos códigos culturales que el personal sanitario desconoce o el paciente desconoce sobre la comunidad de aquí. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

P.- Si tuvieras que defender por qué es necesario un mediador cultural, ¿qué dirías?

R.- (...) Bueno, a ver, he tenido poco contacto con lo nuestro [está en proceso de formación] pero pienso que es muy importante... No es que es [haya] mucha diferencia entre nuestra

comunidad y la de aquí, pero a veces... yo lo veo que van al médico y que alguna vez no lo entienden pero tampoco no lo quieren reconocer... por vergüenza, por decir: 'Bueno, es que no sé hablar' o algo así... porque se sienten un poco fuera de su país y *los* cohiben un poco. Y por eso y... por otra cosa... A ver, alimentación y todo esto... Sí, y por el sistema, por explicarle un poco el sistema sanitario porque no utilizan bien el sistema que hay.. (Mediadora procedente de Marruecos, en formación)

Pero existen otras razones para que la necesidad se valore en términos positivos que no podemos dejar de lado y que serían coherentes con lo que hemos ido viendo sobre la realidad en el sistema sanitario: que, al facilitar la comunicación, mejoran la relación entre profesional y usuario y la sensación de seguridad de ambos en el proceso de la consulta y, también, aunque se señalaba en menor medida, los conocimientos de los pacientes:

P.- Y si tú tuvieras que defender la figura del mediador...

R.- [Se ríe] Yo creo que para descifrar los códigos culturales de estos... muy, muy en profundidad. También para facilitar la comunicación y además la relación a través de acercamiento de las dos personas y que una conozca más de la otra persona, tanto el médico como el paciente. Que el paciente conozca más sobre la medicación, sobre los conceptos, sobre enfermedades, sobre los tratamientos... En cambio *els metges* conozcan ... el porqué de esas cosas. Pero si las dos personas... tienen a más de esto una cultura diferente... Pues explicar esa incógnita que hay. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

R.- Sí, sí. No es sólo traducción, es un poco también de adaptación. Personas que son rumanos... también he hecho en población inglesa. (...) (Mediadora de un país del Este de Europa)

Y esto aunque el tipo de demandas pueden llegar a ser muy diferentes en función del departamento que solicite el servicio y las posibilidades de relación que se establezcan con el paciente:

R.- Claro, en Urgencias nos ha servido más para entendernos con familias. Pero en hospitalización sí que es diferente. En hospitalización sí que a veces hacen otro papel... se pasan más a ver a las familias... porque a veces en hospitalización y, en sobre todo qué culturas, pues... yo qué sé... adolescente niña magrebí que está ingresada por no sé qué... Y según qué exploraciones, las pueden vivir como más agresivas... pues a veces sí que está más al tanto de cuidar a la familia en este aspecto. Pero en urgencias es un problema puntual y es más difícil que tengas conflictos de ese tipo, ¿no? (Pediatra en un hospital, hombre)

El argumento de hacer de puente entre culturas es menos mencionado, tan sólo por aquellos profesionales que tienen un elevado nivel de concienciación respecto a la importancia de la diversidad cultural y, por extensión, de las posibilidades de la figura del mediador intercultural en este sentido.

R.- (...) Yo me puse y me he ido metiendo y me sigo encargando de esto. Ya en el año 89 vimos que la figura del mediador era importantísima, porque, aunque Sanidad había mejorado en muchos aspectos en cuanto a cobertura y en cuanto a que todo el mundo ya con su Tarjeta Sanitaria pueda acceder al sistema, en este momento solamente por el hecho de estar empadronado tienes una sanidad pública, etc. Sin ese puente que hiciese de lazo entre una comunidad y la otra, entre una sociedad y la otra, no había manera de entenderse, primero. Y la comunicación en medicina y en la atención sanitaria pues es el 90% de todo, del tratamiento y de la posibilidad de hacer un diagnóstico y de poderte entender también, porque aquí estamos hablando de grupos étnicos, pero cada individuo es un grupo étnico casi, ¿no? y cada individuo tiene sus particularidades y desde luego no podemos abordar nada desconociendo tantas cosas de tradiciones y códigos culturales. Por descontado, hay un grueso importante de patología

prevalente en estos grupos, algo de importada, pero también raquitismo, empezamos a ver niños anémicos por un tubo, con anemias hereditarias que habíamos pasado por alto totalmente durante la carrera y durante el ejercicio de la pediatría... Y lo más importante era la imposibilidad de entenderse y la incomunicación y las actitudes de rechazo que se iban dando por un lado y por el otro, ¿no? La incomunicación llevaba a actitudes de pasotismo por parte de los médicos... (Profesional de la medicina)⁷⁰

P.- Y, en general, en Urgencias, ¿es una figura que os resulta útil?

R.- Y bueno, me preguntabas antes de diferencias culturales, más que de motivos de consulta a veces, ahora que he dicho esto, yo creo que podemos tener algún problema cultural con respecto a algún procedimiento. Porque un sondaje vesical a una niña en según qué culturas les cuesta... Y la cultura sanitaria que tengan también... a veces ha habido situaciones que cuesta hacerles entender que, en realidad, tú la estás sondando, no tiene nada que ver con el aparato genital, aunque esté en el mismo sitio, pero estás sondando sólo la uretra, que sólo es orina que no tiene nada que ver con temas de virginidad y nada de esto. Pero generalmente lo entienden. (Pediatra en un hospital, hombre)

Aunque, a pesar de citas como las anteriores, tampoco podemos perder de vista que lo que prevalece (a partir de las entrevistas y, más aún, de la observación) es una minusvaloración del papel de las cuestiones culturales y sociales, incluso entre aquellos que trabajan en centros especializados (como el de la cita siguiente) o entre los más sensibilizados, que llegan a creer que se trata de cuestiones que se pueden adquirir en pequeños cursos o jornadas, que estas “cositas” culturales se pueden manejar en poco tiempo y sin conocimientos previos y que, si ellos mismos pudiesen dedicar más tiempo a la consulta acabarían solventando la situación, sin ser conscientes de que este tipo de actitudes les hace correr el riesgo de acabar manejando estereotipos o simples errores que hagan todavía más complicada la comunicación:

R.- A ver, yo reconozco que el mediador cultural es el fracaso del médico porque, claro, yo, para hacerle comprender a un paciente la importancia de un tratamiento de la tuberculosis necesito tiempo, pero más tiempo de lo que invierto. Pues eso, una charla... tiempo, tiempo... si yo tuviese dos horas por paciente a lo mejor no tendría necesidad de un mediador cultural. Yo hago un curso de formación sobre cositas culturales o cómo funciona la antropología de la salud y la enfermedad en un paquistaní y a lo mejor no haría falta esto. O sea que un poco el mediador cultural, aparte de que sea una figura que suaviza mucho la figura del hospital, no deja de ser un fracaso por nuestra parte de no poder invertir más tiempo. Claro, es que no tengo. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

A este tipo de profesionales, en ciertas circunstancias, cuando la dinámica del trabajo de campo lo permitía, solía ponerles un ejemplo que no siempre (de hecho, casi nunca) era bien recibido, aunque pretendía ser constructivo⁷¹. Les decía algo así como: “imagínate que mañana entra un antropólogo en tu consulta y te dice: ‘mira, resulta que yo llevo muchos años trabajando con población de..., y los conozco muy bien. Y he observado que muchos de ellos son diabéticos. Yo no tengo conocimientos de medicina, pero sé mucho sobre su cultura, así que he venido a que me expliques, así en unas horitas, cómo va esto de la diabetes, porque, como los conozco muy bien, pues así ya los trato yo’”. Que nadie se escandalice, pero la situación es exactamente tan ofensiva y muestra tan a las claras la ignorancia y la prepotencia como en la cita anterior. Todos tendríamos que ir adquiriendo de una buena vez la conciencia que estamos ante situaciones

⁷⁰ La ausencia de detalles sobre la profesión y lugar de trabajo es deliberada en esta cita, para garantizar la confidencialidad.

⁷¹ La diplomacia, parece, no es una de mis habilidades...

heterogéneas, cambiantes y siempre complejas, en las cuales intervienen multitud de factores que ninguno de nosotros puede manejar solo y por separado, al menos si aspira a hacerlo de manera ética y eficaz. Tendríamos que reconocer cuáles son nuestros conocimientos y nuestras lagunas y valorar los conocimientos del otro sin despreciarle por sus lagunas sino, al contrario, pretendiendo ayudarlo a cubrirlas. Sólo trabajando juntos, sólo entendiendo y permitiendo que cada cual haga aquello para lo que está adecuadamente formado, conseguiremos un abordaje ético, justo y resolutivo al que todos los usuarios tienen derecho.

Por otro lado, no podemos dejar de considerar que existen también, opiniones contrarias a la presencia de mediadores en los centros, o sin llegar necesariamente a posiciones tan extremas, sí muchas dudas sobre esta figura, y que se dan, al respecto, argumentos que conviene señalar y considerar con detenimiento:

Motivos negativos para evaluar la necesidad de mediadores / traductores, en profesionales entrevistados (n= 60)		
	Frecuencia	Porcentaje
La formación que reciben no ofrece suficientes garantías	11	18,3
Disminuyen el esfuerzo de adaptación del paciente	9	15
Distorsionan demasiado la relación profesional-paciente	10	16,7
Inhiben al paciente, empobreciendo la relación	9	15
Deberían limitarse a la traducción	9	15

Entre todos ellos, el más destacado apunta, como ya he comentado en páginas anteriores, a que la formación de los mediadores no ofrecería adecuadas garantías:

R.- (...) Más que nada, que quiere llevar mucho él la consulta porque saben mucho de según qué... de querer hacer demasiado... (Médico de familia en un CAP, hombre)

También, que su presencia puede inhibir al paciente, empobreciendo la comunicación, bien por desconocimiento de la figura, pudor por tener que necesitar un intérprete o a tener que expresar determinados síntomas o situaciones ante alguien que lo puede conocer o al que puede encontrarse fuera del sistema sanitario.

P.- Y los pacientes, ¿cómo os valoran?

R.- ¿Cómo nos valoran? De momento, bien. A ver, están contentos que estamos, pero los que tampoco no están muy acostumbrados, no nos piden. A veces por esto, porque igual tienen vergüenza y dicen: 'Bueno, si no sé, no entiendo algo..' dirá: '¿Qué pensará de mí?' porque no sé [por qué] no nos piden demasiado. (Mediadora de un país del Este de Europa)

Tampoco es extraño, ya lo decía antes, encontrar a profesionales que opinan que la actividad de los mediadores tendría que limitarse a actividades de traducción. Es decir,

se recurriría a ellos, como hemos visto, tan sólo cuando no existieran posibilidades de comunicación por diferencia de idioma y se esperaría de ellos tan sólo una traducción, no una mediación. Aunque no lo expresasen con estas palabras, muchos de los profesionales que refieren este inconveniente estaban estableciendo una frontera claramente delimitada entre el idioma, por un lado, y la cultura y los conocimientos de la biomedicina, por otro. Según mi experiencia durante la observación participante, se trataría, en una proporción destacable, de profesionales a los cuales acostumbra a incomodarles la *injerencia* de cuestiones sociales y culturales en el ejercicio de la medicina (o que no reconocen su existencia u opinan que no son competencia suya y llegan a vivir su expresión en las consultas como una molestia o hasta una amenaza) y por extensión, la presencia de personas ajenas al ámbito biomédico durante las consultas. Entre ellos, se encuentran también aquellos que de manera más o menos explícita, afirman que los esfuerzos de adaptación corresponden, en exclusiva, a los pacientes.

P.- ¿Qué características tendría que reunir esta persona [mediador/traductor]?

R.- A ver, a mí... Que conozca el idioma y ya está... Traductor, ya está. No empezar a hacer valoraciones. (Pediatra en un CAP, hombre)

Bien, y, entonces, de acuerdo con todo lo anterior, ¿cuál sería el perfil concreto que demandan los profesionales de la salud para esta figura de mediación / traducción? Los datos obtenidos durante el trabajo de campo refuerzan lo dicho hasta el momento.

Llama la atención, en primer lugar, que los profesionales de la salud no siempre parecen tener del todo claro cuáles serían los criterios que deberían regular la formación y ejercicio de quienes respondan a esta figura, algo comprensible, en parte, ya que no es una competencia que les corresponda directamente:

Perfil de la figura del mediador intercultural, según profesionales entrevistados (n=60)		
	Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos de los idiomas del profesional y del paciente	51	85
Conocimiento de la cultura de origen del paciente	46	76,7
Conocimiento de la estructura del sistema sanitario	26	43,3
Conocimientos básicos de biomedicina	27	45
Habilidades mediadoras	27	45
Otros	19	31,7
N/S	1	1,7
N/P ⁷²	1	1,7

⁷² He considerado que la pregunta no procedía para la auxiliar de enfermería.

R.- *Bueno...* gent tranqui-la, *bueno*, com els que venen, perquè no conec un altre... Suposo que és el tarannà, si fas aquesta feina... És gent oberta... gent tranquil·la... sociable... *Hmm...* però, *bueno*, aquest perfil, més sensible, ¿no? no sé... (Enfermera de pediatria en un CAP)

Como vemos en la tabla anterior para el caso de las entrevistas, y de manera coherente con lo visto durante la observación participante, la demanda más habitual, y con mucha diferencia respecto a los siguientes ítems, se refería al idioma, curiosamente, al del paciente y, en mucha menor medida, al del profesional (algo que, probablemente, se daba por supuesto, aunque no siempre se cumpliera en la práctica).

La referencia a cuestiones ligadas a la comunicación pero no exclusivamente limitadas a la diferencia idiomática fue muy limitada, como cabría esperar a juzgar por todo lo que he ido diciendo hasta ahora, y sólo se recogía de profesionales muy ligados a la defensa de la figura, que habían reflexionado sobre ella y que, en ocasiones, también, habían participado en programas de formación para mediadores. Estos profesionales eran los más conscientes de que estas cuestiones necesitan una formación precisa y que no pueden limitarse al simple uso coloquial de una lengua:

R.- (...) En Psiquiatría el lenguaje es muy importante porque hay enfermedades que alteran la forma del lenguaje. Es decir, que los pacientes son incapaces de construir las frases con una forma correcta, ¿no? Esto es muy importante y... imagínate, nada de esto. Y a veces... lo hablamos con los intérpretes... 'Sí, sí, a mí me ha dicho una cosa, pero es como si no supiera hablar. O me ha costado mucho entenderla porque ha hecho un giro no sé qué'. O, por ejemplo, hay enfermedades que provocan neologismos, ¿no? Esto nos hemos encontrado: 'Es que me ha dicho una palabra en árabe que yo no entiendo, esto no es árabe'. (...)

R.- Tú tienes que explicarles. En esta enfermedad, por ejemplo si estamos viendo una depresión, no va a haber... neologismos, pero si estás viendo una esquizofrenia sí tienes que advertirle o preguntarle: 'Ha dicho alguna palabra que no entiendas?' o '¿Cómo son las frases sintácticamente?'. Quizás tendrían que tener conocimientos del lenguaje en este sentido (...) Claro, pero esto igual vas a hablar con un cardiólogo y te dice: 'hombre, tendrían que saber qué es una palpitación'. O aquí le llamamos palpitaciones pero, ¿cómo te explican las palpitaciones los árabes?, yo qué sé cómo lo hacen, ¿no?...

R.- Claro. Es algo... Bueno, esto es como determinados trastornos de ansiedad que en Sudamérica le dicen 'ataques de nervios', pero... qué es un ataque de nervios. Hay que hablar y ver qué síntomas tiene y tal, ¿no?⁷³ (Psiquiatra en un hospital)

Volviendo al listado de *requisitos*, al manejo del idioma le seguían los conocimientos sobre la cultura del paciente, aunque, como ya hemos visto, y no volveré a insistir, no es fácil que los profesionales concreten a qué se refieren:

R.- Yo creo que la mayor parte de las veces, en Urgencias, lo que nos falta... es poder tener una buena comunicación. Entonces, claro, yo creo que esa persona, el que tenga un conocimiento también de la forma de funcionar de esa cultura, probablemente hace que te traslade más información que no sólo 'me ha dicho qué'. Yo creo que es un traductor con conocimiento cultural... A veces, en entornos como Cuidados Intensivos, que tienen que dar malas noticias, pues seguramente hace falta que sea una persona traductor a nivel de conocimiento cultural y además con algo de psicología. Pero... (Pediatria en un hospital)

⁷³ La cita, opino, es reveladora de la importancia de ir más allá del idioma. Pero, incluso centrándonos sólo en cuestiones lingüísticas, no podemos olvidar (y podría servir para explicar este caso concreto o no) que existen formas dialectales de los diversos idiomas que no siempre son conocidas, lógicamente, por todos los que lo hablan. Ahora bien, aunque no conociera exactamente esa variedad dialectal o ese giro o palabra concreta, un traductor bien formado sabría que esta situación puede darse y podría tenerlo en cuenta. Alguien que se limita a usar su idioma de origen para traducirlo literalmente al del profesional, probablemente, no.

R.- O sea, de dónde procede esta población, su cultura, su modo de vivir allí, cómo se estructuran las familias y la religión. Básicamente, eso. (Enfermera de adultos en un CAP)

La mayoría de los profesionales reclamaban, también, que los mediadores o traductores fuesen personas de la misma procedencia que los pacientes con los que iban a trabajar:

R.- Alguien de origen, sin duda, porque favorece mucho la empatía. País de origen, sobre todo, porque es mucho más accesible y conocimiento de idiomas. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Estos profesionales pocas veces son conscientes de que la pertenencia étnica, a pesar de que pueda ser la misma no garantiza *per se* la empatía ni el conocimiento mutuo. Y sabemos ya también que incluso cuando el país de procedencia sea el mismo, la etnia puede ser diferente, de forma que es imprescindible tener en cuenta cuestiones como la situación de una y otra en el país de origen y las relaciones que se establecen entre ellas, allí y, también, una vez aquí. Y, lo sabemos, incluso cuando la etnia fuera la misma, los proyectos migratorios, las historias personales, el sexo, la edad, el nivel económico o de integración adquirida en destino, entre otros muchos factores que puedan estar implicados, pueden ser completamente diferentes y condicionar, de una manera no siempre evidente, pero presente, las posibilidades de relación entre paciente y mediador y los términos concretos en que estas se establezcan. Es algo que muy pocas veces se reconoce y, más aún –y esto me preocupa mucho más–, es algo que, aunque se reconozca, tiende a rechazarse, a dejarse de lado, porque se percibe que es imposible de solucionar, al menos de acuerdo con la manera en que se está introduciendo la figura del mediador intercultural en nuestro sistema. Así, no eran pocos los profesionales implicados de alguna forma en la implementación de la figura de los mediadores que durante mis estancias en los centros (y también en las entrevistas) se mostraron molestos ante mis planteamientos en este sentido sin tener en cuenta que señalar las dificultades, las limitaciones, los retos... sólo pretende evitar que lo que de verdad quede pendiente de solucionar sean las consecuencias (muy previsiblemente negativas) de hacer las cosas sin tener en cuenta todos los factores que intervienen:

P.- ¿Ha habido sesgos o problemas con determinado tipo de perfil?

R.- Sí, pero yo ahí lo achaco a lo caracterial. No puedo decirte, ‘mira, problemas con los paquistanís’, no, con las chinas o las rumanas lo mismo; pero sí que has visto mediadores que incurren en sesgos de manera, vamos, regular. Y la mayoría de las veces lo veía en personas que no saben estar, que no... como le ocurre a cualquier otro, un profesor, un taxista, un parado... (Psiquiatra en un centro específico de atención a salud mental para inmigrantes)

Entender o, más bien, querer entender esto es básico para evitar despropósitos cuyas consecuencias sólo podríamos considerar matizadas por la buena voluntad con la que, sin duda, se intenta introducir esta figura en el sistema sanitario. Ahora bien, esto no significa que no haya que recordar que es responsabilidad de los gestores del sistema no introducir más dificultades donde ya hay suficientes.

R.- [Habla de diferencias étnicas y conflictos entre ellas] En los guineanos también, *fan* o *bubis*... sí, sí. Pero eso es verdaderamente complejo porque la identidad cultural que tiene esta gente es espectacular y, claro, yo no puedo tener aquí 835 mediadores culturales a mi disposición. Yo hice una demanda de un mediador cultural subsahariano y pedí dos, uno francófono y uno anglófono... es que no puedo pedir uno de cada etnia... (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Y, al hilo de la cita anterior, cabe darle la razón al profesional que hablaba: no es posible, evidentemente, tener un mediador de cada uno de los múltiples perfiles que pueden existir. Lo que sí parece más posible es que los mediadores de los que se disponga reciban una formación que les permita ser conscientes de las implicaciones de todas estas cuestiones, tenerlas presentes durante su ejercicio profesional y ser capaces también de informar sobre ellas a quienes sea relevante. En realidad, lo que cabría pedirles, es el mismo nivel de reflexión sobre sí mismos y sobre su disciplina que ya he venido reclamando al resto de profesionales que ejercen en el sistema sanitario (aunque el itinerario formativo de unos y de otros sea incomparable).

Volvamos al listado de competencias o habilidades que se reclaman a los mediadores porque otra de las cuestiones que llama la atención es que pocos profesionales señalaran la importancia de conocer cuestiones relacionadas con la cultura de acogida.

R.- Un perfil del mediador... Alguien que tenga conocimiento del idioma, fundamental, de los dos idiomas. A poder ser que tuviera formación en vocabulario médico, que es importante, porque si no, nos perdemos en la traducción. Y conocimiento de las dos culturas, tanto si es autóctono como si es un inmigrado que haya aprendido nuestro idioma, pero en los dos casos es importante que conozca las dos culturas. Para toda la transmisión de..., no sé, está transmitiendo mucho más que una receta o un tratamiento, ¿no?, tienes que transmitir la importancia de ese tratamiento contextualizado en lo que tú sabes que va a ser su respuesta. O sea, te tienes que adelantar a lo que van a hacer ellos, es decir, si ya sabes que no van a cumplir el tratamiento ya tienes que ir por delante de ellos y decirles: 'tienes que cumplir este tratamiento', que sé que no lo van a hacer, ¿no? (Médico especialista en hospital)

En cuanto a las opiniones respecto a la necesidad de conocimientos de biomedicina fueron, curiosamente, variadas:

R.- Hombre, yo creo que en un entorno como este, conocimientos médicos básicos sí que hacen falta. Es muy complicado explicarles algo, 'dile que...' cuando la persona que les dice qué no tiene ni idea de lo que les está contando. (Médico de familia en un CAP)

R.- Bueno, yo pienso que desde el momento que hicieran la mediación con nosotros, se habría de tener unos conocimientos, a lo mejor no de medicina sino de promoción de la salud, porque lo que es ya más relacionado con la enfermedad, sería más hacer de intérprete, de ayudarte a que comprenda, a explicarte. (Enfermera de adultos en un CAP)

R.- Bueno, una formación médica básica, no tienen que ser médicos pero sí tienen que entender de qué estamos hablando, tienen que saber qué es la tuberculosis, tienen que tener... incluso más conceptos de salud pública, prevención... porque es una tarea básica. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

R.- Cosas de medicina, yo creo que no. Pero conocer el sistema sanitario, sí. Una cosa es que tú frecuentes mucho según qué tipo de consulta y tú requieras esa información. Tú adoptas [vas conociendo] los tratamientos, las enfermedades, pero tú no tienes que transmitir eso que tú sabes al paciente porque ... Entonces el médico, ¿para qué esta? O sea, una carrera de medicina son diez años, la especialidad y tú no puedes despreciar con una formación de un año o de seis meses. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

Por detrás, se reclamaban conocimientos sobre la estructura y funcionamiento del sistema sanitario.

R.- Que conociera un poco el tema, que viera que hay mucha gente siempre... que intentamos verlo todo, pero que tienen que esperar un poco, uno detrás de otro... (Médico de familia en un CAP)

R.- Hombre, conocer el sistema, las rutas y todo eso sí: 'Pues ha de ir a tal sitio', que él ya supiera el circuito. O sea, no tener que explicar cada vez. Pero conocer el sistema sanitario y traductor, no más. (Médico de familia en un CAP)

R.- Yo veo más necesario la formación en el ámbito de las humanidades, en el ámbito social,... le veo más este perfil. Y después lo de sanidad, ya se lo contaremos... tampoco... ¿no?, explicarle qué es la tarjeta sanitaria, cómo se accede al sistema sanitario, todo esto se puede aprender muy fácil. (Profesional de atención al usuario en un hospital)

Algo a lo que los profesionales aludían muy poco (casi nunca, de hecho, pero comprensiblemente, puesto que no entraba en su ámbito de trabajo) pero que, sin embargo, me parece fundamental valorar es la posición que puede adquirir el mediador dentro de su comunidad gracias a su trabajo en el sistema sanitario.

R.- (...) Y a raíz de eso una señora una vez me dijo... me chilló, aquí en la planta, me dijo que si yo estaba aquí era por ellos.

P.- Bueno, eso también se lo dicen a los médicos...

R.- [Se ríe] A los médicos. Claro, sí, sí [Se ríe]. Entonces, claro. O también cuando la mamá ya empiezan a hablar un poquito castellano, ¿no? 'Ah no, si yo también trabajar como tú', ¿no? Pero no sé, me... Facilito centros donde pueda hacer la formación o donde pueda hacer unas clases para que... (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

En este sentido, un factor muy importante tiene que ver con los roles relacionados con el género. Se ve muy claramente en estos dos fragmentos de entrevista a dos mediadoras (diferentes):

R.- Uy, cuesta, cuesta. (...) Tengo que convencerlos. Hay algunos que yo no he sentido que la otra persona se cohibiera. Pero *han* habido hombres que yo les he tenido que insistir. Que no, que yo soy... como un profesional cualquiera y que estoy aquí para ayudarte.

P.- ¿Les da vergüenza porque tú seas una chica?

R.- Sí. Más que nada por eso. [Parece dudar así que sugiero otra posibilidad]

P.- ¿O es porque te pueden conocer de fuera?

R.- También, también. Pero bueno, a mí me ha costado también un poquito ...cómo soy vista yo en el colectivo, si trabajo en ese sentido.

P.- Porque ¿esto influye?

R.- Sí. Estoy convencida ahora, estoy más segura, ¿no? Antes sí me afectaba indirectamente a mí... a mi forma de ser. A mi persona. Pero yo creo que ahora lo llevo mejor porque cuesta... Te ven por la calle y te digan: 'Pues esta es la chica que me tradujo tal', ¿no? O que te digan las personas: 'Esa es la chica que trabaja y me...' A lo mejor, estoy desde dos años, pero he traducido muchas cosas... Pero la primera para ellos es la de síndrome de *Dhat*, ¿no? Entonces, allí es como... A lo mejor si estuviera casada, no lo dirían... Lo aceptarían de otra forma y ni siquiera te lo contaría.

P.- ¿Sería una relación más respetuosa?

R.- Sí. Cuanta más edad y... si estás casada más respeto tienes, que no las chicas jóvenes... Para mí, es que no pueden aceptar que una chica antes de la boda sepa tanta información sobre... Entonces... lo asocian a mala persona, ¿no? 'Esta chica sabe porque...' (...) Sí, sí. Que para mí es un plus, ¿no? que yo sé más cosas, pero para ellos es como perder la dignidad, Pérdida de respeto. (...) Es que eso depende de la persona también. Si eres más mayor, por ejemplo, o eres

un hombre, es normal. Si en mi lugar estuviera un hombre, le respeta todo el mundo, eso te lo puedo asegurar. Pero una chica... A lo mejor una mujer en el colectivo de mujer sí tiene respeto pero en el del hombre... Lo que... te cuento bajo mi punto de vista lo que he experimentado yo y lo que yo he sentido.

P.- Bueno, una decisión muy valiente entonces dedicarte a esto, ¿no?

R.- Sí, pero a mí me gusta. No sé. Es el punto cuando tú te convences, ¿no? Te sientes segura. Antes, sí me afectaba pero ahora, no. (Mediadora de la zona indo-paquistaní)

P.- Y los pacientes ¿Cómo valoran...?

R.- ¡Uy! Ahí ya te puedo decir de... [Se ríe] Hay pacientes que se han cohibido de decirme ciertas cosas porque tienen miedo a que yo... [No encuentra las palabras, así que sugiere una respuesta]

P.- ¿Lo digas por ahí?

R.- Por ahí. O que... que yo soy más pequeña, digamos, niña, y no debo saber estas cosas. Y que [eso] me ofende muchísimo. A lo mejor no me ofendería si fuera todavía... no sé, india, ¿no?, digamos. Me ofende porque me he formado... o porque tengo más conocimientos occidentales. Entonces me ofende en ese sentido que me llamen niña y es porque... *** [Dice su edad] No soy niña. [Se ríe]. Y a lo mejor si sigo aquí trabajando durante cuatro años más me seguirán llamando niña. Entonces me ofende muchísimo, por parte de ellos o cuando no me quieren decir según qué síntoma o según qué... Por ejemplo, mujeres... enfermedades que... o que están embarazadas y no me quieren decir, por ejemplo, cómo... tienen relaciones sexuales, si las tienen con método anticonceptivos o qué método utilizan. No me lo quiere decir porque: 'Sabe más de lo normal'. Pero eso, que siempre digo, no es todo el colectivo. (...). Pero hay personas que dicen... Entonces, si veo que la persona puede aceptar que yo les diga: 'Pues no, aquí en la ley... no solamente el sistema sanitario sino el sistema educativo también te forma' [se refiere a temas de sexualidad]. Que esto lo he sabido... por ejemplo, desde que estoy trabajando aquí... y yo digo 'yo conozco eso cuando yo iba a tercero de ESO, porque me lo enseñaban en el colegio'. Pero eso lo comento con la persona que yo sé que lo aceptará o que entenderá lo que le quiero decir. (Mediadora de la zona indoquistaní)

Aunque, algunos mediadores lo niegan:

P.- ¿Te has encontrado con alguna dificultad, por ejemplo, con algún paciente mayor porque tú eres joven o con algún hombre porque tú eres mujer?

R.- No. No es tan frecuente.

P.- ¿Con gitanos [rrom] tampoco?

R.- No, con gitanos no, tampoco. Si eres hombre o mujer o más joven o más... (Mediadora de un país de Europa del Este)

Y un aspecto más que, sobre esto, me parece necesario resaltar antes de continuar. Cuando durante el trabajo de campo yo le ponía a algún profesional ejemplos de esta posible influencia de los roles de género en cómo pueden desarrollar su tarea los mediadores, la reacción de no pocos profesionales se orientaba a una respuesta del tipo "aquí las cosas son así y tienen que acostumbrarse", con diversos matices. Algo, creo que lo que podría estar mostrándonos, aunque habría que profundizar más, es que lo que se le estaría pidiendo a ese mediador no es, en realidad, que ejerza como tal sino que sea alguien que haya adoptado roles propios de la sociedad occidental y los transmita a personas de su misma procedencia. Y esta hipótesis, nada descabellada cuando se consulta a etnógrafos especializados en relaciones interculturales, vendría a estar apoyada por un hecho que merece la pena destacar y que hace referencia a los criterios de selección que se emplean no ya para la contratación de estos mediadores sino,

incluso antes, para permitir su acceso a los cursos de formación⁷⁴. Y es que, en la medida en que las plazas en los cursos suelen ser limitadas y, muchas veces, ligadas a programas de inserción, como ya he comentado, hace que sean los organizadores de los cursos quienes escojan a los que accederán a ellos. Y esto, que parece muy lógico, en este contexto resulta paradójico: son sólo los profesionales (específicamente sanitarios o del ámbito del sector social) quienes escogen a las personas que intervendrán en la relación entre profesional y usuario. Es decir, se consulta sólo a uno de los actores: los profesionales. Y de nuevo, parece lógico, en la misma medida en que, por ejemplo, no se pregunta a los pacientes a qué médico se contratará en un CAP; pero en este caso no lo es tanto porque, dada la limitada información de la que disponen los profesionales sanitarios respecto a cuestiones sociales y culturales de los diferentes colectivos (ya lo hemos visto y, desgraciadamente, diría que no es una excepción en parte –ni mucho menos todos– de los encargados de organizar estos cursos), es más que posible que no puedan tener en cuenta cuestiones relacionadas con los factores que influyen en la autoridad, el poder, el prestigio o la representatividad atribuida a estas personas dentro de su comunidad. Y, aún más, pone de relieve otra cosa: la elección estaría sesgada por los valores o rasgos que los profesionales sanitarios consideran relevantes o útiles para el trabajo dentro del sistema, que no tienen que ser los mismos que manejan, en las mismas circunstancias, sus pacientes. Algunos, en cierta medida, así lo reconocen:

R.- Se convierte en una figura que atenúa y palia las necesidades de los profesionales occidentales, pero que no sé hasta qué punto harán una función real de mediadora y con un lugar medio, como su nombre sugiere, entre unos y otros. Pero, bueno, está por ver. (Pediatra en un hospital, mujer)

Son muy pocos los profesionales que demandan o consideran importante que los mediadores sean figuras representativas y reconocidas por su comunidad, aunque algunos, muy pocos, como decía antes, sí reconocen sesgos en los criterios de selección:

R.- (...) Y ahora parece ser que, por fin, y desde Salut y con el Pla Director d'Immigració pues se han preocupado un poco del tema, pero me temo mucho que la mediación en este sentido va a caminar hacia que van a ser unos súbditos de la medicina occidental y del sistema occidental y que van a ser un poco un *correvidile* lo que a mí me interesa, ¿no? Porque ya el perfil de los alumnos que han cogido para este curso que se ha empezado ahora, no sé si tienes conocimiento que es solamente de mediación socio-sanitaria, pues me juego el cuello a que son las mujeres... por ejemplo, marroquíes que han cogido, seguro que ni una lleva velo y seguro que son chicas jóvenes, guapas y altas y que tienen un perfil bastante occidental. (Profesional de la Medicina en un hospital)

En cuanto a las habilidades mediadoras, tampoco es la demanda más frecuente y aparece de nuevo en profesionales con un elevado nivel de reflexión sobre el tema, pero vale la pena destacarla:

R.- El perfil ideal de un mediador, desde luego, sería alguien con una madurez, que es una palabra que me encanta, alguien que sabe dónde están sus límites, cuál ha de ser su papel ¿no?, a

⁷⁴ Un apunte necesario sobre esto: la formación en mediación intercultural en Cataluña, en el momento de realizar esta investigación, estaba, fundamentalmente, fuera de las universidades con la excepción de los diferentes postgrados de mediación en conflictos, a los que no nos estamos refiriendo aquí. Para la mediación intercultural, la mayoría de los cursos, de duraciones muy variables, estaban organizados por entidades del Tercer Sector con (o, a veces, sin) la supervisión de entidades relacionadas con la salud o profesionales de centros concretos que eran quienes, con apoyo de profesionales del trabajo social y, a veces, antropólogos, se encargaban de la organización y la docencia.

quien se le ha podido enseñar, porque no es algo innato, se ha formado; no tiene por qué hacer de terapeuta ni por qué hacer de médico ni de enfermera, ¿no?, está ahí para facilitar la comunicación. Comunicar me parece un arte, algo muy complejo y que requiere haber trabajado estas habilidades, digamos de forma introspectiva, y tener una experiencia. Por lo tanto, una formación adecuada, de unas cuantas horas, pero, desde luego, haberle formado. Hombre o mujer, poco me da. Que haya vivenciado un proceso inmigratorio yo creo que es algo interesante; si tiene experiencia en el sector sanitario, mejor que mejor; y, desde luego, la habilidad de lo idiomático, ¿no? Ser una persona, yo te diría, madura, me parece esencial, saber estar, saber dónde tiene los límites, saber cuándo tiene que decir 'no' al paciente o 'no' al médico o 'yo esto no tengo por qué'... Yo hoy por hoy, veo más a la mediadora de origen extranjero, sí, pero no tendría por qué. (Psiquiatra en centro específico de atención a salud mental para inmigrantes)

Y es que, en realidad, son pocos los profesionales que demandan una figura que haga, verdaderamente, de puente y que pretendan utilizarla más allá de momentos puntuales. Y, de nuevo, los que sí lo hacen son, mayoritariamente, aquellos que disponen de más tiempo en sus consultas, los profesionales de centros especializados o específicos:

P.- Si tuvieras que definir cómo sería la figura del mediador... ¿qué tipo de figura te facilitaría las cosas?

R.- Lo que esperaría de esa persona es que fuese el intermediario,... Incluso visitas con el mediador antes y después de la consulta. Es una figura que tiene que tener conocimientos médicos básicos y tiene que ayudar al paciente a entender, interpretar, a facilitar, suavizar, porque las estructuras de aquí son muy rígidas... y el hacerles comprender, sobre todo el hacerles comprender y suavizar la rigidez de un sistema sanitario como el nuestro. Eso es lo que le pediría al mediador cultural. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Tampoco es muy frecuente que se demande la profesionalización de la figura y la adecuada formación:

R.- Idealmente, es que sea una persona que pertenezca al colectivo con el cual ha de mediar, mientras se pueda. O, preferiblemente, tendría que tener un cierto liderazgo entre el colectivo, no ya como persona casada...y tal..., ¿no?, sino que, bueno, idealmente tenga un cierto liderazgo, Eh... que haya sufrido en carne propia la inmigración facilita mucho las cosas; no es necesario, pero facilita mucho las cosas. Que tenga un perfil de personalidad equilibrada, que se conozca muy bien a sí misma...que haya hecho formación en mediación, importantísimo. Ha de ser un profesional, no ha de ser una amiga, no ha de ser una enfermera negra, no ha de ser una enfermera de origen marroquí... Tienden a utilizarlo [a estos profesionales sanitarios que son extranjeros] y no tiene nada que ver con una mediadora, una profesional de este origen... te podrá hacer una traducción puntual, pero eso no es una mediadora, ni siquiera es una buena traductora. (Pediatra en un hospital)

Aclarar, antes de abordar el último punto de este tema, que estas reflexiones críticas no implican no reconocer el esfuerzo de las administraciones y los mediadores en concreto, sino que lo que pretenden es reclamarles visión de futuro, respeto y profesionalidad y operatividad en las decisiones y en el uso de los recursos:

R.- A ver. Yo creo que en la línea de la inmigración nos falta muchísimo por trabajar, hay que concienciar sobre todo a los médicos... Y que nosotros tenemos mucha responsabilidad en esto y podemos hacer muchas cosas. Quizás habría que abrir diferentes líneas, integrar profesionales en el sistema... Yo creo que estaría muy bien integrar una figura de un profesional mediador cultural en los centros, pero después, el tema de los recursos es muy difícil también, porque, ¿qué haces?, ¿tienes un traductor sólo de magrebí?, ¿y los demás? No sé cómo se podría hacer para centralizar todos estos recursos en un sitio y que los pudiéramos utilizar diferentes profesionales. Y además me da la sensación que hay recursos muy repartidos en muchos sitios,

que se hacen muchas cosas. (...) A lo mejor aquí ya no hace falta que hagamos depende qué, porque es que ya se está haciendo allí y hace más falta que hagamos otra cosa. Yo lo veo un poco así. (Trabajadora social)

Detengámonos en esto, ya para terminar. Para la formación y posterior contratación de los mediadores se elaboran grupos, normalmente con criterios geográficos o, en el mejor de los casos (no el más frecuente) lingüísticos, de tal manera que se habla, por ejemplo, de mediadores “subsaharianos”, olvidando la enorme heterogeneidad de países, lenguas, etnias y culturas que puede englobar este término. Se habla también de mediadores “marroquíes” que se espera que trabajen con población norteafricana en general, olvidando que ni siquiera en el norte de África toda la población comparte, por ejemplo, la misma lengua, ni tampoco la misma cultura, las mismas condiciones sociales en origen ni el mismo proyecto migratorio. El suponer una homogeneidad, o incluso un poco de homogeneidad, a un continente, un país o un área geográfica, lleva a más errores que los riesgos que pretende evitar. Como siempre, solo el buen talante y habilidades personales de cada mediador en concreto puede suavizar, que no resolver, esta situación.

R.- Tenemos una mediadora china, que es de Taiwan, que es un poco diferente, ¿no?, pero, bueno, por lo que traduce... Y ha hecho algún curso de mediación, pero tampoco tiene mucha formación y tiene bastante desconocimiento de cómo funciona esto. Y yo supongo que la medicina china debe funcionar bastante bien, porque aquí no vienen. Alguno, puntualmente; y además llama la atención que, si eres un poco observador, muchos de ellos llevan algunas marcas que son producidas por ventosas que ellos usan. O sea que, probablemente funciona y funciona bien. (Profesional de la Medicina en un hospital)

Pondré ahora un ejemplo inventado, totalmente ficticio y, lo reconozco, algo cáustico, pero que pretende mostrar la magnitud de nuestro desconocimiento, casi tan vasto, a veces, como nuestra prepotencia y nuestra buena voluntad. Imagine el lector la siguiente situación (e imagínela, por favor, con sentido de la autocrítica y del humor): un profesional de sector químico, catalán, catalanoparlante, con un nivel formativo medio-bajo, decide irse, trasladado por la multinacional en la que trabaja, a vivir a Noruega en uno de los meses más crudos del invierno. Dos días después de llegar, con un conocimiento del idioma local prácticamente nulo y un manejo del inglés más que precario (buena parte de la población, reconozcámoslo, encajaría en este perfil), maneja en su trabajo un producto químico que le produce unas minúsculas lesiones en las manos y en los labios, en forma de pequeños cortes, por lo cual, asustado, al no poder descifrar la etiqueta del envase, decide acudir a un hospital. Con las prisas por localizar su tarjeta sanitaria, todavía provisional, y su documentación, olvida llevar el envase. Ante la imposibilidad de entenderse con los profesionales que le atiende en Urgencias, estos piden que acuda un mediador. Se trata de una figura recientemente incorporada a la estructura del hospital, los responsables del cual han invertido una considerable cantidad de esfuerzo y dinero en dotarlo de mediadores de diferentes procedencias en un intento de velar por la adecuada calidad de la atención a los usuarios. Se pregunta al paciente por su procedencia y éste dice ser catalán. Como ninguno de los profesionales que lo atiende parece saber situar Cataluña en el mapa, acaba diciendo que es español. Aclarada, aparentemente, la cuestión de la procedencia, el responsable del servicio de mediación pide que acuda el mediador del “sur de Europa”. Se trata de una mujer descendente de italianos emigrados desde Sicilia a Noruega en la generación anterior, que, por supuesto, no habla castellano, ni mucho menos catalán, y que tiene incluso un nivel discutible de italiano, con fuerte acento noruego, por haberse criado ya en este

país. Se trata, además, de una mujer de un nivel formativo bajo, que ha hecho un curso de mediación ligado a un programa de inserción social, que no habla inglés y tiene unos conocimientos de biomedicina muy limitados, adquiridos en el curso de mediación. En este curso, le han impartido nociones sobre biomedicina, estructura del sistema sanitario, condiciones legales de la asistencia sanitaria en Noruega, ética en el sistema sanitario, traducción sanitaria, interculturalidad, gestión de conflictos, mediación y aspectos relacionados con la salud de las diferentes “culturas del sur de Europa”, especialmente en cuanto al papel de la religión católica y las relaciones de género. Todo esto en seis meses. Nunca ha oído hablar de Cataluña y, de España, le suenan el flamenco y la dieta mediterránea. La mediadora lo intenta, por supuesto, pero la conversación es un despropósito tanto a sus ojos como a los del paciente, que ve, asustado, como sus síntomas no son entendidos: intenta transmitirle a la mediadora que tiene sensación de escozor a las manos, frotándose las y soplándoles, algo que ella parece entender y traslada a los médicos, después de una larga conversación, que el paciente no comprende. Éstos, satisfechos porque usuario y mediadora parecen entenderse, aunque con algunas dudas, interpretan que el paciente, del Sur de Europa, no ha venido equipado para el frío invernal noruego y ha salido a la calle sin guantes ni protector labial, de forma que le recetan una crema, después de preguntarle, a través de la mediadora, si podrá pagarla, porque, recordémoslo, es del Sur de Europa. Le informan, también, que se trata de un motivo de consulta por el cual no es necesario acudir a un centro sanitario y se marchan, algo molestos por haber invertido media hora en una consulta aparentemente irrelevante y, también, algo inquietos sobre la situación del paciente.

El ejemplo no es tan exagerado cómo parece. Situaciones similares, donde a la buena voluntad y al desconocimiento, se unen los prejuicios y los estereotipos, se dan todos los días en nuestro sistema sanitario.

Conviene, por lo tanto, pensar en qué recursos empleamos para tratar de resolver los problemas, cuál es su alcance real y su utilidad, desde la perspectiva de todos los implicados.

P.- ¿La demanda de recursos sería entonces tiempo?

R.- Tiempo, mediadora o traductora, que se ha hablado un montón. En sitios donde hay múltiples colectivos como *** [cita un CAP con alta población inmigrante] no quieren saber nada de mediadores porque tendrían que tener cincuenta mediadores en activo o cincuenta traductores y se las componen como pueden. Y en cambio aquí que tenemos dos colectivos clave, que son el africano [se refiere a población marroquí] y el subsahariano y un poco el chino, pero no los vemos [a los chinos], hay mediadora china y hay estas dos mediadoras marroquí y subsahariana; entonces, puntualmente, cuando tienes un problema importante con una familia concreta pues ya programas la visita en consultas externas con la mediadora. Por descontado, en el área materno-infantil ellas pasan visita cada día y se ven todas las altas de maternidad y todas las familias saben que está la mediadora si lo necesitan. (Pediatra en un hospital)

3.2. UN APUNTE SOBRE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

3.2.1. Quejas, necesidades y demandas

Parece imprescindible realizar al menos un apunte sobre las valoraciones que los profesionales sanitarios hacen del sistema en el que ejercen y, en él, de manera específica, en cuanto a la calidad de la atención que ofrece a los usuarios inmigrantes.

En cuanto al primer aspecto, la valoración general del sistema, los datos recogidos, tanto en las entrevistas como en la observación y mi interpretación con base en ellos son concordantes. Las citas que siguen los resumen, de manera, sin duda extremada, pero sintética:

R.- [Sobre el sistema] *Buff*...fatal. Si hagués de posar una nota... un suspens... amb un quatre... no és un zero, ¿eh?... és lent, és burocràtic, és... que no respon. Maltracta a la gent... (Médico de familia en un CAP)

P.- I sobre la qualitat de l'assistència?

R.- No, jo aquí crec que està bé. Jo crec que està bé. (Enfermera de pediatria en un CAP)

Como ya expliqué en el apartado de metodología, las entrevistas que desarrollé fueron semiestructuradas. Una de las pocas preguntas de respuesta cerrada hacía referencia a la valoración en una escala del 1 al 5 (siendo 1 la valoración más baja y 5, la más alta) de los diversos recursos de los que los profesionales disponían para hacer su trabajo, en concreto, de tiempo, humanos, de infraestructura y medios técnicos.

Cuando pedía a los profesionales entrevistados que valoraran el nivel de disponibilidad de tiempo para realizar su trabajo, la media era un 2,60 (desviación típica: 1,364). El tiempo era, en este tipo de preguntas, el recurso que se percibía como más escaso.

Pero aquí necesito hacer una reflexión, breve, que viene a mostrar, igual que en otros casos, la importancia de la observación participante. Y es que el tiempo, en nuestro sistema sanitario, para nuestros profesionales de base, parecería ser mucho más que tiempo. La petición de tiempo es transversal, en todas las especialidades y centros y para prácticamente todas las actividades⁷⁵. Es como si se pidiera tiempo siempre, casi independientemente de para qué en concreto. Pero es que tiempo significaría, en este contexto, mucho más: sí, son minutos de atención directa al paciente, pero no sólo eso; son minutos para atender al paciente, para reflexionar y estudiar los casos; son minutos para organizar el trabajo, para reflexionar sobre la manera de hacerlo e intentar cambios, sin ir *a golpe de realidad*; son minutos para leer (bibliografía especializada, se entiende), para pensar, para escribir y compartir lo leído, lo pensado y lo escrito; son minutos para reflexionar sobre la práctica profesional, hacia dónde va y hacia dónde se quiere que vaya; son minutos, lo decían algunos de manera muy clarificadora, “para parar”. Pero el tiempo sería, a la vez, mucho más que minutos. El tiempo es reconocimiento. Reconocimiento de que ese tiempo, todo ese tiempo, es necesario para hacer bien el trabajo; reconocimiento de que el tiempo que se regatea o directamente se quita se está sustrayendo al profesional, al paciente y a la sociedad en general;

⁷⁵ Con una excepción: como ya avanzaba en un apartado anterior, esta demanda no se daba o lo hacía en mucha menor medida, como parece evidente, en el caso de los profesionales de centros o unidades específicas para la atención de inmigrantes, que suelen disponer (aunque tampoco siempre) de franjas horarias bastante amplias y más adecuadas a las necesidades de sus pacientes.

reconocimiento de la importancia de lo que hacen; un reconocimiento que –aunque resulte fácil pensarlo– tiene poco que ver con la pleitesía o el clasismo y mucho con ver el valor de un camino que han seguido y no es sencillo en ninguna de sus etapas. Y el tiempo sería, también, respeto. Respeto a la necesidad de tiempo y de reconocimiento y a su criterio profesional y dignidad como profesionales y no como meros asalariados (por parte de unos) y prestadores de servicios (por parte de otros). El tiempo, para los profesionales (todos) de nuestro sistema sanitario, es mucho más que tiempo.

Pero, claro, no era lo único que se pedía. Se mencionaba también, la escasa dotación de medios de otros tipos para realizar el trabajo con garantías:

R.- *Hmm.. és que no sé com es pot fer millor, ¿eh? Es complicat... Jo suposo que s'han trobat la marabunta [se refiere a la llegada de usuarios inmigrantes en un volumen importante]... perquè han d'haver molts més mediadors, o tenir molt més formats als administratius, ¿no?... Problemes d'agendes dels metges... la treballadora social és súper-important, i va desbordada... (Médico de familia en un CAP, mujer)*

En lo que se refiere a los recursos humanos, cuando se pedía la valoración de disponibilidad, en la misma escala del 1 al 5, la media era un 3,27 (desviación típica: 1,224).

P.- Hablando de recursos, ¿cómo vais?

R.- (...) Y pediría una gestora de casos. Algún ayudante del ámbito sanitario que ayudara sobre todo, ya no en el ámbito de enfermería porque, como son jóvenes, realmente no hay mucha cosa de enfermería que hacer, aparte de extraer la sangre... Pero un gestor de casos que ayudara a coordinar las pruebas, ¿sabes?, como algún sitio centralizado donde pudieran pedirse todas las pruebas. Algo que facilitara la *faena*. Porque lo que es imposible es pedirle a un paciente una colonoscopia y al otro una ecografía y al otro un TAC... Simplificar la burocracia, hacer fácil todo esto. Eso sería, vamos, un paraíso... (Médico especialista en hospital)

R.- De recursos... Bueno, tenemos unos cupos muy llenos, de más de mil usuarios por cupo; y en pediatría están sobre los seiscientos y pico... Con lo cual, hacemos lo que podemos con voluntad, que con el personal que seamos y voluntad siempre se puede hacer más de lo que se hace, pero... ¿Recursos? Pues, es como todo. A ver, personal siempre se necesita. Y después, formativos veo que es lo que realmente nos falta. Nos falta formación, pero mucha formación en... (Coordinadora de un CAP, enfermera)

En cuanto a la demanda de infraestructura adecuada para trabajar, no era tampoco infrecuente, tanto a nivel hospitalario como de primaria. La valoración, del 1 al 5 entre los profesionales entrevistados, en cuanto a la disponibilidad de infraestructura era de 3,22 (desviación típica 1,313). Algo que *a priori* podría sorprender, pero que también pude comprobar durante el trabajo de campo: mobiliario obsoleto o deteriorado, consultas pequeñas, espacios laberínticos... Aunque, obviamente, hay muchas excepciones, especialmente en los centros nuevos o reformados.

P.- Hablando de recursos, ¿cómo valorarías los recursos de los que disponéis?

R.- ¿Lo que me hace falta? ¿A mí? Espacio. Claramente, no tengo sitio. Es el problema de todos los hospitales es que se diseñaron hace muchos años y, claro, la medicina de hospital que se hace ahora no tiene nada que ver con la que se hacía hace veinte años, nada que ver. La población se ha multiplicado por treinta. Es una queja bastante habitual de los grandes hospitales. O sea, yo no tengo una silla para sentarme. No tengo dónde poder trabajar. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Sin embargo, pocas veces se reclamaban medios técnicos. La valoración de éstos fue, en entrevistas, la mejor, un 3,60 de media (desviación típica 0,906). Y, aun siendo una buena noticia, nos debería mover a reflexionar e investigar sobre qué tipo de recurso tiende a prevalecer más, por qué y qué tipo de consecuencia tiene esto en el diseño y en el funcionamiento del sistema sanitario.

Más allá de este tipo de preguntas cerradas, el blanco de las críticas, en realidad, casi siempre y como parecería previsible, eran los gestores y planificadores del sistema, a los que se les reprochaban diversas cuestiones, que merece la pena enumerar puesto que recogen aquellos aspectos en los que los profesionales fundamentan sus opiniones sobre la calidad del sistema. En primer lugar, la elevada presión asistencial:

R.- El nivel de motivación es alto en general, al menos en mi Servicio, los médicos tenemos...es gente la mayoría joven, ha habido un recambio importante. La motivación es muy buena, pero ya asumimos de por sí que esto es así [la elevada presión asistencial], que a veces no hay enfermera y no te la sustituyen... ya sabes lo que pasa esa mañana, ¿no?, caos absoluto... que sí, reuniones, reuniones, pero la agenda tiene que salir, con lo cual te vas a la reunión corriendo y subes... la presión asistencial ya cuentas con ella. (Ginecóloga en un hospital)

R.- Muy deficitario. El sistema que tenemos actual, absolutamente deficitario. Si me van a tener que pagar el psiquiatra para tratarme la ansiedad a mí [Se ríe]... porque estoy... [Se ríe]... (Trabajadora social)

P.-Para empezar, si me cuentas un poco en qué consiste tu trabajo...

R.- Bueno, pues mi trabajo consiste en ser médico de familia. Trabajo por las mañanas de 9:00 a 15:00. Los lunes, miércoles, jueves y viernes hago cita... Las consultas son concertadas, los pacientes piden las visitas con antelación y visito entre 35 y 38 al día. La mayoría son programadas y de esas 38, pues 7... que acuden ese mismo día a pedir visita. Y los martes, estoy de urgencias, o sea todo el resto de visitas que no puedan asumir los compañeros, pues me toca visitarlas a mí y vengo a hacer pues sobre... 30, 35, sobre 30, más domicilios. *Déu n'hi dó*.

P.- No llega ni a los 7 minutos de...

R.- A ver... Tenemos asignado 7 minutos por paciente, excepto los 7 últimos que son de 3 minutos por paciente.

P.- ¿Qué son recetas o...?

R.- No, son los que se apuntan en el día, que en teoría es una patología urgente que no puede esperar y para no cargar al de urgencias más todavía, pues las asumimos nosotros. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Presión que se referiría no sólo a la actividad asistencial propiamente dicha sino, también, a la necesidad de combinarla, en muchos casos, con la docencia y la investigación.

P.- Además de asistencia, ¿hacéis docencia?

R.- Claro, claro, por supuesto. Incluso doctorado. Tienes pocas clases, pero esas clases... no te cambian la agenda, con lo cual... ya sabes que vas a ir de *culo* esa mañana, ¿no? Y cuando tienes que dar clase a los de la facultad, pues ya sabes que ese día tienes que acabar a la una, porque de una a las dos es la clase; y muchas veces ni has acabado. Entonces, ya vas estresada toda la mañana... Y luego tienes la urgencia... Te subes corriendo y luego bajas y acabas... O sea que no, nuestro problema fundamental es la gestión. (Ginecóloga en un hospital)

Los profesionales reclaman también mejorar la gestión de la asistencia primaria, hospitalaria y, especialmente, la relación entre ambas:

R.- Creo que no hay una única solución de ‘vamos a hacer que la atención primaria haga no sé qué’. Yo creo que hay que corregir muchas cosas y es muy complicado, pero creo que el sistema es bueno. Y a nivel hospitalario, creo que está hipertrofiado. El hospital creo que se usa para un montón de cosas que no se debería de usar, no sólo las urgencias sino el hospital en general. A veces dices, ‘la única manera de estudiar este paciente es ingresarlo tres días y hacerle todas las pruebas’, podría estar en su casa, pero tardaríamos seis meses... Otra razón es que ingresa en el hospital por una patología aguda que requiere ingreso en un hospital, [pero] no me voy de alta hasta que no estoy casi bueno, porque no tengo una situación de hospitalización domiciliaria... donde tengo una enfermera que me viene a ver cada día, que llevo mi antibiótico endovenoso en casa... Esto se hace ahora en enfermedades crónicas muy concretas, fibrosis quística... cosas de estas... prematuros que se van de alta antes con un peso más pequeñito y la enfermera va cada día y lo ve... Pero una red global, que la gente sólo tendría que estar en el hospital cuando estrictamente haya algo que sólo se pudiera hacer en el hospital, el sistema eso hoy por hoy no lo consigue. (...) Entonces eso hace que los hospitales estén llenos, y es un *coñazo* estar ingresado en el hospital... yo lo he vivido desde... el familiar de los padres ingresados; lo ves desde el otro lado dices: ‘Que razón tiene la gente’. (Pediatra en un hospital, hombre)

La escasa planificación de la atención, anticipándose a los problemas antes de que surjan o, al menos, de manera rápida y eficiente fue otra de las quejas frecuentes:

R.- La planificación es muy ambiciosa y no está dotada con los suficientes recursos. Yo soy muy *fan* del sistema sanitario, a mí me gusta mucho. El problema es que no hay suficientes recursos. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

R.- Hombre, de la planificación... Yo creo que no es muy buena. No sé si se puede planificar eso, ¿no? Pero, seguramente, sí. Por ejemplo, si tuviéramos que planificar lo que va a ocurrir en unos diez años... No soy experto en este tema, pero creo que los expertos nos dirían: ‘Oye, pues van a venir más’. Van a venir más, sin duda, van a venir más de aquí, de allí y de allí, ¿no? Pues, bueno, seguramente se podrían hacer más cosas, en el sentido... Pero igual ya no sanitarias, ¿no? Mucho antes se tienen que hacer muchas más cosas para resolver también lo sanitario o para facilitar lo sanitario. Creo que planificación [hay], muy poca. Y en lo que se está haciendo ahora... pues, que igual también vamos tarde, ¿no? Creo que... creo que se tendría que investigar más en este sentido. (Psiquiatra en un hospital)

Y, en esta misma línea, una reflexión habitual giraba en torno a la tendencia a no solucionar los problemas de manera eficiente, sino “ir poniendo parches” y a generar un sistema en el que prevalecería la respuesta rápida pero no necesariamente resolutive:

R.- (...) Porque además como estos pobres de arriba [se refiere a responsables del centro] siempre van a la urgencia, a ver qué es más prioritario, porque ‘*farem, farem, farem*’ y proyectos miles; pero luego, ¿qué pasa?, pues que de golpe sucede no sé qué y... entonces van poniendo parches, pobres, y tampoco les da tiempo a iniciar y a acabar proyectos. Cuando el proyecto se acaba está ya, casi, desfasado (...) (Ginecóloga en un hospital)

R.- Yo si te lo tuviera que resumir en pocas palabras, diría que es un sistema que ofrece servicios como el que puede ofrecer cualquier lampista, actualmente. Que son de poca gente trabajando... dar el máximo en poco rato, lo cual no te soluciona el problema. Das el máximo en poco tiempo y a la larga puede pasar lo que quieras. Un poco es esto, ¿no? ... problemas puntuales, así que, *pum*, vas *a saco*, pero que no te ha permitido elaborar bien el problema y, *pum*, después sale otro. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Y otra queja frecuente, y en diversos tonos, que iban desde el francamente triste al más o menos orgulloso o airado, se refería al escaso respeto que muchos profesionales perciben hacia su tarea y hacia su criterio profesional por parte de los gestores, a quienes acusaban, por un lado, de estar alejados de la realidad asistencial y, por otro, de no prestar atención a la opinión, necesidades y demandas de los que sí se ocupan de la asistencia directa:

R.- No, nada, ellos van a lo suyo [Habla de si se siente respetado como profesional por parte de los gestores]. Los números han de salir... encima, de vez en cuando te envían una carta con las consultas que podrías haber hecho y las que has hecho realmente, ¿no?, como si... Esta consulta es una consulta compleja, no difícil pero hay muchas teclas que tocar y son casos que a veces son difíciles que te tienes que mojar, Tienes una visita que a lo mejor te has guardado veinte minutos Y gastas una hora, ¿no?, entonces esa hora “hummm” [hace un gesto de que “arriba” se quejan]. (Médico especialista en un hospital)⁷⁶

P.-Y según tu experiencia, ¿qué habría que hacer para mejorar la gestión de todo esto?

R.- Pues yo qué sé. Claro, todos los que están por encima de nosotros por encima de todos los *currantes* base...en los despachos se ve todo muy bonito y (...) No sé, sólo con una mañanita... con que se cojan la silla y se sienten detrás *nuestro*, se den una vuelta por el ambulatorio y las consultas... Yo creo que ya tendrían bastante. (Profesional administrativo de un CAP)

Y, en este sentido, fue llamativo ver, en contra de lo que está presente en el imaginario colectivo, que los profesionales opinan que su capacidad real para incidir en el sistema en el que trabajan es muy escasa. Y esto, al mismo tiempo que son quienes reciben las quejas de los usuarios, sufren la limitación de medios, tienen poca capacidad para trasladarlos a quienes corresponde solucionarlos y sienten que su criterio se respeta poco. Son, decían, a quienes se pide que solucionen los problemas diarios y a quienes se reprocha que no lo hagan, aunque también sufran las consecuencias.

Específicamente en cuanto a la atención a la población inmigrante, los profesionales solían señalar, en general, un buen reconocimiento de su labor por parte de los usuarios:

P.- A nivel de la gente, ¿sentís que hay un reconocimiento de vuestro papel?

R.- Sí, sí, yo creo que sí. Muchas veces te lo agradecen, sobre todo en esta consulta. Que han tenido un problema, se dan cuenta de que el pasillo estaba lleno, pero lleno, y que le has dicho ‘si se espera, la atenderemos hoy’. Te lo agradecen y (...)... sí, sí, se dan cuenta. O sea, esta consulta en general es agradecida en ese sentido, como vienen con problemas puntuales, muy angustiados y tal, luego, acabe bien o mal, son conscientes de que aquí funciona... (...) (Ginecóloga en un CAP)

En ocasiones, por encima del que reciben por parte de la población autóctona:

P.- ¿Hay diferencias en la valoración del sistema entre autóctonos e inmigrantes?

R.- Hombre, la diferencia que tiene es que ellos pueden comparar con lo suyo. Ellos pueden comparar con su sistema sanitario y yo pienso que la gente, en general, está muy agradecida por el hecho de poder tener acceso al Sistema Nacional de Salud. Siempre hay cosas muy puntuales, ¿no?, pero es que es normal, ellos no hacen más que compararlo con su lugar de origen... Los de aquí siempre han tenido unas urgencias las 24 horas y siempre han tenido médicos a su disposición y siempre han tenido recetas y siempre han tenido medicamentos en las farmacias, que tú vas y pides y tienen, ¿no? y, además, funciona, y si falla un día, te *cagas* en todo y dices

⁷⁶ Como en otras ocasiones, la ausencia de información sobre especialidad y tipo de centro es deliberada.

'*buah*, este es un hospital tercermundista'. En cambio, los que sí saben lo que es un hospital tercermundista llegan aquí y, sin duda alguna, tienen muy buena percepción. Los que son más críticos son los asiáticos. Los chinos son muy críticos con el sistema sanitario español. Lo valoran de otra manera y porque ellos tienen más prisa, ellos no entienden que pidas una prueba y tarden un mes en hacérsela. Eso no lo toleran. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Aunque tampoco faltaban quienes hacían la valoración contraria:

R.- No sé. Es que encuentro que no lo valoran mucho, no lo valoran mucho que es gratis. Hacen uso, pero... no lo hacen bien. Hacen uso gratis de... (Mediadora de un país del Este de Europa)

Para la atención a esta población se reclamaba mejorar los programas de salud pública y educación sanitaria (aunque suele incluirse en ellos a toda la población):

R.- El problema de la planificación es incidir en temas de salud pública, que esto se incide poco, y de prevención, de prevención sobre todo. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

R.- (...) hay muchas necesidades de asistencia, hay mucha presión asistencial, y es un sistema sanitario que *ha pasado* de dar educación sanitaria a la población también; y no hay... *sostre*, ¿cómo se dice en castellano? Las demandas son infinitas y a medida que abres puertas, aumenta la demanda. [Vuelve a educación sanitaria] Y la gente te dice, 'pues yo sé lo que tengo que hacer porque yo pago', 'y yo vengo a urgencias cuando me dé la gana'; 'pero, mire, si tiene usted un pediatra al lado, cerca de su domicilio'...; pero aquí van a tener un diagnóstico rápido y el itinerario diagnóstico en un ambulatorio puede ser algo más lento o tiene una necesidad de vernos hoy y hasta mañana no hay hora o hasta pasado mañana. Y se ha olvidado ya esto, dices: 'a ver si le da un poquito de Apiretal, a ver si se calma un poco'.... Llaman a una madre de una guardería y le dicen: 'venga a buscar al niño que está con fiebre' y ahora muchas ya lo llevan con fiebre, metiéndole la Aspirina o el Apiretal o el Dalsy para que... para poder trabajar... Pero recién llamados los padres porque el niño tiene fiebre, pues, aunque esté bien, aunque esté sonrosado y contento y le hayan dado a lo mejor algo y ahora ya no tenga... directos pasan por el médico urgente... y muchos vienen a urgencias y tienen por la tarde la visita con el médico ya concertada y te dicen 'mira, es que hasta la tarde no lo tengo' [Se ríe]. Pero es así, ¿no? (Pediatra en un hospital)

Penalizando, incluso, el mal uso, algo que sin ser una demanda explícita frecuente sí se podía ver, implícitamente, en algunos comentarios:

R.- A ver, no es un sistema ideal ni para unos ni para otros. Y por las prisas y por la presión asistencial se convierte en un sistema muy agresivo, en muchas ocasiones, para las personas que no entiende bien las cosas. Es defectuoso en este sentido también de cara a la población autóctona; y las reflexiones que haces a partir de los problemas que te encuentras a través de la inmigración pues te hacen pensar que... pues que realmente son defectos del sistema sanitario, que se ha desbordado y que ningún político se atreve a cambiar algunas cosas. Pues, por ejemplo, una cosa es la atención urgente gratuita y otra cosa es la atención inmediata 'porque yo quiero' y una cosa es la atención inmediata y otra cosa es la atención urgente. Entonces, si es inmediata 'porque yo quiero', y sin volante del... pues a lo mejor que tuviese que pagar tres euros y después te los devuelvan si realmente estaba justificado; a lo mejor es un buen método. En Francia lo hacen así... Pero los políticos no se atreven y sería muy mal visto por la población. Es una población que mete una tarjeta en una pared y saca dinero y mete otra tarjeta en una pared y saca una película, ¿no? y todo tiene que ser una solución inmediata, y aun más la salud... Se les ha educado a esto, incluso las izquierdas, yo soy de izquierdas, pero el logo este de 'tienes derecho a la salud'... no es esto, señores, tienes derecho a la atención, pero no tienes derecho a la salud... la salud es otra historia, ¿no? (Pediatra en un CAP, mujer)

Eran, sin embargo, pocos los que, de manera explícita, reclamaban recortes en los derechos. La postura mayoritaria parecía ser incluso la contraria si sólo se tenían en cuenta las declaraciones abiertas:

P.- Hay quien dice que también se debería limitar un poco el derecho a la asistencia en función de la situación legal...

R.- Nosotros no. Y yo, bueno. En *** [cita un CAP] hay mucha población inmigrante, pero también hay mucha población que inmigró a *** [cita un barrio de la ciudad donde vive] hace muchos años, de *** [cita una ciudad de fuera de Cataluña], y son los más racistas de todos y alguna vez que : 'es que esta gente, esta gente utiliza todos los recursos...esta gente', y, bueno, 'igual que usted', esta gente tiene los mismos derechos a utilizar los recursos. A ver, yo creo que el tema de la sostenibilidad del sistema es claro que en algún momento u otro habrá que hacer *quelcom*, pero que habrá que hacerlo en función de los recursos y no de si están legales o... Desde mi punto de vista... Pero esto se oye, sí.

P.- ¿A los profesionales?

R.- Bueno, sí. A mí es una cosa que, no entro en el debate, pero me molesta bastante cuando lo oigo. A alguien se lo he dicho: 'para haver de marxar del teu país has d'estar molt malament, oi, no venen per gust, eh?'. Porque, es que cuando lo piensas... Y es verdad, ¿no? Yo creo que hay que mirar cómo lo regulamos pero a nivel universal. (Médico especialista en unidad de atención a enfermedades infecciosas)

Aunque, como ya he mencionado, en muchas entrevistas, pero sobre todo durante las conversaciones informales en la observación participante, sin que se llegase a reclamar una limitación de derechos totalmente explícita, sí se dejaba ver, con cierta frecuencia, un trasfondo que sitúa a estos usuarios inmigrantes en el punto de mira:

P.- ¿Es sostenible [el sistema, pregunto en general]?

R.- ¿Mi opinión? Yo creo que no. No, porque, a ver... No. No sé qué aporta esta [gente] [se refiere a población inmigrante]... No sé si su trabajo aporta algo al sistema... Me refiero al nivel de recursos para la sanidad... (...) De cotizaciones... pero consumo lo están haciendo. Y no creo que sea sostenible.

P.- Y, ¿como alternativa?

R.- Pagar por consulta. (...) A ver, yo haría... Pago de algo todo el mundo. Que sean ilegales o... A ver, no... No. Aquí hace años había un médico sólo para los de beneficencia. Eso lo viví. Y, bueno... Desapareció y siempre he vivido que *ancha es Castilla*, ¿no? Pero por mí pondría copago para todo el mundo. (Médico de familia en un CAP, hombre)

Y, aunque ya digo que no era una postura mayoritaria ni siquiera frecuente, sí existían profesionales que defendían una limitación de derechos, especialmente para aquellos en situación irregular.

R.- Hombre, algo habría que delimitar, no sé como... pero en general. A lo mejor lo que hay que delimitar es la entrada al país, ¿no? Has de mirar hasta dónde... y el que no está en situación regular pues se ha de volver. Claro, es que hay que venir con un trabajo,... hemos de mirar qué porcentaje se puede abarcar... Ojalá, sería muy bonito pero... muy bonito y muy solidario, pero a lo mejor no podemos y hay que mirar hasta dónde llegamos. (Enfermera de adultos en un CAP)

Finalmente, y, como ya he mencionado, en mucha menor medida se solicitaba la creación de centros específicos adecuadamente dotados de medios:

R.- En general, lo que hacen falta son centros socio-sanitarios y, en particular, para el tema de la inmigración. Yo creo que se deberían hacer unidades especializadas, que es lo que comentábamos. Sí, realmente invertir recursos en este tema, que no se ha invertido nada, no se ha tenido en consideración este problema. Hay muchas cosas que se podría evitar que llegaran al hospital, se podrían interceptar antes, desde Familia, desde medicina primaria y no tendrían que

llegar a Urgencias. Si se hiciese un abordaje inicial del problema... o tomaríamos los problemas mucho más iniciales, no llegarían tan graves... Pero, claro, un abordaje inicial tiene que ser un abordaje que asuma que tiene que haber especialistas, gente conocedora de este tema...mediadores... gestores... facilitar. (...) (Médico especialista en Medicina Interna en un hospital)

3.2.2. Valoraciones en cuanto a la calidad de la asistencia a población inmigrante

Si releemos las páginas anteriores, una de las grandes preguntas que podríamos hacernos es si, a la vista de las dificultades expresadas, la calidad asistencial a la población inmigrante puede verse afectada de alguna manera.

Cuanto se preguntaba a los profesionales, tanto en entrevistas como durante la observación participante, la mayoría (casi un 70% en entrevistas) negaba cualquier diferencia con la población mayoritaria en cuanto a la calidad asistencial que se ofrecía desde el sistema.

P.- I la qualitat de l'assistència?

R.- No, jo aquí crec que està bé. Jo crec que està bé.

P.- Per als immigrants i per els autòctons és la mateixa?

R.- Jo crec que sí. Jo crec que aquí sí. El que és dolent per als migrants, és dolent pels autòctons, i el que és bo, és per uns i altres.

P.- Mhhh...

R.- No... jo crec que és bona. (Enfermera de adultos en un CAP, mujer)

Ahora bien, tampoco puede dejar de considerarse que existían un 30% de los profesionales que entrevisté (un porcentaje, diría, algo superior si atendemos a la observación participante, donde los discursos tendían menos a la corrección política) que matizaban más las respuestas y creían que, en algún sentido, sí puede ser peor. En cuanto a los motivos con los que se relacionaba ese posible detrimento de la calidad, se encontraban, como parecía previsible, aquellos que ya he ido mencionando a lo largo del texto al hablar de las características de la asistencia a esta población: las diferencias idiomáticas (mencionadas por todos los que consideraban que la asistencia podía ser peor), tiempo para atender las necesidades reales de los pacientes, formación de los profesionales, dificultades para manejarse en el sistema y económicas para cumplir las indicaciones, etc.

R.- A ver. Peor no, diferente, igual sí. Porque, claro, cuando no hay fluidez en la consulta pues igual el médico pierde, pierde... no piensa en aquel momento algunas cosas que él en alguna consulta... en equipos igual iría más rápido y luego, claro, ¿no?, que retrasa un poco la consulta... pues, claro, entre que estamos nosotros [mediadores/traductores] pues mediamos, no sé si es *lingüista*, si es cultura, lo que sea, pues, claro, no es la *fluidez* que hay continua... Que igual pues el médico querría preguntar más cosas pero al ver que no... por el tiempo igual ni lo hace, también. No lo sé, eso ya... Igual más adelante sí que lo sabría. (Mediadora de un país del Este de Europa)

R.- Culturalmente creo que estamos todos bastante abiertos y hacemos un esfuerzo para entender también la idiosincrasia de estos pacientes, es el idioma. Es la gran barrera... (Ginecóloga en un hospital)

R.- Claro. Porque te ves muy limitado. Yo a veces pienso... Yo me pongo en su lugar. Si yo estuviese en Paquistán, en la India o en la China, yo me moriría. Porque soy una negada de los

idiomas. Es muy difícil, realmente, ¿no? Entonces, claro, te pones en su lugar y dices, 'bueno, voy a intentar hacerlo lo mejor que pueda', ¿no? Pero, claro, el tema tiempo también nos machaca mucho. Visitas de 10- 12 minutos... limita a un autóctono, pues porque tienes que ir casi a saco, ¿no? Hacerle lo que estrictamente le toca. Porque, si no, te vas atrasando y la gente también se molesta... El tema tiempo es en general. (Comadrona en un hospital)

R.- Sí, es accesible y si la gente *sería* un poco más responsable en utilizarlo bien pues igual no habría tantos retrasos en visitas, no sé, tantas complicaciones de que te den más pronto... Porque claro, tú has pillado cita: 'Pues no vengo, pues no aviso, ¿pa qué?' Pues no, porque, así, pues entra otro y... que no, que *estamos* poco responsables. (Mediadora de un país del Este de Europa)

No obstante, también se debe mencionar que, aunque son muy pocos en las entrevistas (y, también durante la observación participante, pero algunos más), existen profesionales que argumentan que la calidad de la asistencia que se ofrece a inmigrantes es mejor que el resto. Y lo que sí es remarcable es que, de aquellos que lo mencionan, prácticamente ninguno lo resalta como un hecho positivo sino más bien como el reflejo de un abuso por parte de los usuarios y una excesiva accesibilidad y reconocimiento de derechos por parte del sistema. Sin duda, en mi opinión (estrictamente personal) una cuestión sobre la cual es necesario trabajar.

Hay que destacar también que, aunque algunos profesionales lo mencionan (un 20%, en entrevistas), suele negarse que la existencia de prejuicios por su parte pueda afectar negativamente a la asistencia. En este sentido, a lo largo del trabajo de campo he observado de manera reiterada que las actitudes de racismo o xenofobia abierta son minoritarias, y es justo y muy importante reconocerlo para que estos comportamientos que no empañen la actitud de ética, profesionalidad y buena voluntad de la gran mayoría. Sin embargo, debe decirse de manera igual de clara que muchas veces lo que ocurre es precisamente esto, que hay más buena voluntad que conocimientos de algunos temas que son relevantes, de forma que aunque no podamos hablar de racismo o xenofobia, no podemos eludir la presencia extendida de estereotipos y, en algunos casos, prejuicios.

R.- Yo creo que... a ver, que seguramente el idioma a veces sí limita mucho la información que puedes dar... y que también nosotros... yo creo que hay gente que tiene prejuicios y no actúa igual...pero con inmigrantes o con una persona enferma de depende qué, ¿eh?, ¿no? Esto son prejuicios que los tenemos que trabajar todos, ¿no? y intentar ser lo más equitativos y justos y esto, a veces, pues no es así. Pero con el colectivo inmigrante y con otros colectivos, en general. A ver, *Dèu n'hi do*, la sensibilidad que hay de la gente también, ¿eh?, pero bueno, que hay gente de todo, ¿eh? Pero yo siempre me quedo más con lo que no me gusta de esto... o con lo que te sabe mal con... Pero ahora que estamos haciendo todo esto [se refiere a un registro de datos sobre la atención a inmigrantes], y yo veo que se va recogiendo toda la información. Estoy segura que habrá muchas cosas que habremos hecho que han ido muy bien, estoy segura, segura. Y seguro que podemos mejorar mucho, ¿eh?, pero que hay gente que tiene mucho interés y que se ha volcado mucho en este tema y que ha hecho cosas *súper-interesantes*. (...) (Profesional de atención al usuario en un hospital)

Ahora bien, para cerrar este apartado, quisiera destacar, de manera muy especial, la extraordinaria lealtad a lo mejor del sistema por parte de la mayoría de los profesionales:

R.- Yo soy un fan del sistema sanitario catalán y español. Yo pienso que el contrato de salud universal, yo pienso que es modélico a nivel de muchas cosas. Tiene sus deficiencias, tiene sus

carencias, porque es público y porque tiene pocos recursos, haría falta más inversión, pero a nivel de los que mejor trata a la población y además no hace distinción de ningún tipo, el sistema sanitario público. La pena es que el privado es muy hipertrofiado. A mí me duele mucho, me duele mucho que *** [habla de un hospital privado cercano], yo estoy buscando una silla [la suya está, efectivamente en muy mal estado] y aquí me han puesto un *mega*-hospital. A mí me molesta, me molesta. Pero la calidad de los profesionales es la mejor, la calidad científica es insuperable, bueno, la calidad del personal, la calidad científica, equipamientos. A mí me gusta. ¿Deficiencias? Se abusa mucho de la gente, la gente está mal considerada, hay una falta de reconocimiento de la gente que trabaja aquí, un poco debido al maltrato del personal, pero, vamos, que el sistema como tal es un sistema que a mí me gusta mucho por eso, porque permite un acceso universal a la sanidad y no hace distinción de estratos sociales. Después tiene sus deficiencias y eso. (Médico especialista en unidad específica de atención a enfermedades infecciosas)

Para una reflexión un poco más global sobre la capacidad del sistema para dar respuesta a las necesidades de la población usuaria inmigrante, remito al lector a las Consideraciones Finales de este texto.

CONSIDERACIONES FINALES

Tal y como expliqué en la Introducción, no me propongo en este momento resumir cada uno de los temas tratados porque, aunque no en apartados específicos, a lo largo del texto he ido ofreciendo algunas reflexiones que responden a mis consideraciones personales respecto al estado de cada cuestión.

La intención en este punto es plasmar algunas reflexiones que constituyen para mí puntos de interés fundamentales –y, con toda probabilidad, las líneas de continuidad de este trabajo– sobre dos temas de los que he hablado de manera transversal en todo el texto: la calidad de la asistencia que se presta a poblaciones inmigradas y minorías étnicas en nuestro sistema sanitario público y el apoyo a los profesionales que ejercen en él, especialmente, pero no sólo, en cuanto a su formación en materia de interculturalidad y desigualdad social y su relación con la salud.

No se trata en absoluto, vuelvo a insistir, de propuestas formales en torno a ambas cuestiones, para lo que necesito seguir trabajando, sino de reflexiones y conclusiones provisionales fruto de las lecturas y el trabajo de campo y, también, del proceso de redacción de esta tesis. Me ocurre lo mismo que en textos anteriores: éste abre nuevos caminos para seguir aprendiendo, investigando, reflexionando...

Dicho todo esto, retomemos, ligeramente reformulada ya, una de las preguntas de investigación que planteaba en la Introducción: dados los retos y dificultades diversas que se plantean y que hemos ido viendo, ¿es realmente posible que la atención sanitaria a las poblaciones inmigrantes y minorías étnicas en nuestro medio se realice en condiciones de igualdad al resto de la población? Y, en caso negativo, ¿en torno a qué claves podrían girar las actuaciones para conseguirlo? Las respuestas no son, como parece evidente, ni sencillas ni únicas y reclaman prudencia, argumentaciones sólidas y diversos tipos de matices.

Para intentar acercarnos a estas respuestas, debemos partir de la base de que estamos ante pacientes que, en cierto porcentaje –sujeto a variables muy distintas– presentan dificultades de comunicación, que pueden no estar familiarizados no sólo con la terminología biomédica y las acciones terapéuticas sino también con la propia estructura y criterios de funcionamiento del sistema sanitario. Usuarios que, aun siendo, en su mayoría, personas jóvenes y sanas pueden presentar algunas patologías y formas de expresión de las mismas más o menos específicas y que, también con cierta frecuencia, padecen problemas de salud que se relacionan con su proceso migratorio y condiciones de vida. Sin olvidar que, a menudo y de manera muy diversa, disponen de formas de conceptualización de la salud, la enfermedad y los itinerarios terapéuticos que pueden ser diferentes a los de la población mayoritaria para la que, recordémoslo, está diseñado de manera, si no explícita sí de hecho, el sistema.

Para atender a sus necesidades, disponemos de un sistema sanitario público que se enfrenta a diversos retos, algunos de ellos relacionados directamente con estas poblaciones. En primer lugar, recordar que, al menos durante el marco temporal en el que puede encuadrarse este trabajo –no ya en el momento de presentación de esta tesis,

lo que sólo viene a añadir más dificultades donde ya las había— disponíamos de un marco legal y normativo suficiente —pero mejorable— para garantizar que la atención se realizase en condiciones de igualdad, de cobertura prácticamente universal y de altísima calidad, por encima de muchos países del entorno. Pero, en segundo lugar, se trataba —se trata— de un sistema sanitario con limitaciones en cuanto a la dotación de recursos, tanto en lo referente a la disponibilidad presupuestaria como a la propia gestión y planificación de la atención, que amenaza de manera permanente la calidad para cualquier tipo de usuario. Y tercero, sabemos que mantiene una estructura, según sus propios profesionales, rígida y muchas veces compleja y que, para el caso concreto de la atención a la diversidad social y cultural (relativa a los inmigrantes, pero ni mucho menos sólo a ellos) encuentra grandes dificultades para incluir estas variables en su modelo y responder así las necesidades de aquellos grupos de población que se apartan de la media.

¿Es posible, entonces —volviendo a la pregunta que formulaba antes—, en estas condiciones, que la calidad que se ofrece sea la misma, en términos generales, para todos los usuarios? Personalmente, después de mi propia experiencia como profesional formada en salud y, más aún, después de los años de formación y trabajo como antropóloga en esta área y sobre este tema, me aventuraría —con infinita prudencia y respeto— a formular la hipótesis de que la asistencia a la población inmigrante y/o perteneciente a minorías étnicas no sería comparativamente peor a la de cualquier otra población (excepto en casos excepcionales) si nos planteamos la atención en términos estrictamente biológicos. Con toda probabilidad, sí resultaría más compleja y estresante —para usuarios y profesionales— y sí pondría más en tensión al propio sistema, pero no sería peor en cuanto a su capacidad de acción sobre los aspectos biológicos.

Sin embargo, debo decir —honesto y, de nuevo, respetuosamente— que opino que podría ser peor si —como creo que debe hacerse— entendemos la salud de manera más amplia. La calidad de la atención que se ofrece a estos grupos humanos podría ser deficitaria respecto a la población mayoritaria si nos fijamos en cuestiones relacionadas no sólo con la biología sino con la accesibilidad real (física, temporal, económica y cultural) y, más aún, con la acogida y el tratamiento por parte del sistema, en tanto que institución, en términos humanos. Y —es imprescindible señalarlo también, para evitar equívocos— esto podría estar siendo así no sólo para usuarios inmigrantes, pertenecientes a minorías étnicas o personas en situación de exclusión social sino también para cualquier usuario que tenga necesidades específicas más allá de las biológicas contempladas por el sistema. Merecería la pena reflexionar sobre la atención, en estos términos, que éste está en condiciones de ofrecer, por ejemplo, a personas con muy diversas discapacidades, a niños, ancianos, según una perspectiva de género, también...

Partiendo, entonces, de esta hipótesis, volvamos a la segunda de las preguntas que planteaba más arriba: ¿en torno a qué claves podrían girar las actuaciones para mejorar la situación? Por supuesto, las posibles respuestas girarían en torno a muchos y muy diversos temas (dotación presupuestaria, actuaciones de índole política, gestión directa...) pero sólo estoy en estos momentos capacitada para hablar —y con toda la prudencia que el tema requiere— de uno de los pilares: los profesionales. Esto no significa de ninguna manera que ni toda la responsabilidad de la situación les sea achacable ni, menos aún, les corresponda solucionarla en solitario. Simplemente, en este momento, mis hipótesis se centran en ellos, en su formación y su papel en el sistema. Y

lo hacen no sólo por interés, digamos, temático, sino porque a lo largo del trabajo de campo, una de las preguntas que me surgió en relación con la calidad del sistema y el papel de sus profesionales giraba en torno a las posibles razones por las que, como hemos visto en el Capítulo 6, la mayoría (no todos) de los profesionales niegan diferencias en cuanto a la calidad de la atención. Podría intentar algunas hipótesis, que necesito todavía poner a prueba específicamente en futuras investigaciones.

En primer lugar, estamos, lo hemos dicho ya muchas veces, ante un sistema sanitario orientado de manera muy preferente a la dimensión más biológica de la salud y a ofrecer respuestas a cuadros, fundamentalmente agudos, que se presentan, además, de manera más o menos homogénea (aunque, lógicamente con variaciones: basta con consultar cualquier libro de Medicina) entre el grueso de la población. En este marco, los profesionales, cuentan, de manera coherente, con una formación orientada casi en exclusiva a los aspectos biológicos, de manera que es más que comprensible que encuentren dificultades para atender a variables que van más allá de éstos y apunten a lo más ampliamente humano. Y esta hipótesis encontraría un refuerzo en su planteamiento cuando recordamos que son los profesionales más sensibilizados hacia la consideración de la salud en términos amplios los que tienen posiciones más reflexivamente críticas respecto a la calidad del sistema.

Defiendo de manera firme, lo ha visto ya el lector, firme la necesidad de proporcionar a los profesionales una formación que les permita realizar su labor atendiendo a este concepto más amplio de salud que, además sería, sin duda alguna, el que la inmensa mayoría de ellos defendería. Es necesario, por lo tanto, proporcionarles una base teórica suficiente sobre la marginación social y la pobreza, la inmigración, la diversidad cultural y las relaciones interculturales, especialmente (pero no sólo) en los aspectos relacionados con la salud y, también en cuanto a métodos y técnicas de investigación en estas cuestiones.

Habría de tratarse de una formación verdaderamente interdisciplinaria, construida entre los diversos tipos de profesionales que intervienen en estos temas (de la salud, Antropología, Trabajo y Educación Social...) y que estuviera, sin abandonar la base teórica que antes defendía, adecuadamente contextualizada tanto en la realidad (laboral, profesional) de quienes la demandan como de los pacientes a los que atienden y de las posibilidades del sistema, entendiendo, además, que esa realidad no es única, ni homogénea ni estática. Y, debería tratarse, también de una formación estable, reglada, reconocida y prestigiada.

Pero sabemos ya que esta formación no es fácil de ofrecer: son necesarios profesionales especializados en estos temas, dentro de cada una de las disciplinas, con adecuada formación interdisciplinaria ellos mismos y experiencia investigadora y docente. Y, en este sentido, es imprescindible que las actividades de formación tengan su fundamento en conocimientos adquiridos a partir de investigaciones rigurosas, profundas, dotadas de los medios necesarios y adecuadamente contextualizadas. Todo esto, una tarea pendiente, aunque respecto a la cual se han realizado considerables esfuerzos por parte de personas y administraciones.

En segundo lugar, en la valoración de la calidad también influye la implicación personal de los profesionales, que tendrían la percepción, en mi opinión, acertada, de ser unos pilares básicos del sistema. Esta implicación, unida a la sensación, común, como hemos

visto, de tener un escaso poder de decisión sobre el funcionamiento del sistema y de trabajar en condiciones de limitación de recursos, de demandas extra-sanitarias y de escaso apoyo y reconocimiento a su labor, puede tener dos tipos, generales, de consecuencias. La primera, es que fácilmente puede conducir –y de hecho diría que lo hace con más frecuencia de lo que el propio sistema puede permitirse– a la frustración de los profesionales, algo que tendrá consecuencias negativas sobre la salud de sus pacientes (y la suya propia) y sobre el sistema. La segunda, apuntaría a que la fidelidad al sistema, el reconocimiento de su altísima calidad según muchos parámetros, puede llevar a que las posibles críticas que se hagan sobre él –sobre todo si se emiten desde otros ámbitos– se vivan demasiado a menudo por parte de los profesionales como un cuestionamiento de su calidad profesional y humana. Y todavía más, que se perciban como una amenaza a un sistema que se entiende que ya está en riesgo –de manera permanente y de forma más evidente en los últimos tiempos. Esta reacción, aun siendo comprensible, podría limitar la capacidad de reflexión, de crítica y, también, de autocritica de los profesionales sanitarios, algo, creo, que no beneficia a ninguno de los implicados.

Se hace necesaria, por tanto, y con esto termino, una reflexión interdisciplinar, con base en unos planteamiento éticos y metodológicos sólidos, sobre la calidad de nuestro sistema sanitario, partiendo del análisis de los fundamentos biológicos, políticos, económicos y culturales en los que se basa y planteando, de manera honesta y sincera, para qué tipo de usuario está diseñado de manera preferentemente –de hecho, no necesariamente de derecho– en función de qué preconcepciones sobre las poblaciones atendidas, qué consecuencias tiene esto para el resto de los usuarios y, también, en qué medida la situación es mejorable y qué se puede hacer para que lo sea.

Se trata, en definitiva, de permitirnos y exigirnos reflexionar sobre el sistema sanitario del que, como sociedad, queremos dotarnos.

ANEXO A LA TERCERA PARTE

LA INVESTIGACIÓN *DESIGUALTATS SOCIOECONÒMIQUES I DIFERÈNCIA CULTURAL A L'ÀMBIT DE LA SALUT EN BARRIS D'ACTUACIÓ PRIORITÀRIA DE CATALUNYA*

1. PRESENTACIÓN Y METODOLOGIA

1.1. Presentación de la investigación

Como ya he explicado, la Tercera Parte de esta tesis recoge los resultados de mi participación en la investigación *Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya*.

Esta investigación estuvo diseñada y dirigida por la Dra. Teresa San Román, catedrática del Departament d'Antropologia de la Universitat Autònoma de Barcelona (en adelante, UAB) y se desarrolló gracias a un convenio de colaboración entre esta universidad (a través del Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada, en adelante, GRAFO) y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, que la financió (en concreto, a través de la Subdirecció General de Promoció de la Salut, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya). Formalmente, el convenio se formalizó en octubre de 2006 y, en un primer momento, contemplaba el desarrollo de la investigación durante los tres años siguientes. Sin embargo, su presentación, diseño y también el acuerdo inicial sobre la financiación y los términos del convenio, comenzaron ya en marzo del 2005, momento que se puede considerar, en la práctica, el inicio de la misma. La conclusión, a finales de 2010, fue posible gracias a una prórroga del convenio inicial, concedida para la finalización de la investigación y la redacción de sus conclusiones y sugerencias en cuanto a su aplicación. En consecuencia, el trabajo estricto del proyecto de investigación, al margen de actividades paralelas relacionadas con él, se extendió durante unos cuatro años y medio.

El equipo investigador estuvo formado por diferentes miembros del GRAFO de la UAB, todos ellos antropólogos con diferentes perfiles complementarios (Trabajo Social, Educación Social, Psicología, Medicina, etc.). En concreto:

- Dra. Teresa San Román: Dirección científica de la investigación y responsable por parte de la UAB. En aquel momento directora (fundadora) del GRAFO y catedrática del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB (en la actualidad, jubilada).
- Lucía Sanjuán Núñez: Coordinadora y responsable de Antropología de la Salud y de formación del personal sanitario. Responsable de la etnografía en los centros sanitarios considerados. Licenciada en Medicina y Diploma y Máster en Antropología. Miembro investigador del GRAFO.
- Dra. Aurora González Echevarría: Responsable de los aspectos relacionados con los métodos científico e interpretativo, la Antropología del Parentesco y cultura procreativa. En la actualidad, directora (y fundadora) del GRAFO y catedrática del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB.
- Irina Casado i Aijón: Responsable de la etnografía de los inmigrantes de origen marroquí (*imazighen* y árabes). Licenciada y Máster en Antropología. Miembro investigador del GRAFO.

- Óscar López Catalán: Responsable, junto con Meritxell Sáez, de la etnografía de los inmigrantes rrom rumanos. Licenciado en Psicología y Antropología. Master en Antropología. Miembro investigador del GRAFO.
- Meritxell Sáez i Sellarés: Responsable, junto con Óscar López, de la etnografía de los inmigrantes rrom rumanos. Diplomada en Educación Social y Licenciada y Máster en Antropología. Miembro investigador del GRAFO.
- Míriam Torrens i Arnal: Responsable de la etnografía de los inmigrantes (no rrom) procedentes de Rumanía. Licenciada en Trabajo Social y en Antropología y Máster en Antropología. Miembro investigador del GRAFO.
- Dr. Hugo Valenzuela García: Responsable de la etnografía de inmigrantes procedentes de Paquistán. Doctor en Antropología. Miembro investigador del GRAFO.

Además de las etnografías sobre los grupos antes mencionados, también se realizaron una serie de informes externos, a cargo de:

- Dra. Virginia Fons i Renaudón: Informe sobre los inmigrantes ndowé de Guinea Ecuatorial. Doctora en Antropología y profesora titular del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB. Miembro investigador del GRAFO.
- Dra. Adriana Kaplan Marcusán: Informe sobre los inmigrantes procedentes de Senegal y Gambia. Doctora en Antropología y profesora del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB.
- Carmen Méndez López: Informe sobre gitanos autóctonos. Doctora en Antropología. Directora de la Fundació Secretariat Gitano en Catalunya. Miembro investigador del GRAFO.

Además, el proyecto contó con la colaboración de un equipo de asesoría antropológica especializada, formado por:

- Dr. Aurelio Díaz Fernández: Asesoría en cuestiones relacionadas con las técnicas de investigación. Doctor en Antropología y profesor titular del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB. Miembro fundador del GRAFO.
- Dr. José Luis Molina González: Asesoría en cuestiones relacionadas con la construcción y análisis de redes sociales. Doctor en Antropología y profesor titular del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB. Miembro investigador del GRAFO.
- Dr. Jordi Grau Rebollo: Asesoría para la elaboración de materiales audiovisuales. Doctor en Antropología y profesor titular del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la UAB. Miembro investigador del GRAFO.
- La totalidad de los miembros investigadores del GRAFO, además de los participantes ya mencionados, llevaron a cabo un seguimiento crítico y colaborador en la investigación.

En lo que se refiere al ámbito espacial de la investigación⁷⁷, estuvo constituido por algunos de los barrios incluidos al Pla de Salut als Barris del Departament de Salut de la

⁷⁷ Reproduzco, a continuación, a grandes rasgos, lo que se recogía en el documento de diseño de la investigación elaborado por la Dra. Teresa San Román, de quien he obtenido el correspondiente permiso para hacerlo. Puede encontrarse una descripción más detallada de estas y otras cuestiones relativas al diseño de la investigación en el ya mencionado informe de T. San Román (2009).

Generalitat de Catalunya, seleccionados en función de las exigencias etnográficas de los colectivos y de la especialización y experiencia de los etnógrafos. Además de estos barrios, se seleccionaron otros no directamente implicados en el citado Pla de Salut, pero que se escogieron en función de criterios de interés para el estudio, atendiendo a cuestiones como el volumen de población y su heterogeneidad interna. Finalmente, el equipo trabajó en quince barrios, once de ellos de manera permanente.

Las poblaciones seleccionadas para el conjunto de la investigación fueron las inmigradas de origen marroquí, pakistaní y rumano (tanto *rrom* como población no gitana). Además, se solicitaron informes externos respecto a grupos subsaharianos de Senegal, Gambia y Guinea Ecuatorial y, también, de poblaciones no inmigradas: gitanos catalanes y gitanos originariamente procedentes de otras zonas de España. Ninguna de estas poblaciones puede definirse íntegramente como población marginal o en situación precaria económica y socialmente, contando con una amplia diversidad en cuanto a su integración social y cívica y estatus socioeconómico, pero dado que la investigación trató de incidir en las problemáticas de salud más acusadas, la selección de la población estuvo acotada, de manera preferente, a aquellos segmentos en situación o riesgo de marginación social.

En lo que se refiere a los objetivos generales de la investigación, ésta pretendía conocer los factores de tipo social, económico, político y cultural que intervienen en la situación de salud y en la capacidad de acceso y manejo dentro de los servicios sanitarios públicos catalanes de las poblaciones seleccionadas, las características de la comunicación entre los usuarios y los profesionales que los atienden, y las posibilidades del sistema sanitario de ofrecer una atención de calidad y en condiciones de igualdad a estas personas.

Los objetivos específicos del proyecto fueron, principalmente:

- Conocer los aspectos culturales fundamentales que subyacen a las representaciones, valoraciones y comportamientos relacionados con la salud y el uso del sistema sanitario.
- Conocer las situaciones económicas, sociales, políticas y culturales fundamentales relacionadas con el proceso migratorio que tienen una incidencia en la salud de las poblaciones y en sus posibilidades y patrón de uso del sistema sanitario.
- Conocer las características de la atención que ofrece el sistema sanitario público catalán a las poblaciones seleccionadas, atendiendo especialmente a la perspectiva de los profesionales que trabajan en él.
- Realizar actividades de formación para personal sanitario en cuestiones relacionadas con la comprensión y comunicación intercultural, el manejo de técnicas de toma de datos y análisis cualitativo y conocimientos básicos sobre las condiciones y procesos socio-económico-culturales relacionados con la salud de estas poblaciones.
- Ofrecer a la Administración recomendaciones para las líneas de actuación en el ámbito de la salud respecto a los usuarios marginados o en riesgo de marginación y culturalmente diversos.

1.2. Metodología de la investigación

La metodología general de la investigación se centró en el trabajo de campo etnográfico con los diferentes colectivos de usuarios y también con los profesionales sanitarios. El objetivo de la etnografía fue producir informes rigurosos sobre el conjunto de poblaciones seleccionadas y sobre el personal sanitario que las atiende, en relación con las cuestiones de interés para el estudio.

Los objetivos de la investigación implicaban también la necesidad de prestar atención no sólo a las poblaciones seleccionadas y los profesionales de la salud sino también a otras esferas relacionadas como el propio sistema sanitario, administraciones y organizaciones de varios tipos además de, obviamente, la sociedad mayoritaria.

Todo ello implicaba un diseño emergente de la investigación, basado fundamentalmente en el trabajo de campo etnográfico de observación y participación, con las personas de cada uno de los colectivos, que se complementó con entrevistas tanto abiertas como semipautadas, a expertos y a miembros de las poblaciones, y con la construcción de itinerarios terapéuticos (para lo que los etnógrafos del equipo realizaron acompañamientos y observación participante en los centros sanitarios correspondientes).

Se trató, por lo tanto, de un planteamiento metodológico fundamentalmente cualitativo pero que reconocía y utilizaba el análisis cuantitativo.

Además de lo anterior, el equipo desarrolló también actividades de formación y reflexión conjunta con los profesionales sanitarios. En el marco de tareas el equipo trabajó también en una serie de cuestiones complementarias, la más destacada, la elaboración de un material multimedia orientado a la formación del personal sanitario, del que hablaré más adelante.

En lo que se refiere al trabajo de campo en centros y con profesionales sanitarios⁷⁸, parte de la investigación de la que fui responsable, como ya indiqué más arriba, desde los primeros meses de inicio formal de la investigación, en 2006, comencé contactos con muy diversos centros sanitarios situados en los barrios en los cuales se realizaba el trabajo etnográfico con las poblaciones de interés para la investigación para, después, seleccionar un pequeño número de centros en los que empezar la etnografía intensiva.

Los criterios de selección fueron, principalmente, tres: primero, que se tratara de centros de atención primaria o especializada situados en los barrios seleccionados para la investigación en su conjunto, en los cuales el resto de etnógrafos del equipo estaban realizando su trabajo con las diferentes poblaciones; segundo, centros y momentos en los cuales se diera la posibilidad de colaboración con estos etnógrafos (que, entre otras tareas, realizaban acompañamientos a los centros a las personas con las que trabajaban), de forma que se facilitara la constante transmisión –en ambas direcciones– de las informaciones pertinentes, enriqueciendo así la toma de datos y la comprensión de significados elaborados por los distintos perfiles de sujetos y situaciones a las que se referían; y tercero, la disponibilidad e interés de los profesionales que trabajaban en los centros y que los gestionaban.

⁷⁸ El lector encontrará una descripción más detallada en el Capítulo 4 del texto. Aquí ofrezco tan sólo un resumen, para evitar repeticiones innecesarias.

2. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y REFLEXIÓN CONJUNTA

Como hemos visto, dentro de los objetivos del proyecto se encontraba la realización de actividades de formación para personal sanitario. En concreto, con la participación de todo el equipo de investigación, se llevaron a cabo varios tipos de actividades:

2.1. Cursos

Se trató de cursos de unas 20 horas de duración en los que se abordaban aspectos generales sobre salud, la diversidad cultural y la desigualdad social, cuestiones relacionadas con los métodos y técnicas de investigación propios de la Antropología y, más concretamente, contenidos relacionados con la salud propios para cada uno de los colectivos con los que se trabajó durante la investigación.

Realizamos cuatro cursos diferentes:

- *Aprofundiment en l'atenció a la salut en contextos interculturals*: Curso dirigido en exclusiva a personal del PDI (Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- *L'atenció a la salut en contextos interculturals*: De este curso, realizamos dos ediciones diferentes, para dar respuesta a la demanda de matriculación. Fueron cursos abiertos a cualquier profesional sanitario interesado, en los que se ofreció formación sobre los elementos implicados en la atención sanitaria a poblaciones vulnerables y culturalmente diversas en el sistema sanitario público catalán.

Tanto estos dos últimos cursos como el anterior (de temática muy similar) se pudieron realizar gracias a la colaboración entre el GRAFO, el IES (Institut d'Estudis de la Salut) y el PDI⁷⁹.

- *Curs de Formació Contínua Sectorial: Comunicació Intercultural (Idfo-UGT)*: Curso organizado en colaboración entre el GRAFO, el sindicato UGT y el Servei d'Atenció al Trastorn Mental a la Immigració (SATMI, Serveis de Salut Mental de Sant Joan de Déu). Como los anteriores, se trató de un curso breve (24 horas) dirigido a mostrar a los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud ciertos fundamentos en relación con la atención sanitaria, la diversidad cultural, la inmigración y la desigualdad social.

2.2. Seminarios

Una de las demandas iniciales del personal sanitario durante el trabajo de campo fue la realización de actividades de formación o de reflexión conjunta con los antropólogos referidos de manera concreta a las poblaciones que allí se atendían mayoritariamente. De acuerdo con esta petición, y con el planteamiento del proyecto respecto a la necesidad de contribuir a la construcción de ámbitos en los que se pudiera fomentar el debate interdisciplinario, se realizaron varios seminarios, concretamente en cuatro CAPs (uno de ellos concertado, todos ellos en la provincia de Barcelona) y una ABS (de forma

⁷⁹ Quiero agradecer el trabajo y la actitud receptiva y colaboradora de las responsables para estas cuestiones del IES, Dolors Muñoz, y del PDI, Tona Lizana, sin cuya colaboración e interés no hubiesen sido posible desarrollar estas actividades.

que se aglutinaba en un mismo seminario a personal de diferentes centros). Estos seminarios se realizaron en un número variable de sesiones, empezando siempre por una sesión sobre cuestiones generales en torno a la salud, la diversidad cultural y la desigualdad social. Seguía una sesión por colectivo, de acuerdo con las necesidades y peticiones de cada centro.

Habitualmente, estos seminarios se celebraban en los centros, en las salas dedicadas a la presentación de sesiones clínicas, en horario de mediodía (compatible, por lo tanto, con los turnos de trabajo por la mañana y por la tarde) y abiertos a todo el personal del centro.

Tanto los cursos como los talleres estuvieron coordinados por mí e impartidos por diferentes miembros del equipo (y yo misma), en función de su especialización para la investigación.

2.3. Talleres, jornadas y congresos

Mediante un convenio de colaboración entre la UAB (a través del GRAFO) y el IES, firmado en abril de 2009, y con la colaboración del PDI y la colaboración y financiación de la Direcció General de Salut Pública y el Ministerio de Ciencia e Innovación, se realizaron tres actividades orientadas, fundamentalmente, a la reflexión conjunta, la formación de los profesionales sanitarios y la difusión de los principales resultados de la investigación. Concretamente:

- *Primeres Jornades sobre fluxos migratoris entre països del sud-est europeu, Espanya i Catalunya*: El objetivo principal fue establecer un espacio que permitiese, por un lado, poner en común, conocer y debatir los conocimientos del equipo de investigación y otros investigadores y profesionales, y por otro, acercar los resultados de la investigación y de los conocimientos disponibles del equipo y otros investigadores a los responsables de las instituciones que planifican los servicios públicos, en el campo de la salud y a las áreas de atención y política social que se relacionan con él.
- *Curs teòric-pràctic de cures en pediatria en context intercultural. Reflexions interdisciplinars entorn de la població marroquina d'origen amazigh*: El curso tuvo como objetivo principal proporcionar a los profesionales del ámbito de la pediatría un conocimiento de las circunstancias sociales, económicas, culturales y, también, de las ligadas al propio funcionamiento de los servicios sanitarios que tienen una relación con el proceso de cuidado de los niños pertenecientes al colectivo marroquí de origen amazigh, así como mejorar su capacidad de comunicación en situaciones interculturales. Es necesario destacar que el curso contó con un grupo de madres de este colectivo que expusieron a los profesionales sanitarios cuestiones relacionadas con los procesos de cuidado de los niños propios de su tradición cultural, aspectos sobre los cuales se desarrolló un debate entre ellas y los profesionales.
- *Primera trobada interdisciplinària de professionals assistencials i grups d'investigació entorn de la salut, les desigualtats socials i la diversitat cultural*: Los objetivos de esta actividad fueron, en primer lugar, presentar los resultados de

la investigación. El segundo objetivo consistió en dar la oportunidad a otros profesionales, investigadores y grupos de investigación de presentar sus propios trabajos y debatir conjuntamente los resultados, propuestas y planteamientos. Se trató, en definitiva, de construir un espacio de divulgación científica, debate, reflexión y avance en los conocimientos e intercambio de experiencias fuera del ámbito estrictamente asistencial para los varios tipos de profesionales interesados en esta materia.

Finalmente, añadir que se aprovecharon los cursos, talleres, jornadas y seminarios realizados durante la investigación para realizar también observaciones y entrevistas espontáneas orientadas a la contrastación de las hipótesis surgidas en las etapas anteriores.

2.4. Material audiovisual orientado a la formación del personal sanitario⁸⁰

Uno de los objetivos, en cuanto a los productos finales de la investigación, fue la elaboración de un material multimedia que pudiera servir como material adicional para la formación de personal sanitario, especialmente el que trabaja en asistencia directa.

Este material, en formato CD pero accesible también en la web del GRAFO⁸¹, se elaboró gracias al trabajo conjunto de diversos miembros de la investigación, bajo mi coordinación, y a la colaboración económica del Grup d'Estudi Transcultural del Parentiu (GETP/GRAFO) dirigido por la Dra. Aurora González Echevarría e integrado en el GRAFO⁸².



⁸⁰ Casado I, Sanjuán L, Grau J., eds. (2010) *Assistència sanitària en contextos interculturals. Materials formatius per a professionals sanitaris*. [Soporte digital y CD]. Direcció General de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya, Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO) de la Universitat Autònoma de Barcelona. Accesible en: <<http://grupsderecerca.uab.cat/graf/>>. Quiero agradecer a todos los miembros del equipo investigador que participaron, en distinta medida, en la elaboración de este material que me hayan autorizado a exponerlo aquí.

⁸¹ Web del Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO): www.grafocat.cat o <http://grupsderecerca.uab.cat/graf/>.

⁸² En la primera unidad temàtica de este material se puede consultar el listado de autores.

Puede decirse que se trata de un material que nace a partir de la reflexión posterior al trabajo de campo prolongado e intensivo con profesionales sanitarios y usuarios y muy especialmente después de las primeras actividades formativas para estos profesionales realizados desde la investigación.

El material elaborado se rige por una serie de principios básicos:

- Tiene un planteamiento interdisciplinario, tanto respecto al perfil de los autores (antropólogos miembros del equipo de investigación, con formaciones complementarias diversas) como en cuanto al público al que va dirigido: principalmente profesionales sanitarios de las diferentes especialidades y disciplinas, pero también gestores sanitarios, antropólogos, trabajadores sociales, etc.
- Pretende conseguir un equilibrio razonable entre contenidos teóricos y ejemplos prácticos. El equipo de investigación cree firmemente que es posible ofrecer información teórica de calidad y, al mismo tiempo, asequible a profesionales de diferentes especialidades, y que de la calidad de esta información dependerá en buena parte la solidez de la formación que se obtendrá. Al mismo tiempo, los autores hemos tratado de no perder de vista la necesidad de aportar ejemplos prácticos, especialmente etnográficos, que permitan extrapolar estos contenidos teóricos a la realidad de la asistencia sanitaria cotidiana. Tuvimos especial interés en animar a los profesionales a adentrarse en el terreno de los miembros otras disciplinas, en la seguridad que la suya propia saldría enriquecida.
- En concordancia con todo el anterior, el objetivo fundamental de este CD es constituir un material para la formación de personal sanitario en el ámbito de la atención a la salud en contextos interculturales y, más específicamente, en cuestiones relacionadas con la diversidad cultural, la desigualdad y vulnerabilidad social, la inmigración y la comunicación entre profesionales y usuarios.

El material está dividido en unidades didácticas que tratan de forma monográfica aspectos relativos a la asistencia sanitaria en contextos interculturales. La estructura temática del material responde, por un lado, a la obvia necesidad de presentación de las investigaciones, el equipo que las desarrolló y los productos que se obtuvieron, y a la propia presentación del CD. Pero, por otra, y de manera más significativa en lo que se refiere a mi contribución a todo ello y a esta tesis, muestra la propuesta de abordaje que defendía en aquellos momentos para las cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria en contextos interculturales. Así, trata de prestar atención a todos aquellos factores que pueden estar interviniendo (socioeconómicos y culturales, pero también los ligados a la estructura y fundamentos del sistema sanitario de los cuales nos hemos dotado) y, muy especialmente, a las intersecciones entre ellos.

De manera más concreta, el CD, elaborado en catalán, se estructura alrededor de nueve unidades temáticas diferentes:

- Unitat 1: Guia d'ús.
- Unitat 2: Nocions i conceptes sobre immigració i diversitat cultural.
 - Unitat 2.1: Introducció general sobre immigració.
 - Unitat 2.2: Nocions generals sobre diversitat cultural.

- Unitat 3: Diversitat cultural, desigualtat social i salut.
- Unitat 4: Factors relacionats amb l'accés a les cures de salut.
 - Unitat 4.1: Qüestions socioeconòmiques.
 - Unitat 4.2: Qüestions culturals relacionades amb les cures de salut.
 - Unitat 4.3: Organització de l'assistència. Adaptacions i ús dels serveis.
 - Unitat 4.4: Comunicació professional-usuari.
- Unitat 5: Exemples etnogràfics.
- Unitat 6: Aspectes fonamentals per a la investigació en salut i diversitat cultural.
- Unitat 7: Bibliografia i enllaços.
- Unitat 8: Projecte Desigualtats Socioeconòmiques i Diferència Cultural en l'Àmbit de la Salut a Barris d'Actuació Prioritària de Catalunya.
 - Unitat 8.1: Fitxa tècnica del projecte.
 - Unitat 8.2: Informes tècnics resultants del projecte.
- Unitat 9: Fitxes tècniques de grups de recerca i investigadors.
 - Unitat 9.1: Grups de recerca.
 - Unitat 9.2: Investigadors vinculats a la realització del CD.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Achotegui J. (2002) *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona, Mayo.
- Achotegui J, et al. (2010) Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. *Norte de Salud Mental*, VIII, 37, 23-30.
- Achotegui J, et al. (2015) Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1100 inmigrantes atendidos en el SAPPiR en Barcelona. *Norte de Salud Mental*, XIII, 52, 70-78.
- Agència de Salut Pública de Barcelona, ed. (2008) *La salut de la població immigrant de Barcelona*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Agència de Salut Pública de Barcelona, ed. (2011) *La salut a Barcelona 2010*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Agència de Salut Pública de Barcelona, ed. (2011) *La tuberculosi a Barcelona Informe 2010. Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi de Barcelona*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Agudelo AA, et al. (2011) The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 11, 652-660.
- Álvarez C. (2001) *Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Álvarez G. (2008) Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la epidemiología sociocultural. *Región y Sociedad. Revista de El Colegio de Sonora*, XX, 2, 51-75.
- Álvarez-Dardet C, et al. (1995) *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona, SG Editores, SEE.
- Alvira F. (1983) Perspectiva cuantitativa-perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. *REIS*, 22, 53-75.
- Aranaz JM, et al. (2006) ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gaceta Sanitaria*, 20, 4, 311-315.
- Artazcoz L. (2002) Salud y género. *Documentación Social*, 127, 181-206.
- Artazcoz L, Borrell C, Benach C. (2001) Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 639-647.
- Artazcoz L, et al. (2004) Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science and Medicine*, 59, 263-274.
- 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.
- Balanzó X. (1991) Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. *Atención Primaria*, 8, 527-529.
- Benach J, Muntaner C. (2005) Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Venezuela.
- 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 depression. *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, Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill. (2006) La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 20, 5, 396-406.
- Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV., eds. (2004) La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe Sespas 2004. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 1.
- 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.
- Borrell C, et al. (2000) La medición de las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 14, supl. 3, 20-33.
- Borrell C, et al. (2001) Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health Insurance? *International Journal for Quality in Health Care*, 13, 2, 117-125.

- Borrell C, et al. (2004a) Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 2, 75-82.
- Borrell C, et al. (2004b) Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organization, households material standards and household labour? *Social Science and Medicine*, 58, 1869-1887.
- Breilh J. (2010) La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6, 1,
- Cabot A. (2006) Enfermedades reemergentes en niños de familias inmigradas. *Jano*, 1610, 33-38
- Calderón C. (2002) Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 5, 473-482.
- Carrasco-Garrido P, et al. (2007) Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal of Public Health*, 17, 5, 503-507.
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 3003, 14 de diciembre de 2007, 1-16.
- Casado I. (2009) *Representacions i pràctiques entorn de la salut entre la població marroquina de Catalunya*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado
- Casado I, Sanjuán L, Grau J., eds. (2010) *Assistència sanitària en contextos interculturals. Materials formatius per a professionals sanitaris*. [Soporte digital y CD]. Direcció General de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya, Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO) de la Universitat Autònoma de Barcelona. Accesible en: <<http://grupsderecerca.uab.cat/graf0/>>
- Centro Nacional de Epidemiología, ed. (2014) *Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2012*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III.
- Cervantes RC, Castro RG. (1985) Stress, coping and Mexican American mental health: A systematic review. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 7, 1-73.
- Clavero A, González M. (2005) Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. *Hacienda Pública Española. Revista de Economía Pública*, 2, 173, 129-162.
- 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.
- Collazos F, et al. (2014) Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 6, 755-761.
- Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, ed. (2010) *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2012) Propuesta de políticas e intervencions para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26, 2, 182-189.
- Committee for Development Policy, ed. (2015) *Criteria for Identification and Graduation of LDCs*. [En línea] página web <<http://unohrlls.org/about-ldcs/criteria-for-ldcs/>>. [Consulta, 12 de febrero de 2015]
- Comunidad Europea, ed. (1957) *Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea*. Roma, Comunidad Europea.
- Conde F, Pérez C. (1995) La investigación cualitativa en salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 69, 2, 145-149.
- 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.
- Consejo de Europa, ed. (2008) Pacto Europeo sobre Inmigración y Asilo. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 80, 295-303.
- Boletín Oficial del Estado, ed. (2003) *Constitución Española*. 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.
- Cots F, et al. (2007) Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*, 7, 1-8.
- De Almeida-Filho N. (1992) *Epidemiología sin números*. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- De Almeida-Filho N. (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires, Lugar.
- 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 juliol de 2001, 11114-11116.
- Decret 306/2006, de 20 de juliol, pel qual es dóna publicitat a la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de Reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 4680, 20 de juliol de 2006, 31875-31936.
- Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per a la Immigració, ed. (2007) *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- 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. (2007) *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*. 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.
- Díez AV. (2008) La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología. *Región y Sociedad. Revista de El Colegio de Sonora*, XX, 2, 77-91.
- DiGiacomo SM. (1999) Can there be a 'Cultural Epidemiology'? *Medical Anthropology Quarterly*, 13, 4, 436-457.
- Diputació de Barcelona, ed. (1997) *El sistema sanitario: Fuente de salud. Cuaderno sobre el sistema sanitario para inmigrantes extranjeros*. Barcelona, Diputació de Barcelona.
- Direcció General de Salut Pública, ed. (2011) *Indicadors de salut maternoinfantil. Catalunya 2010*. Barcelona, Departament de Salut.
- 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. (2006) *Recomanacions per a l'atenció primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris*. Barcelona, Institut Català de la Salut.
- Domingo A, Marcos J. (1989) Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria*, 3, 10, 320-326.
- Domingo-Salvany A, et al. (2013) Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria*, 27, 3, 263-272.
- Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions, ed. (2006) *Estatut d'autonomia de Catalunya*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, Quaderns de legislació, 1.
- Evans-Pritchard EE. (1997 [1937]) *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona, Anagrama.
- 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.
- Font-Rivera L, et al. (2014) El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gaceta Sanitaria*, 28, 4, 316-325.
- Gailly A. (2010) La atención sensible a la cultura. En: Comelles JM, et al., comps. (2010) *Migraciones y salud*. Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 17-54.
- 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 S, Argüello HE. (2013) Historias padecidas. Narrativa y antropología médica. En: Romaní O., ed. (2013) *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación*

- en salud: un debate abierto*. Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 161-188.
- García-Altés A, et al. (2008) Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. *Cuadernos Económicos del ICE*, 75, 115-128.
 - García-Campayo J, Sanz C. (2002) Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118, 5, 187-191.
 - Generalitat de Catalunya, ed. (2007) *Guia d'acollida a població immigrant*. [En línea] página web <http://www.gencat.net/benestar/immigracio/web_ac/>. [Consulta, 5 de septiembre de 2009].
 - González-Echevarría A. (en prensa) Procedimientos de comparación transcultural: la comparación sucesiva. *Grafo Wolrking Papers*, 5, 95-124.
 - Goodwin R, et al. (2001) Prescription of psychotropic medications to youths in office-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 8, 67-72.
 - Guix J. (2013) Técnicas cualitativas y epidemiología. En: Romaní O., ed. (2013) *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 65-75.
 - Guerrero A, Colomina J. (2004) Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 5, 565-570.
 - Hammersley M, Atkinson P. (2008 [1983]) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Paidós.
 - Hansen ND, Pepitone-Arreola-Rockwell F, Greene AF. (2000) Multicultural competence: criteria and case examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 6, 652-660.
 - Haro JA. (2010) Presentación. Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural. En: Haro JA., org. (2010) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 9-32.
 - Haro JA., org. (2010) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
 - Haro JA. (2013) El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación. En: Romaní O., ed. (2013) *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 21-42.
 - Hersch P, Haro JA. (2007) ¿Epidemiología sociocultural o Antropología médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar. En: Red de Antropología Médica (REDAM), ed. (2007) *III Coloquio de REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*. Tarragona, junio de 2007. Ponencia de clausura, no publicada, 16 páginas. Disponible en: <<http://www.colson.edu.mx:8080/portales/portales218/epidemiologia%20sociocultural.pdf>>. [Consulta, 20 de junio de 2015]
 - 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.
 - Inhorn MC. (1995) Medical Anthropology and Epidemiology: divergences or convergences? *Social Science and Medicine*, 40, 3, 285-290.
 - Instituto de Salud Carlos II, ed. (2015) *Enfermedades de declaración obligatoria. Datos anuales*. [En línea] página web <<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd->

- vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-informes-anuales.shtml>. [Consulta, 20 de enero de 2015]
- Instituto Nacional de Estadística, INE, ed. (2015) *Revisión del Padrón municipal 2010. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia*. [En línea] página web <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp04%2F%2Fa2010>>. [Consulta, 20 de enero de 2015].
 - 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.
 - Jarrín A, Rodríguez D, de Lucas J. (2012) Los Centros de Internamiento de Extranjeros en España: Origen, funcionamiento e implicaciones jurídico-sociales. *Documentos CIDOB Migraciones*, 26.
 - Jociles MI. (1999) Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico. *Gazeta de Antropología*, 15, 1-25.
 - 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.
 - Laparra M., coord. (2011) *Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a hogares de población gitana 2007*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
 - 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 11/1995, de 29 de septiembre, de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña. *Boletín Oficial del Estado*, 5, 5 de enero de 1995, 271-275.

- 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.
- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. *Boletín Oficial del Estado*, 172, 20 de julio de 2006, 27269-27310.
- Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre de 2009, 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*, 299, 12 de diciembre de 2009, 104986-105031.
- 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.
- Llei 21/2010, del 7 de juliol, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 5672, de 16 de juliol de 2010, 54803-54807.
- Llosada J, et al. (2012) Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atención primaria*, 44, 4, 82-88.

- López O, Sáez M. (2009) *La població rrom immigrant de Romania a Catalunya: accés i ús dels serveis sanitaris catalans i situació de salut*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.
- Lynch JW. (2000) Income inequality and health: expanding the debate. *Social Science and Medicine*, 51, 7, 1001-1005.
- Mallart L. (2009) Esdevenir antropològic. [En línea] *Revista Perifèria*, 11, diciembre. Página web de la revista <www.periferia.name> [Consulta, 20 de septiembre de 2015].
- Malmusi D. (2012) *Determinants of social inequalities in self-rated Health: analysis at the intersection of gender, class and migration type*. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Tesis de doctorado, no publicada.
- Malmusi 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. (1996) Antropología de la salud. Una aproximación genealógica. En: Martínez A, Prat J. (1996) *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona, Ariel, 369-381.
- Martínez A. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, Anthropos.
- 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.
- Médicos sin Fronteras-España, ed. (2010) *Violencia sexual y migración. La realidad oculta de las mujeres subsaharianas atrapadas en Marruecos de camino a España*. 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.
- Méndez C. (2009) *Gitanes, gitanos i salut*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.
- Menéndez EL. (1984) Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una Antropología médica crítica. *Nueva Antropología*, 23, 71-102.
- Menéndez EL. (1988) Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural. En: Menéndez EL. (1998) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, CIESAS, 25-49.
- Menéndez EL. (1998) Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI, 46, 37-67.
- Menéndez EL. (2001) De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, XXII, 88, 119-163.

- Menéndez, EL. (2005) Antropología social como práctica y como representación. *Alteridades*, 15, 29, 65-80.
- Menéndez EL. (2008) Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad. Revista de El Colegio de Sonora*, XX, 2, 5-50.
- Menéndez EL. (2010) Modelos, experiencias y otras desventuras. En: Haro JA., org. (2010) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 33-66.
- Meñaca A. (2010) Mientras tanto en Ecuador... El contexto de origen en el estudio de salud y migraciones. En: Comelles JM, et al., comps. (2010) *Migraciones y salud*. Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 284-299.
- Minayo MCS, et al. (2003) Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 81, 97-107.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, ed. (1999) *Promoción de la Salud. Glosario*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mota P. (2007) *Migracions i salut: interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Geografia. Tesis de doctorado, no publicada.
- 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, eds. (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.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, ed. (2010) *Central de Resultats. Segon informe. Desembre de 2010*. [En línea] página web <http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/fitxers_estatics/central_resultats_segoinforme_2010.pdf>. [Consulta, 21 de enero de 2015]
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, eds. (2012) *Informe de Salut de Catalunya 2011*. Barcelona, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- Observatorio de Desigualdades en Salud, ed. [En línea] página web <<http://www.ods-ciberesp.org/>> [Consulta, 20 de enero de 2015]
- Observatorio de la Realidad Social Cáritas española, ed. (2011) *La situación social de los inmigrantes acompañados por Cáritas. Informe del año 2010*. Madrid, Cáritas Española.
- Ochoa E, Vicente N, Lozano M. (2005) Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española*, 205, 3, 116-118.
- 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 Internacional para las Migraciones, ed. (2006) *Glosario sobre migración*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones.

- 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. (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.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (2010) *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra, OMS.
- Ortega J, et al. (2010) Género, generaciones y transacciones: ejes desde la epidemiología sociocultural. En: Haro JA., org. (2010) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 209-239.
- Paim JS, De Almeida-Filho N. (1998) Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32, 4, 299-316.
- 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.
- Pertíñez J. (2010) La enfermedad de la doctora Pertíñez. En: Comelles JM, et al., comps. (2010) *Migraciones y salud*. Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 8-15.
- Pineault R, Daveluy C. (1987) *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona, Masson.
- Porthé V, et al. (2009) La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España en relación con la salud. *Gaceta Sanitaria*, 23, supl. 1, 107-114.
- Puig C, et al. (2008) Ingreso hospitalario de los recién nacidos según el origen étnico y el país de procedencia de los progenitores en un área urbana de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 22, 6, 555-564.

- Qureshi A, et al. (2013) Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: a controlled study. *General Hospital Psychiatry*, 35, 93-99.
- Rajmil L, et al. (2000) The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Archives of Disease in Childhood*, 83, 211-214.
- Ramírez S. (2013) Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. En: Romaní O. (2013) Presentación. En: Romaní O., ed. (2013) *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 43-63.
- Ramos JM, et al. (2011) Enfermedades importadas y no importadas en la población inmigrante. Una década de experiencia desde una unidad de enfermedades infecciosas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29, 3, 185-192.
- 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. (2005) *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 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.
- Real Decreto Ley 16/2012, del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 98, 24 de abril de 2012, 31278-31312.
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 186, 4 de agosto de 2012, 55775-55786.
- 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. (2006) Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 20, 5, 352-259.

- Regidor E, et al. (2009) La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 23, supl. 1, 4-11.
- 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 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.
- Resolución de 17 de noviembre 2005, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución 25 de octubre de 2005 del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General para la Administración Local, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre la revisión anual del Padrón municipal y sobre el procedimiento de obtención de la propuesta de cifras oficiales de población. *Boletín Oficial del Estado*, 280, 23 de noviembre de 2005, 38345-38350.
- Revollo HW, et al. (2011) Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the Latin American immigrant population. *International Review of Psychiatry*, 23, 1, 84-92.
- Rivas FP, et al. (2000) Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114, 7, 245-249.
- Rodríguez M, Stoyanova A. (2004) La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl.1, 102-111.
- 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. (2003) Desigualtats de gènere en la salut. En: Borrell C, Benach J., coords. (2003) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Mediterrània, 179-216.
- Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. (2000) Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14, supl. 3, 60-71.
- Romaní O. (2010) La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias. En: Haro JA., org. (2010) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 89-113.

- Romaní O. (2013) Presentación. En: Romaní O., ed. (2013) *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 7-17.
- Rodríguez E, et al. (2008) Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 2, 209-220.
- 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.
- Salas M, Torre MP, Pérez SE. (2010) Hacia una propuesta de epidemiología sociocultural de la alimentación infantil. En: Haro JA., org. (2010) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 349-370.
- 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. (2000) El mundo que compartimos, nuevas alternativas. *Revista de Antropología Social*, 9, 193-197.
- 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.
- San Román T. (2006) ¿Acaso es evitable? El impacto de la Antropología en las relaciones e imágenes sociales. *Revista de Antropología Social*, 15, 373-410.
- San Román T. (2009) Sobre la investigación etnográfica. *Revista de Antropología Social*, 18, 235-260.
- San Román T. (2009) *Informe socioetnográfico final del proyecto Desigualtats socio-econòmiques i diferència cultural en l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.
- 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. (2007) *Anuario estadístico de inmigración. 2006*. [En línea] página web <<http://extranjeros.mtas.es>>. [Consulta, 1 de octubre de 2007].
- Secretaría General de Inmigración y Emigración, ed. (2015) *Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2010*. [En línea] página web <<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/certificado/201012/detalle/index.html>>. [Consulta, 20 de enero de 2015].
- Segura del Pozo J. (2006) Epidemiología de campo y epidemiología social. *Gaceta Sanitaria*, 20, 2, 153-158.

- Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya, ed. (2007) *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Shweder RA, LeVine RA., eds. (1984) *Culture theory. Essays on mind, self and emotion*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Soler-González J, et al. (2008) Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Atención Primaria*, 40, 5, 225-233.
- 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.
- Taylor SJ, Bogdan R. (1987 [1984]) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós.
- Tizón JL. (1989) Migraciones y salud mental. *Gaceta Sanitaria*, 3, 527-529.
- Torrens M. (2009) *Romanesos i salut als barris de Catalunya*. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.
- Torres AM, Sanz B. (2000) Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 478-479.
- Unión Europea, UE, ed. (1992) *Tratado de la Unión Europea*. Maastrich, UE.
- Valenzuela H. (2009) *Informe sobre població pakistanesa* corresponent a la investigació Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya. Informe técnico al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, no publicado.
- Vall O, García-Algar O. (2004) Inmigración y salud. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 60, 1, 1-2.
- Vall·llosera L, Saurina C, Saez M. (2009) Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la Región Sanitaria Girona. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 2, 291-307
- Vázquez ML., coord. (2006) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Bellaterra, Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- 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.
- Versión consolidada del Tratado de la Unión Europea. *Boletín Oficial de la Unión Europea*, 326, 26 de octubre de 2012, 1-390.

BIBLIOGRAFÍA REFERIDA⁸³

- Abramson H, et al. (1982) Indicators of social class. A comparative appraisal of measures for use in epidemiological studies. *Social Science and Medicine*, 16, 1739-1746.
- Achotegui J. (2000) Migración y psicopatología desde la perspectiva de la Atención Primaria. *El Médico*, 818, 54-65.
- Achotegui J. (2002) *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona, Mayo.
- Acton I. (1982) Noise and occupational deafness. En: *Approachs to occupational Health-2*. Bristol, Wright & Sons Ltd. (sic)
- Acker J. (1973) Women and social stratification: a case of intellectual sexism. *American Journal of Sociology*, 78, 936-945.
- Acosta A, López Olivares S, Villamar D. (2004) Ecuador: oportunidades y amenazas económicas de la emigración. En: Hidalgo F., ed. (2004) *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*. Quito, Abya Yala. [La autora que cita el texto no indica las páginas a las que se refiere].
- Aerny N, et al. (2010) La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 24, 2, 136-144.
- Agar M. (1992 [1982]) Hacia un lenguaje etnográfico. En: Reynoso C., comp. (1992 [1982]) *El surgimiento de la Antropología postmoderna*. Barcelona, Gedisa, 117-137.
- Agar M. (2002) How the frug fiels turned my beard grey. *The International Journal of Drug Policy*, 13, 4, 249-258.
- Alegría M, et al. (2007) Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health*, 97, 68-75.
- Alonso J, Antó JM. (1988) Desigualdades en salud en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 2, 4-12.
- American Psychiatric Association, APA, ed. (1994) *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, APA.
- American Psychological Association (1992) Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Amick III B, et al., eds. (1995) *Society and Health*. Nueva York, Oxford University Press.
- Anibarro L, et al. (2010) Treatment completion in latent tuberculosis infection at specialist tuberculosis units in Spain. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 14, 701-707.
- Arber S, Khlat M. (2002) Introduction to social and economical patterning of women's health in a changing world. *Social Science and Medicine*, 54, 643-647.

⁸³ En este apartado recojo las referencias bibliográficas mencionadas por autores que se citan en el texto (que, a su vez, aparecen referenciados en la Bibliografía Citada) pero que no he utilizado en su elaboración. Aclarar que estas referencias se incluyen aquí tan solo cuando el autor citado las proporciona y con los datos con los que lo hace. El lector notará que algunas de estas referencias aparecen también en la Bibliografía Citada: el motivo es que se trata de fuentes que he utilizado para este texto y que, también, se mencionan en alguna de las citas literales que reproduzco. Me ha parecido adecuado duplicar la referencia para que el lector localizara las fuentes de manera más cómoda.

- Arbona C, et al. (2010) Acculturative stress among documented and undocumented Latino immigrants in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 32, 362-384.
- Armstrong D. (1990) Use of genealogical method in the exploration of chronic illness: a research note. *Social Science and Medicine*, 30, 11, 1225-1228.
- Arnáez J, et al. (2010) Imported malaria in children: a comparative study between recent immigrants and immigrant travelers (VFRs). *Journal of Travel Medicine*, 17, 221-227.
- Arribalaga J. (2000) Cultura e historia de la enfermedad. En: Perdiguero E, Comelles JM., eds. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, 71-81.
- Artazcoz L. (2002) Salud y género. *Documentación Social*, 127, 181-206.
- Ayres JR. (2005) *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires, Lugar.
- Bachelard G. (2003) *La formación del espíritu científico*. Madrid, Siglo XXI.
- Balanzó X, Bada JL, González CA. (1984) La atención sanitaria en la población africana residente en la comarca del Maresme (Barcelona). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 58, 769-778.
- Balarajan R, Soni V, Yuen P. (1991) Hospital care among ethnic minorities in Britain. *Health Trends*, 23, 90-93.
- Battistella G. (1997) *Reintegration of migrants: issues from the Philippine experience*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional Migration at Century's End. IUSSP, Barcelona. [La autora que cita este texto no ofrece más datos para su localización]
- Baker D, et al. (2001) Lack of health insurance and decline in overall health in late middle age. *New England Journal of Medicine*, 345, 1106-1112.
- Barreto M. (1998) Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1, 2, 104-130.
- Bastide R. (1967) *Sociología de las enfermedades mentales*. México, Siglo XXI.
- Baum F. (1997) Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. *Revisiones en Salud Pública*, 5, 175-193.
- Baxter J. (1994) Is husband class enough? Class locations and class identity in the United States, Sweden, Norway and Australia. *American Sociological Review*, 59, 220-235.
- Becker H., comp. (1964) *The other side. Perspectives on deviance*. Nueva York, MacMillan.
- Beckfield J, Krieger N. (2009) Epi + demos + cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequalities – evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic Reviews*, 31, 152-177.
- Beltrán M. (1986) Cuestiones previas acerca de la ciencia de la realidad social. En: García F, Ibáñez J, Alvira F., eds. (1986) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid, Alianza, 17-29.
- Benach J. (1997) La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11, 255-257.
- 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. (2003a) The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain. *Preventive Medicine*, 36, 3, 300-308.
- Benach J, et al. (2003b) Examining geographic patterns of mortality. The Atlas of Spai mortality in small areas (1987-1995). *European Journal of Public Health*, 13, 115-123.
- Benedixen & Associates (2003) *Receptores de remesas en Ecuador. Una investigación de mercado*. Quito, Fondo Multilateral de Inversiones, Banco Interamericano de Desarrollo, Pew Hispanic Center.
- Bentley M, et al. (1988) Rapid ethnographic assessment: applications in diarrhea management program. *Social Science and Medicine*, 27, 1, 107-116.
- Benzeval M, Judge K, Whitehead M. (1995) *Tackling inequalities in health. An agenda for action*. Londres, King's Foundation.
- Berk ML, et al. (2000) Health care use among undocumented Latino immigrants. Is free health care the main reason why Latinos come to the United States? A unique look at the facts. *Health Affairs*, 19, 51-64.
- Berkman LF, Kawachi I. (2000) *Social Epidemiology*. Nueva York, Oxford University Press.
- Bernard HR. (1988) *Research methods in Cultural Anthropology*. Newbury Park, Sage.
- Berry J. (2001) Conceptual approaches to acculturation. En: Chun KM, Balls P, Marín G., eds. (2001) *Acculturation: advances in theory, measurement and applied research*. Washington DC, American Psychological Association, 17-38.
- Bhui K, et al. (2005) Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC study of ethnic minority groups in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*, 95, 496-501.
- Bibeau G, Corin E. (1994) Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. En: Charest P, Trudel F, Breton Y., dirs. (1994) *Marc-Adelard Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise*. Quebec, Presses de l'Université de Laval, 105-148.
- Blakely TA, Woodward JA. (2000) Ecological effects in multi-level studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 367-374.
- Boekstijn C. (1998) Intercultural migration and the development of personal identity: the dilemma between identity maintenance and cultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, 12, 83-105.
- Borrell C, Pasarín I, Plasència A. (1995) Enquesta de Salut de Barcelona 1992-93. En: *Estadístiques de Salut*, 23. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
- Borrell C, et al. (1999) Social inequalities in perceived health and utilization of health services in a South European urban area. *International Journal of Health Services*. 29, 743-764.
- Borrell C, et al. (2001) Social class and inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *International Journal for Quality in Health Care*, 13, 2, 117-125.
- Borrell C, et al. (2004a) Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 2, 75-82.

- Borrell C, et al. (2004b) Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organization, households material standards and household labour? *Social Science and Medicine*, 58, 1869-1887.
- Breilh J. (1979) *Epidemiología: economía, medicina y política*. Quito, Universidad Central de Ecuador.
- Breilh J. (2002) *Epidemiología crítica: hacia un paradigma emancipador e intercultural de la ciencia y el conocimiento*. Buenos Aires, Lugar.
- Brenes-Camacho G. (2011) Favourable changes in economic well-being and self-rated health among the elderly. *Social Science and Medicine*, 72, 1228-1235.
- Breslau J, Chang D. (2006) Psychiatric disorders among foreign-born and US-born Asian-Americans in a US national survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 943-950.
- Britton A, et al. (2004) Does access to cardiac investigation and treatment contribute to social and ethnic differences in coronary heart disease? Whitehall II prospective cohort study? *British Medical Journal*, 329, 18-323.
- Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. (1996) *Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. Ginebra, OMS, European Series nº 58.
- Buck C, et al. (1988) *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, número 505.
- Bury M. (2001) Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, 23, 263-285.
- Byrne BM, et al. (2009) A critical analysis of cross-cultural research and testing practices: implications for improved education and training in psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 2, 94-105.
- Cacciani L, et al. (2006) Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerging Themes in Epidemiology*, 3, 4.
- Caplan S. (2007) Latinos, acculturation, and acculturative stress: a dimensional concept analysis. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 8, 93-106.
- Carballo M, Divino J, Zeric D. (1999) Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3, 936-944.
- 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.
- Caro-Murillo AM, et al. (2009) HIV infection in immigrants in Spain: epidemiological characteristics and clinical presentation in the CoRIS Cohort (2004-2006). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 27, 380-388.
- 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.
- Cassel JC. (1976) The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Castiel LD. (2006) EsTeRISCO. Estudos sobre tecnobiociências e risco na sociedade contemporânea. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

- Fundação Oswaldo Cruz [En línea] página web
<http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/> [Citado, 10 de enero de 2006].
- Castro A, Farmer P. (2003) El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 29-47.
 - Caudill W. (1953) Applied anthropology in medicine. En: Kroeber A., ed. (1953) *Anthropology today*. Chicago, Chicago University Press.
 - CEAS (1990) *El deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*. Quito, Corporación Editora Nacional y Asesoría en Salud (CEAS).
 - Center for Disease Control and Prevention, CDC, ed. (2001) *Reported tuberculosis in the United States*. Atlanta, CDC.
 - Centro de Investigaciones CIUDAD (2001) *El proceso migratorio de ecuatorianos a España. Quito, Proyecto 'Migración, Comunicación y Desarrollo'*. Quito, ILDIS-FEPP-ALER-Cáritas España-Intermón Oxfam.
 - Cheng A, Chang JC. (1999) Mental health aspects of culture and migration. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 217-222.
 - Chrisman N, Marezki T. (1982) *Clinical applied anthropology*. Dordrecht, Reidel.
 - 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.
 - Colectivo IOE (2004) Las estadísticas sobre la inmigración: información limitada. *Índice, Revista de Estadística y Sociedad*, 3, 10-11.
 - Collazos F, et al. (2008) Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29, 307-315.
 - Comisión Europea, ed. (2004) *Surveillance of tuberculosis in Europe-EuroTB. Reporto n tuberculosis cases notified in 2001*. [En línea] página web <http://www.eurotb.org> [Citado, 12 de agosto de 2004]
 - Conde F, Pérez C. (1995) La investigación cualitativa en salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 69, 2, 145-149.
 - Conrad P. (1990) Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. *Social Science and Medicine*, 30, 11, 1257-1263.
 - Consejería de Sanidad y Consumo, ed. (2006) Documentos de trabajo para la elaboración del Libro Blanco de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid. [En línea] página web <http://www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/marcos/fflibro.htm> [Citado, 10 de enero de 2006]
 - Cortés B. (1997) Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, XVI, 53, 89-115.
 - Cots F, et al. (2002) Perfil de la casuística hospitalaria de los población inmigrante de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16, 5, 376-384.
 - Cots F, et al. (2007) Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*, 7, 1-8.
 - Crompton R. (1989) Class theory and gender. *British Journal of Sociology*, 40, 565-587.
 - Crompton R. (1993) *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid, Tecnos.
 - Dahlgren G, Whitehead M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen. Estocolmo, Institute of Futures Studies.

- Dahlgren G, Whitehead M. (1992) *Policies and strategies to promote equity and health*. Copenhagen. WHO, Regional Office for Europe.
- Davey-Smith G, Shipley MJ, Rose G. (1990) Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44, 265-270.
- Davey-Smith G, et al. (2002) Health inequalities in Britain: continuing increases up to the end of the century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 434-435.
- Dawson BA. (2009) Discrimination, stress, and acculturation among Dominican immigrant women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 31, 96-111.
- De Almeida-Filho N. (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires, Lugar.
- Del Amo J, et al. (2011) Mental health in Ecuatorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender roles. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 11, 1143-1152.
- Deslandes SF, Assis SG. (2002) Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. En: Minayo MCS, Deslandes SF., eds. (2002) *Río de Janeiro, Fiocruz*, 195-226.
- Devereux G. (1937) Institutionalized homosexuality of the Mohave Indians. *Human Biology*, 9, 498-527.
- Díaz H, et al. (2003) Atención a la salud mental a inmigrantes en el Centro de Salud Mental de Torrejón. *Formación Médica Continuada*, 11, 4, 216-222.
- Díez AV. (1998) Bringing context back into Epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 88, 2, 216-222.
- Díez AV. (2000) Multilevel analysis in Public Health research. *Annual Review of Public Health*, 21, 171-192.
- Díez AV. (2004) The study of group-level factors in Epidemiology: rethinking variables, study designs, and analytical approaches. *Epidemiologic Review*, 26, 104-111.
- Díez AV, Schwartz S, Susser E. (2002) Ecological studies and ecologic variables in Public Health research. En: Detels R, et al., eds. (2002) *The Oxford textbook of Public Health*. Londres, Oxford University Press, 493-508.
- Díez E, Peiró R. (2004) Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV., eds. (2004) *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe Sespas 2004. Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 1, 158-67.
- DiGiacomo SM. (1999) Can there be a “Cultural Epidemiology”? *Medical Anthropology Quarterly*, 13, 4, 436-457.
- Donnangelo MC. (1975) *Medicina e sociedade: o medico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Livraria Pioneira.
- Douglas J., ed. (1970) *Deviance and respectability. The social construction of moral meanings*. Nueva York, Basic Books.
- Dunn F, Janes J. (1986) Introduction: Medical anthropology and epidemiology. En: Janes C, Stall R, Gifford S., eds. (1986) *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht, Reidel, 3-34.
- Dunn JR, Dyck I. (2000) Social determinants of health in Canada’s immigrant population: results from national population health survey. *Social Science and Medicine*, 51, 1573-1593.

- Durkheim E. (1974 [1897]) *El suicidio*. México, UNAM.
- Echeverría J. (2003) Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 58, 519-522.
- Elola J, Daponte A, Navarro V. (1995) Health indicators and the organization of health care systems in western Europe. *American Journal of Public Health*, 85, 1397-1401.
- Elwood JM. (1989) *Causal relationships in medicine: a practical system for critical appraisal*. Oxford, Oxford University Press.
- Emslie C, Hunt K, Macintyre S. (1999) Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science and Medicine*, 48, 33-48.
- 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.
- Erikson R, Goldthorpe JH. (1992) *The constant flux*. Oxford, Clarendon Press.
- Estapé J, et al. (1992) Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital. *Annals of Oncology*, 3, 451-454.
- Esteban MM. (2001) Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes “sin papeles” en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Atención Primaria*, 27, 25-8.
- Esteban MM, et al. (2012) Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35, 2, 229-240.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR., eds. (1996) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de salud de las poblaciones*. Madrid, Díaz de Santos.
- Faltermaier T. (1997) Why public health research needs qualitative approaches: subjects and method in change. *European Journal of Public Health*, 7, 357-363.
- Farias Huanqui P., eds. (2001) *Manual de atención primaria a la población inmigrante*. Madrid, Artur SA.
- Farmer P. (1992) *AIDS and accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, University of California Press.
- Farmer P. (1996a) *Sida en Haití: la víctima acusada*. Paris, Editions Karthala.
- Farmer P. (1996b) On suffering and structural violence: a view of below. *Daedalus*, 125, 1, 260-283.
- Farmer P. (1997) Social scientist and the new tuberculosis. *Social Science and Medicine*, 44, 3, 347-358.
- Farmer P. (1999) *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley, University of California Press.
- Farmer P. (2003) *Pathologies of power: health, human rights and the new war on the poor*. Berkeley, University of California Press.
- Faris R, Dunham HW. (1939) *Mental disorders in urban areas*. Chicago, Chicago University Press.
- Farrés O. (2002) La pesta negra: epidemia, crisi i canvi social. *Ordint la trama*, 49, 8-13.
- Fernández de la Hoz K, León DA. (1996) Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 25, 593-603.

- Fernández E, et al. (1999) Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 218-222.
- Fernández MJ, Calderón C. (2002) Investigación cualitativa en Atención Primaria. En: Surro AM, Cano JF. (2002) Atención primaria. Barcelona, Harcourt International. [El autor no incluye las páginas en la referencia a este texto. Existen diversas ediciones posteriores].
- Ferrer F. (2003) El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gaceta Sanitaria*, 17, supl. 3, 2-8.
- Ferrocarril Clandestino, Médicos Mundo, SOS Racismo. (2009) *Voces desde y contra los Centros de Internamiento de Extranjeros*. [En línea] página web <<http://www.vocescontraelmuro.tk/>> [Los autores no proporcionan la fecha de consulta]
- Fetterman DM. (1989) *Ethnography: step by step*. Newbury Park, Sage.
- Flores G, Vega LR. (1998) Barriers to health care access for Latino children: a review. *Family Medicine*, 30, 196-205.
- Finch BK, Frank R, Vega WA. (2004) Acculturation and acculturative stress: a social epidemiological approach to Mexican migrant farm workers' health 1. *International Migration Review*, 38, 236-262.
- Finch BK, Kolody B, Vega EA. (2000) Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 295-313.
- Finch BK, Vega WA. (2003) Acculturation stress, social support and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5, 109-117.
- Fleck A, Ianni F. (1958) Epidemiology and anthropology: some suggested affinities in theory and method. *Human Organization*, 16, 38-40.
- Font A, Moncada S, Benavides FG. (2012) The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85,7, 801-806.
- Forna F, et al. (2003) Pregnancy outcomes in foreign-born and US-born women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 83, 257-265.
- Franco A, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. (2004) Effect of democracy on health: ecological study. *British Medical Journal*, 329, 1421-1423.
- Franzosi R. (1996) A sociologist meets history: critical reflections upon practice. *Journal of Historical Sociology*, 9, 3, 354-392.
- Frenk J. (1992) El concepto y la medición de accesibilidad. En: White K., ed. (1992) *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 534, 929-943.
- Furnham A, Bochner S. (1986) *Culture shock*. Londres, Routledge.
- Gaines A. (1979) Definitions and diagnosis: cultural implications of psychiatric helpseeking and psychiatrists, definitions of the situation in psychiatric emergencies. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3, 4, 381-418.
- Gaines A. (1985) Alcohol: cultural conceptions and social behavior among urban 'Blacks'. En: Bennett L, Ames G., eds. (1985) *The American experience with alcohol*. Nueva York, Plenum. [Menéndez (2001) no explicita las páginas de este texto]
- Gaines A. (1991) Cultural constructivism: sickness histories and the understanding of ethnomedicines beyond Critical Medical Anthropologies. En: Pfleiderer B, Bibeau G., eds. (1991) *Anthropologies of Medicine*. Heidelberg, Vieweg, 221-258.

- Gaines A. (1992) Ethnopsychiatry: the cultural construction of psychiatries. En: Gaines A., ed. (1992) *Ethnopsychiatry. The cultural construction of professional and folk psychiatries*. Albany, State University Press of New York, 3-49.
- Galán I. (2002) Desigualdades sociales en hábitos de salud en la Comunidad Autónoma de Madrid. En: Ronda E., ed. (2002) *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Alicante, Universidad de Alicante.
- Gandy M, Zumla A., eds. (2003) *The return of the white plague. Global poverty and the 'new' tuberculosis*. Londres, Verso.
- García-Campayo J, Sanz C. (2002) Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118, 5, 187-191.
- García-Gómez P. (2006) Salud y utilización de recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autóctona. *Presupuesto y Gasto Público*, 49, 67-85.
- Gascón J. (2003) Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 21, 535-539.
- Gellert GA. (1993) International migration and control of communicable diseases. *Social Science and Medicine*, 37, 1489-99.
- Gerhardt U. (1990) Introductory essay. Qualitative research on chronic illness: the issue and the story. *Social Science and Medicine*, 30, 11, 1149-1160.
- Gifford SM. (1986) The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. En: Janes CR, Stall R, Gifford SM., eds. (1986) *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht, Reidel, 213-246.
- Goldberg D, Williams P. (1996) *Cuestionario de salud general*. Barcelona, Masson.
- Goldthorpe JH. (1983) Women and class analysis: in defence of the conventional view. *Sociology*, 17, 465-488.
- González L, Hersch P. (1993) Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud Pública de México*, 35, 393-402.
- Good BJ. (1994) *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Nueva York, Cambridge University Press.
- Good BJ, del Vecchio MJ. (1993) 'Learning medicine'. The constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. En: Lindenbaum S, Lock M., eds. (1993) *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley, University of California Press, 81-107.
- Grant BF, et al. (2004) Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican American and non-Hispanic whites in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 61, 12, 1226-1233.
- Greenland S. (1992) Divergent biases in ecological and individual-level studies. *Statistical Medicine*, 11, 1209-1223.
- Greenland S, Morgenstern H. (1989) Ecological bias, confounding, and effect modification. *International Journal of Epidemiology*, 18, 269-274.
- Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (2003) Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 121, 549-562.
- Guendelman S, Schauffer HH, Pearl M. (2001) Unfriendly shores: how immigrant children fare in the U.S. health system. *Health Affairs*, 20, 257-66

- Guendelman S, et al. (1999) Birth outcomes of immigrant women in the United States, France and Belgium. *Maternal and Child Health Journal*, 3, 177-187.
- Günzberg J. (2002) *Vida cotidiana a la ciutat de Barcelona durant la pesta negra (1348)*. Barcelona, Dalmau.
- Haasen C, et al. (1998) Trastornos psiquiátricos entre emigrantes en Almería: prevalencia en una clínica psiquiátrica e implicaciones para los servicios y la investigación. *European Psychiatry (Edición española)*, 5, 78-85.
- Hahn R, Kleinman A. (1983) Biomedical practice and anthropologist theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology*, 12, 305-333.
- Hammersley M, Atkinson P. (1994 [1983]) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Paidós.
- Haro JA, et al., coord. (1998) *El sistema local de salud Guarijío-Makurawe. Un modelo para construir*. Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Hart N. (1991) The social and economic environment and human health. En: Holland WW, Detelds R, Knox G., eds. (1991) *Oxford textbook of Public Health*. Oxford, vol.1, 151-180.
- Haug MR. (1973) Social class measurement and women's occupational roles. *Social Forces*, 52, 1-13.
- Heldal E, et al. (2003) Risk factors for recent transmission of Mycobacterium tuberculosis. *European Respiratory Journal*, 22, 637-642.
- Herman E, Bentley M. (1992) Manuals of ethnographic data collection: experience and issues. *Social Science and Medicine*, 35, 11, 1369-1378.
- Hernández-Ávila M. (2000) Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública en México*, 2, 144-154.
- Hollingshead A, Redlich F. (1958) *Social class and mental illness. A community study*. Nueva York, Willey and Sons.
- Honjo K. (2004) Social Epidemiology: definition, history and research examples. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 9, 5, 193-199.
- Hovey J, Magaña C. (2003) Suicide risk factors among Mexican migrant farmworker women in the Midwest United States. *Archives of Suicide Research*, 7, 107-121.
- Hyden LC. (1997) Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*, 19, 1, 48-69.
- Ibacache J, Leighton A. (2004) Perfil epidemiológico de los pueblos indígenas. . [En línea] página web <<http://ministeriodosalud.go.cr/ops/documentos/docPerfil%20Epidemiologico.pdf>> [Citado, 28 de febrero de 2008].
- 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.
- ILDIS, ed. (2002) *Las remesas de los emigrantes y sus efectos en la economía Ecuatoriana*. Quito, Cartillas sobre migración 1, Plan migración, comunicación y desarrollo.
- ILDIS, ed. (2003) *Causas del reciente proceso migratorio ecuatoriano*. Quito, Cartillas sobre la migración 3, Plan migración, comunicación y desarrollo.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2003) Encuesta Nacional de Salud de España 2003. [En línea] página web <http://www.ine.es/en/metodologia/t15/t1530419_en.pdf> [Citado, 30 de junio de 2006].

- Japiassu H. (1976) *Interdisciplinarietà e patologia do saber*. Río de Janeiro, Imago.
- Jarrín A. (2010) *La persona en el limbo jurídico: aproximación a la situación de los inmigrantes de los centros de internamiento para extranjeros*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament d'Antropologia Social i Cultural. Trabajo final de máster, no publicado.
- Jokisch B. (2001) Desde Nueva York a Madrid. Tendencias en la emigración ecuatoriana. *Ecuador Debate*, 54, Quito, Centro Andino de Acción popular.
- 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. (1991) Aproximación a algunos aspectos etnográficos de la región de Senegambia. *Revista de Trabajo Social*, 123. (sic)
- Kelsey JL, Thompson WE, Evans AS. (1986) *Methods in Observational Epidemiology*. Nueva York, Oxford University Press.
- Keskimäki I, et al. (1997) Socioeconomic and gender inequities in access to coronary artery bypass grafting in Finland. *European Journal of Public Health*, 7, 393-397.
- Kleinman A. (1981) *Patients and healers in the context of culture*. California, University Press.
- Kleinman A. (1988) *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Nueva York, Basic Books.
- Kravitz RL, et al. (2000) Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking english, spanish and russian. *Medical Care*, 38, 728-38.
- Krieger N. (1994) Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*, 39, 887-903.
- Krieger N. (2001a) Theories for Social Epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30, 4, 668-677.
- Krieger N. (2001b) A glossary for Social Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 10, 693-700.
- Krieger N, Birn AE. (1998) A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *American Journal of Public Health*, 88, 1603-1606.
- Krieger N, Fee E. (1994) Social class: the missing link in US health data. *International Journal of Health Services*, 24, 1, 25-44.
- Kuhn TS. (2001) *La estructura de las revoluciones científicas*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Kunkel SR, Atchley RC. (1996) Why gender matters: being female is not the same as not being male. *American Journal of Preventive Medicine*, 12, 294-296.
- Larrea C. (2004) *Pobreza, dolarización y crisis en el Ecuador*. Quito, ILDIS, IEE, FLACSO y Abya Yala.
- Laurell AC, Noriega M. (1989) *La salud en la fábrica. Estudio de la siderurgia mexicana*. México, Era.
- Leete R, Fox J. (1977) Registrar General's social classes: origin and uses. *Population Trends*, 8, 1-7.
- Lenoir R. (1993) Objeto sociológico y problema social. En: Champagne P., ed. (1993) *Iniciación a la práctica sociológica*. México, Siglo XXI, 57-102.

- Leighton A, et al. (1952) *Explorations in social psychiatry*. Nueva York, Basic Books.
- Leighton A, et al., eds. (1963) *Psychiatric disorder among the Yoruba*. Ithaca, Cornell University Press.
- Leff J. (1988) *Psychiatry around the globe*. Londres, Gaskell.
- Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. (2007) Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97, 229-239.
- Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. (1988) The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiology Review*, 10, 87-121.
- 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.
- Llàcer A, et al. (2009) Discrimination and mental health in Ecuadorian immigrants in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 766-772.
- Loehrer P, et al. (1991) Knowledge and beliefs about cancer in a socioeconomically disadvantaged population. *Cancer*, 68, 1665-1671.
- López JM. (2002) El médico de familia ante el abordaje socio-sanitario del inmigrante. *Formación Médica Continuada*, 9, 492-497.
- López Olivares S, Villamar D. (2004) El proceso emigratorio en el Sur de Quito. En: Hidalgo F., ed. (2004) *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*. Quito, Abya Yala. [La autora que cita el texto no indica las páginas a las que se refiere].
- Lostao L, et al. (2001) Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/7. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 115-127.
- Lowndes CM, Fenton KA. (2004) European Surveillance of STI's Network Surveillance systems for STIs in the European Union: facing a changing epidemiology. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 264-271.
- Lurbe K. (2005) *La inmigració a debat: diversitat i salut*. Barcelona, Fundació Jaume Bofill.
- Macintyre S, Hunt K. (1997) Socio-economic position, gender and health. How they interact? *Journal of Health Psychology*, 2, 315-334.
- Mackenback JP, Bakker MJ. 2003) Tackling socioeconomic inequalities in health: an analysis of recent European experiences. *Lancet*, 362, 1409-1414.
- MacKinlay JA. (1982) En favor de un Nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad. En: Jaco EG., ed. (1982) *Pacientes, médicos y sociedad*. México, IMSS.
- Malinowski B. (1995 [1922]) *Los Argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona, Península.
- Malterud K. (2001) The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, 358, 397-400.
- Mann JM. (1996) Health and human rights. *British Medical Journal*, 312, 924-925.
- Manzanera R, et al. (1998) Factors relacionats amb els consums sanitaris de la població d'una mútua d'afiliació obligatòria (PAMEM). *Gaceta Sanitaria*, 2, 88-100.
- Manzardo C, et al. (2008) Communicable diseases in the immigrant population attended to in a tropical medicine unit: epidemiological aspects and public health issues. *Travel Medicine and Infectious Diseases*, 6, 4-11.

- Marcos E, Rodríguez-Palancas A. (2005) Presentaciones clínicas de estrés em inmigrantes. [En línea] *Psiquiatría.com*, 7 de febrero. Página web de la revista <<http://www.psiquiatria.com/ansiedad/estres-62/presentaciones-clinicas-de-estres-en-inmigrantes/>> [Citado, 7 febrero de 2005]
- Marcus G, Fisher M. (1986) *Anthropology as cultural critique. An experimental moment in the human sciences*. Chicago, Chicago University Press.
- Marmot MG, Bobak M, Davey-Smith O. (1995) Explanations for social inequalities in health. En: Amick III B, et al., eds. (1995) *Society and Health*. Nueva York, Oxford University Press, 172-210 (sic).
- Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. (1984) Inequalities in death. Specific explanations of a general pattern? *The Lancet*, 2, 1003-1006.
- Marmot MG, Wilkinson RG., eds. (1999) *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- Marmot MG, et al. (1978) Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 244-249.
- Maroto-Navarro G, García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I. (2004) El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 2, 13-23.
- Marqueta JM, Romagosa C. (2002) Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 29, 318-328.
- Martín I, et al. (2006) Resultados perinatales de las gestantes inmigrantes. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 64, 550-556.
- Martín MA, et al. (2003) Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 58, 574-579.
- Martínez A. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, Anthropos.
- Massé R. (1995) *Culture et santé publique*. Montreal, Gaetan Morin Éditeur.
- Matza D. (1981) *El proceso de desviación*. Madrid, Taurus.
- Mead M. (1959) Apprenticeship under Boas. En: Goldschmidt E. (1959) *The Anthropology of Franz Boas*. Washington, American Anthropological Association, Memoir 89, 29-45.
- Menéndez EL. (1978) El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia F, et al. (1978) *La salud de los trabajadores*. México, Nueva Imagen, 11-53.
- Menéndez EL. (1979) *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México, Nueva Imagen.
- Menéndez EL. (1990a) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, Cuadernos de la Casa Chata, Cuaderno 179.
- Menéndez EL. (1990b) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez EL. (1997a) El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 67, 31-62.
- Menéndez EL. (1997b) Holísticos y especializados: los usos futuros de la Antropología social. *Nueva Antropología*, 52-53, 9-37.
- Menéndez EL. (1999) Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos? *Alteridades*, 9, 17, 147-164.

- Menéndez EL. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8, 1, 185-207.
- Menéndez EL. (2008) Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad. Revista de El Colegio de Sonora*, XX, 2, 5-50.
- Menéndez EL, Di Pardo R. (1978) Violencias y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 74, 37-71.
- Menéndez EL, Di Pardo R. (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México, CIESAS.
- McKeown T. (1976) *The modern rise of population*. Nueva York, Academic Press.
- Minayo MCS. (1991) Interdisciplinariedad: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, 24, 2, 233-238.
- Minayo MCS. (1998) Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. En: Alves P, Cardoso M., orgs. (1998) *Traçando identidades e explorando fronteiras*. Río de Janeiro, Relume Dumará. 58-72.
- Minayo MCS, Cruz O. (1999) Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud. En: Bronfman M, Castro R., coords. (1999) *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México, Edamex-Instituto Nacional de Salud Pública.
- Minayo MCS, Sánchez O. (1993) Quantitativo & qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 3, 239-262. [Aunque en el texto aparece 1995, la fecha correcta es 1993].
- Ministerio de Sanidad y Política Social, ed. (2010) *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades sociales en salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Miró O, et al. (1999) Revisitas no programadas en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia y factores implicados. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 112, 610-615.
- Monge-Maillo B et al. (2009) Imported infectious diseases in mobile populations, Spain. *Emerging Infectious Diseases*, 15, 1745-1752.
- Mora F. (2007) Psiquiatría e inmigración. Una perspectiva transcultural. *Salud Mental.Info*, septiembre. Página web de la revista <<http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2007/psiquiatria-inmigracion-perspectiva-transcultural-junio07.html>> [Citado, septiembre de 2007]
- Morales LS, et al. (2002) Socioeconomic, cultural and behavioural factors affecting Hispanic health outcomes. *Journal of Health Care of the Poor and Underserved*, 13, 477-503.
- 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.
- Muntaner C, et al. (2003) The associations of social class stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32, 950-958.
- Muntaner C, et al. (2010) Employment relations, social class and health: a review and analysis of conceptual and measurement alternatives. *Social Science and Medicine*, 71, 2130-2140.

- 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).
- Muñoz J, et al. (2009a) Clinical profile of *Trypanosoma cruzi* infection in a non-endemic setting: immigration and Chagas disease in Barcelona (Spain). *Acta Tropica*, 111, 51-55
- Muñoz J, et al. (2009b) Prevalence and vertical transmission of *Trypanosoma cruzi* infection among pregnant Latin American women attending 2 maternity clinics in Barcelona, Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 48, 1736-1740.
- Myntti C. (1991) The anthropologist as storyteller: picking up where others leave off in public-health research. En: Cleland J, Hill AG., eds. (1991) *The health transition: methods and measures*. Camberra, The Australian National University, 227.
- Nations MK. (1986) Epidemiological research on infectious disease: quantitative rigor or rigormortis? Insights from ethnomedicine. En: Janes CR, Stall R, Gifford SM., eds. (1986) *Anthropology and Epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht, Reidel, 97.
- Navarro JA. (2001) *Actualización del calendario vacunal en población inmigrante*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Asociación Española de Vacunología. Cádiz (sic).
- Navarro V, Benach J. (1996) Desigualdades sociales en salud en España. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 505-636.
- Navarro V, Benach J, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España, eds. (1996) *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, The School of Hygiene and Public Health, John Hopkins University.
- Navarro V, et al. (2003) The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among countries of the OECD, 1950-1998. *International Journal of Health Services*, 33, 419-494.
- 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 Vacunología (sic).
- North F, et al. (1993) Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall Study II. *British Medical Journal*, 306, 361-366.
- Nunes ED. (1985) *As ciências sociais e saúde na América Latina*. Brasilia, OPAS.
- Oakes MJ, Kaufman JS. (2006) Introduction: advancing methods in Social Epidemiology. En: Oakes MJ, Kaufman JS. (2006) *Methods in Social Epidemiology*. Nueva York, John Wiley & Sons, 3-17.
- Ochoa E, Vicente N, Díaz H. (2004) Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: demanda em um centro de salud mental y hospitalización. *Psiquiatría*, 8, 3.
- Ochoa E, Vicente N, Lozano M. (2005) Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española*, 205, 3, 116-118.
- Oliva J, Pérez G., eds. (2009) Monográfico: Inmigración y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23, supl. 1.
- Oliver A, Mossailos E. (2004) Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 655-658.
- Opler M. (1959) *Culture and mental health*. Nueva York, MacMillan.

- 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.
- Osorio RM. (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, CIESAS-INI-INAH.
- Padilla AM, Borrero N. (2006) The effects of acculturative stress on the Hispanic family. En: Wong PTP, Wong LCJ., eds. (2006) *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. Nueva York, Springer, 299-317.
- Paim JS, de Almeida-Filho N. (1998) Saúde coletiva: uma ¿nova saúde pública? Ou campo aberto a novos paradigmas. *Revista de Saúde Pública*, 32, 4, 299-316.
- Pamuk ER. (1985) Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population Studies*, 39, 17-31.
- Pasarín M, Salvador J. (2001) *L'embaràs adolescent a Barcelona*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública.
- Pascual-de-Sans A. (2004) Sense of place and migratory histories. Idiotype and idiotipe. *Area*, 36, 4, 348-357.
- Patrick DL, Berger M. (1990) Measurement of health status in the 1990's. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-183.
- Patton MQ. (1990) *Designing qualitative studies. Qualitative evaluation and research methods*. Londres, Sage, 145-198.
- Pearce N. (2007) Commentary: the rise and rise of corporate Epidemiology and the narrowing of Epidemiology's vision. *International Journal of Public Health*, 36, 4, 713-716.
- Peiró S. (1998) Comparación de resultados en la asistencia sanitaria. En: Lázaro P, Marín I., eds. (1998) *Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria*. Madrid, SmithKline Beecham, 119-138.
- Pelto P, Pelto G. (1978) *Anthropological research*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Pereira MG. (2000) *Epidemiologia: teoria e prática*. Brasília, Guanabara Koogan.
- Pereira RC. (2003) Una lectura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 3, 765-774. [sic]
- Pérez-Cuadrado S, et al. (2004) Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 60, 3-8.
- Pérez-Molina JA, et al. (2009) Clinicoepidemiological characteristics of HIV-infected immigrants attended at a tropical medicine referral unit. *Journal of Travel Medicine*, 16, 248-252.
- Pérez-Molina JA, et al. (2010) Clinical, epidemiological characteristics and indications for liver biopsy and treatment in immigrants with chronic hepatitis B at a referral hospital in Madrid. *Journal of Viral Hepatitis*, 18, 4, 294-299. [Parece haber una errata en esta referencia, puesto que en la web de la revista este artículo figura publicado en el año 2011]
- Pérez-Sales P. (2009) *Situación de los Centros de Internamiento para extranjeros en España*. s.l., Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). [Los autores que citan el texto no incluyen la ciudad de publicación]
- Pérez-Stable EJ, et al. (1992) Misconceptions about cancer among Latinos and Anglos. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3219-3223.
- Piantadosi S, Byar DP, Green SB. (1988) The ecological fallacy. *American Journal of Epidemiology*, 127, 5, 893-904.

- Piron M, et al. (2008) Seroprevalence of *Trypanosoma cruzi* infection in at-risk blood donors in Catalonia (Spain). *Transfusion*, 48, 1862-1868.
- Pitch T. (1980) *Teoría de la desviación social*. México, Nueva Imagen.
- Plattner S. (1989) Ethnographic method. *Anthropology Newsletter*, 30, 32.
- Porta M, et al. (1991) Influence of 'diagnosis delay' upon cancer survival: an analysis of five tumour sites. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45, 225-230.
- 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.
- Rajmil L, et al. (2000) The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Archives of Disease in Childhood*, 83, 211-214.
- Ramírez S. (2009) La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Revista Salud Colectiva*, 5, 1, 63-85.
- Ramos JM, et al. (2003) Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 21, 10, 540-542.
- Ramos R. (2005) Los 'torios' exigen someter a los inmigrantes a la prueba del sida y de la tuberculosis. *El País*, 16 de febrero de 2005. [El autor que cita este texto no recoge las páginas].
- Ratcliffe JW, González A. (2000) El rigor en la investigación en salud: hacia un desarrollo conceptual. En: Denman CA, Haro JA., eds. (2000) *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo, El Colegio de Sonora, 57-111.
- Raudenbush SW, Bryk AS. (2002) Introduction to hierarchical linear models. En: Raudenbush SW, Bryk AS. (2002) *Hierarchical linear models: applications and data analysis methods*. Newbury Park, Sage, 3-15.
- Reeves P. (2000) El paradigma etnográfico. En: Denman C, Haro J., comps. (2000) *Por los rincones*. México, El Colegio de Sonora, 207-226.
- 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 la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Medicina Clínica*, 107, 285-288.
- Regidor E, et al. (1999) The magnitude of differences in perceived general health associated with educational level in the regions of Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 288-293.
- Regidor E, et al. (2004) Socioeconomic position in childhood and cardiovascular risk factors in older Spanish people. *International Journal of Epidemiology*, 33, 723-730.
- Reichman NE, Kenney GM. (1998) . Prenatal care, birth outcomes and newborn hospitalization costs: patterns among hispanics in New Jersey. *Family Planning Perspectives*, 30, 182-187.
- Ridley CR, Medonza DW, Kanitz BG. (1994) Multicultural training: reexamination, operationalization and integration. *The Counseling Psychologist*, 22, 227-289.
- Riley M. (1963) Special problems of sociological analysis. En: Riley M. (1963) *Sociological research I: case approach*. Nueva York, Harcourt, Brace and World Inc., 700-725.

- 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
- Rodrigues S, Robinson EJ. (2000) High rates of infant macrosomia: a comparison of a Canadian native and non-native population. *Journal of Nutrition*, 130, 806-812.
- Rodríguez E, et al. (2008) Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 209-220.
- Rohlfs I, et al. (1997) Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido en las mujeres. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 108, 566-571.
- Romaní O. (1999) *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona, Ariel.
- Romaní O. (2002) La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la Antropología. *Formación Médica Continuada*, 9, 498-504.
- Rose D, Harrison E. (2009) *Social class in Europe. An introduction to the European socioeconomic classification*. London, Routledge.
- Rose G. (1985) Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38.
- Rothman KJ, Adami HO, Rrichopoulos D. (1998) Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet*, 352, 810-813.
- Rowland D, Feder J, Keenan PS. (1998) Uninsured in America: the causes and consequences. En: Altman SH, et al., eds. (1998) *The future US health care system: who will care for the poor and uninsured?* Chicago, Health Administration Press, 25-44.
- Rubinstein RA. (1984) Epidemiology and Anthropology: notes on science and scientism. *Communication and Cognition*, 17, 163.
- Ruíz-Beltrán M, Kamau JK. (2001) The socio-economic and cultural impediments to well-being along the us-Mexico border. *Journal of Community Health*, 26, 123-32
- Ryan W. (1976) *Blaming the victim*. Nueva York, Vintage Books.
- Sacker A, et al. (2000) Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-1996. *British Medical Journal*, 320, 1303-1307.
- Sáez M. (2003) Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gaceta Sanitaria*, 17, 412-419.
- Salgado de Snyder N. (1987) Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among married Mexican migrant women. *Psychology of Women Quarterly*, 11, 475-488.
- Salvadó E, et al. (2008) Clinical presentation and complications of Plasmodium falciparum malaria in two populations: travelers and migrants. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 26, 282-284.
- Sánchez Mendieta B. (2004) El impacto de la emigración en Loja. En: Hidalgo F., ed. (2004) *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*. Quito, Abya Yala. [La autora que cita el texto no indica las páginas a las que se refiere].

- Sánchez-López MP, Dresch V. (2008) The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20, 4, 839-843.
- Santoro D, et al. (1998) Migrant's admissions to hospital: a retrospective study in Como from 1994 to 1998. *Journal of Travel Medicine*, 7, 300-303.
- 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.
- Sastre E, et al. (2000) Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. *Anales Españoles de Pediatría*, 53, 223-228.
- Scheppers E, et al. (2006) Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23, 325-348.
- Schulz AJ, et al. (2008) Relational pathways between socioeconomic position and cardiovascular risk in a multi-ethnic urban sample: complexities and their implications for improving health in economically disadvantaged populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 638-646.
- 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.
- Scrimshaw S, Hurtado E. (1987) *Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care: anthropological approaches to improving programs effectiveness*. Los Ángeles, UCLA.
- Scrimshaw S, Hurtado E. (1988) *Procedimientos de asesoría rápida (RAP)*. s.l., Universidad de las Naciones Unidas, Unicef. [En la cita de Menéndez (2001), no se recoge la ciudad de publicación ni el título completo en castellano: Procedimientos de asesoría rápida (RAP) para programas de nutrición y atención primaria a la salud.]
- Seppilli T. (2000) De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En: Perdiguero E, Comelles JM., eds. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, 33-44.
- Shaw CM, et al. (1999) Prevalence of anxiety and depressive illness and help-seeking behaviour in African Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey. *British Medical Journal*, 318, 302-305.
- Silva LC. (2005) Una ceremonia estadística para identificar factores de riesgo. *Salud Colectiva*, 1, 3, 309-322.
- Simons R, Hughes Ch. (1985) *The culture-bound syndromes. Folk illness of psychiatric and anthropological interest*. Dordrecht, Reidel.
- Singer M. (1981) The social meaning of medicine in a sectarian community. *Medical Anthropology*, 5, 207-232.
- Singer M. (1988) The coming of age of Critical Medical Anthropology. *Social Science and Medicine*, 28, 11, 1193-1203.
- Singer M. (1990) Reinventing Medical Anthropology: toward a critical realignment. *Social Science and Medicine*, 30, 2, 179-187.
- Singer M, Borrero M. (1984) Indigenous treatment for alcoholism: the case of Puerto Rican Spiritism. *Medical Anthropology Quarterly*, 8, 4, 246-259.
- Singer M, et al. (1984) Hipoglycemia: a controversial illness in US society. *Medical Anthropology*, 8, 1-35.

- Singer M, et al. (1991) Why does Juan García have drinking problems? The perspective of Critical Medical Anthropology. *Medical Anthropology*, 14, 1, 77-108.
- Smart JF, Smart DW. (1995) Acculturative stress of Hispanics: loss and challenge. *Journal of Counselling and Development*, 73, 390-396.
- 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.]
- Sorensen A. (1994) Women, family and class. *Annual Review of Sociology*, 20, 27-47.
- Sorensen A, Verbrugge LM. (1987) Women, work, and health. *Annual Review of Public Health*, 8, 235-251.
- Stanworth M. (1983) Women and class analysis: a reply to John Goldthorpe. *Sociology*, 18, 159-170.
- Sterne JAC, Smith GD. (2001) Sifting the evidence. What's wrong with significance tests? *British Medical Journal*, 322, 226-231.
- Stronks J, Ravelli A, Reijneveld SA. (2001) Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 701-707.
- Subramanian SV, Jones K, Duncan C. (2003) Multilevel methods for public health research. En: Kawachi I, Berkman LF. (2003) *Neighborhoods and health*. Oxford, Oxford University Press, 65-111.
- Susser E. (2004) Eco-Epidemiology: thinking outside of the black box. *Epidemiology*, 15, 5, 519-520.
- Susser M. (1994) The logic in ecological I. The logic of analysis. *American Journal of Public Health*, 84, 825-829.
- Susser M, Susser E. (1996) Choosing a future for Epidemiology: II. From black boxes to Chinese boxes an Eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86, 5, 674-677.
- Susser M, Susser E. (2003) Choosing a future for epidemiology. En: De Almeida-Filho N, et al., eds. (2003) *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Río de Janeiro, Fiocruz/Abrasco.
- Taussig M. (1980) Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*, 14, 3-13.
- Taylor S, Bogdan R. (1975) *Introduction to qualitative research methods*. Nueva York, Wiley. [Taylor SJ, Bogdan R. (1987 [1984]) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós.]
- Taylor I, et al. (1977) *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Terris M. (1980a) *Estudios de Goldberger sobre la pelagra*. México, IMSS.
- Terris M. (1980b) *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México, Siglo XXI.
- Thamer M, et al. (1997) Health insurance coverage among foreign-Born US residents: the impact of race, ethnicity, and length of residence. *American Journal of Public Health*, 87, 96-102.
- 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.

- Timotijevic L, Breakwell GM. (2000) Migration and threat to identity. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10, 355-372.
- Tinghog P, Hemmingsson T, Lundberg I. (2007) To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 12, 990-996.
- Torné E, et al. (2003) Análisis de la demanda de los servicios de urgencias en Barcelona. *Atención Primaria*, 32, 423-429.
- Torres AM, Sanz B. (2000) Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 478-479.
- 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, Routledge.
- Trostle J. (1986a) Early work in anthropology and epidemiology: from social medicine to the germ theory, 1840 to 1920. En: Janes C, Stall R, Gifford S., eds. (1986) *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht, Reidel, 35-58.
- Trostle J. (1986b) Anthropology and epidemiology in the twenty century: a selective history on collaborative projects and theoretical affinities, 1920 to 1970. En: Janes C, Stall R, Gifford S., eds. (1986) *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht, Reidel, 59-96.
- Turshen M. (1984) *The political ecology of disease in Tanzania*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- Van Oort FV, Van Lenthe FJ, Mackenbach JP. (2005) Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 214-220.
- Virchow R. (1985 [1848]) *Collectes essays on public health and epidemiology*. Canton Mass, Science History, vol. 2.
- Urbanos R. (2003) *Impacto del envejecimiento en el gasto público sanitario y sociosanitario para el período 2000-2050*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Valerio I, et al. (2008) Seroprevalencia de marcadores de hepatitis crónica vírica en 791 inmigrantes recientes en Cataluña, España. Recomendaciones de cribado y de vacunación contra la hepatitis B. *Revista Clínica Española*, 208, 9, 426-431.
- Valerio I, et al. (2009) Imported infectious diseases associated with international trips by adult immigrants to visit family and Friends. *Gaceta Santiaria*, 23, supl. 1, 86-89.
- Valkonen T. (1969) Individual and structural effects in ecological research. En: Dogan M, Rokkam S., eds. (1969) *Social Ecology*. Boston, MIT Press, 53-68.
- Vieira MC, Bischofberger C, Pérez de Oteyza C. (2003) Estudio epidemiológico y clínico de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en el área noroeste de Madrid. *Anales de Medicina Interna*, 20, 10-15.
- VVAA. (2001) *Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador*. Quito, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.

- Weiss M. (2001) Cultural Epidemiology: an introduction and overview. *Anthropology and medicine*, 8, 1, 5-29.
- Whitehead M. (1992) The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22, 3, 429-445.
- Whitehead M. (2000) *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, OMS.
- Wright EO. (1989) Women in the class structure. *Politics & Society*, 17, 35-66.
- Wright EO. (2000) *Class counts: comparative studies in class analysis*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Wright EO., ed. (2005) *Approaches to class analysis*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Yoder PS. (1997) Negotiating relevance: belief, knowledge, and practice in international health projects. *Medical Anthropology Quarterly*, 11, 131-146.
- Young A. (1982) The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- Zapata-Barrero R. (2002) *El turno de los inmigrantes*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Zarza MJ, Sorbino MI. (2008) Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos versus España: una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología*, 23, 72-84.
- Zellweger JP. (1993) Screening for tuberculosis in risk groups in Switzerland. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen*, 41, 739-743.
- Zolla C. (2003) Sobre las relaciones de la medicina tradicional indígena en los sistemas de salud. *América Indígena*, LXI, 2, 69-82.
- Zurriaga O, et al. (2004) Assessing the social class of children from parental information to study possible social inequalities in health outcomes. *Annals of Epidemiology*, 14, 378-384.

