

APROXIMACIONS A L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA A POBLACIÓ IMMIGRANT A CATALUNYA

**REFLEXIÓ CRÍTICA SOBRE ELS ESTUDIS I CONEIXEMENTS
FONAMENTALS I PROPOSTES PER A LA INVESTIGACIÓ I L'ATENCIÓ**

Lucía Sanjuán Núñez

Informe per a la Investigació: Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya

Directora del projecte: Dra. Teresa San Román
(2006-2009)

Traducció al català: Irina Casado

ISBN: 978-84-938759-6-1

 **Generalitat de Catalunya**
www.gencat.cat
Departament de Salut
Direcció General de Salut Pública

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

 **GRAFO** Grup de Recerca
en Antropologia
Fonamental i
Orientada

ÍNDEX

Introducció	3
Capítol 1. Reflexions entorn als estudis de desigualtats socials en salut	
1. Introducció	14
2. Aplicabilitat dels estudis de desigualtats socials en salut per a la recerca amb població immigrant i/o marginal	17
Capítol 2. Salut i immigració	
1. Impacte de la immigració en la salut de la població receptora	44
2. Impacte de la migració en la salut de l'immigrant	49
2.1. Etapes de la migració i la seva relació amb la salut	49
2.2. Desigualtats en salut i immigració	54
2.3. Salut mental i immigració	76
Capítol 3. L'accés a les cures de salut	
1. Accessibilitat. Definició i consideracions generals	105
2. Ús dels serveis sanitaris per part de la població immigrant	110
3. Factors relacionats amb l'accés a les cures de salut	115
3.1. Marginació social i pobresa	115
3.2. Factors relacionats amb l'estructura i fonaments del sistema sanitari	128
3.3. Factors relacionats amb la tradició cultural	142
4. La competència cultural: una aproximació a l'assistència sanitària en contextos interculturals.....	185
Capítol 4. Recopilació i reflexió entorn al marc legal per a l'atenció a la salut de població immigrant	
1. Legislació internacional relativa als drets humans en relació amb la salut.....	195
2. Legislació de la Unió Europea	223
3. Legislació de l'Estat espanyol	237
4. Legislació de Catalunya	266
5. Normativa municipal	275
Conclusions	279
Bibliografia citada	287
Bibliografia referida	296

INTRODUCCIÓ

El text pretén realitzar una primera aproximació, des de l'Antropologia, però sense perdre de vista la Medicina -i, més específicament la Salut Pública-, a les possibles respostes a una sèrie de preguntes: què diferencia l'atenció sanitària a immigrants i minories ètniques de la qual s'ofereix a la resta de la població?, quins factors poden estar implicats en l'estat de salut i en l'atenció sanitària que reben aquestes poblacions?, per què se sol dir que aquesta atenció implica problemes i dificultats?

Respon també a l'intent de trobar aquestes respostes des d'unes certes bases metodològiques, en el sentit que crec necessari que en qualsevol investigació -però molt especialment en aquelles que tenen el seu àmbit d'interès en l'ésser humà-, s'hauria de tenir present que el coneixement és sempre fal·lible i provisional i que està subjecte als nostres propis valors i conviccions, pel que sempre serà necessari posar a prova i revisar les nostres hipòtesis. Es tracta d'intentar conèixer en profunditat la realitat sobre la qual es va a treballar, observar detingudament els fenòmens que es produeixen, les seves consistències i les seves variacions. I es tracta també d'assegurar que utilitzem el millor de les nostres disciplines i, en la mesura del possible, de les d'uns altres, en el convenciment que, quan ens ocupem de la vida humana, la interdisciplinarietat no només és possible sinó que resulta obligada. Tenim la responsabilitat de garantir la qualitat -amb les seves limitacions- de les nostres propostes, de ser capaços de difondre-les entre aquells que puguin considerar-les útils, sense dogmatitzar ni moralitzar, però mantenint l'objectiu de llençar llum sobre els problemes de la gent i, si és possible, contribuir a solucionar-los.

Pel que fa a la contextualització del treball, se situa en l'àmbit català, encara que, quan s'estima necessari, es recorre a fonts bibliogràfiques o exemples relatius a l'Estat espanyol i també internacionals. L'objectiu genèric és contribuir a oferir un marc bàsic per a una investigació col·lectiva més àmplia, en la qual he participat com a investigadora i responsable de l'àrea d'Antropologia de la Salut. Es tracta de la investigació Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salut a barris d'actuació prioritària de Catalunya, dirigida per la Dra. Teresa San Román i fruit d'un conveni de col·laboració entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (en concret, la Subdirecció General de Promoció de la Salut) i el GRAFO (Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada) de la Universitat Autònoma de Barcelona, del qual en formo part¹.

Encara que els objectius i metodologia concreta de la investigació completa es tractaran amb més deteniment en altres textos, val la pena fer en aquí una petita presentació². Les

¹ No puc deixar d'assenyalar que una part de l'experiència i coneixements adquirits sobre aquesta temàtica procedeixen de treballs previs, entre els quals cal destacar, la col·laboració feta en el decurs de diferents etapes de l'any 2005, en el Programa de Psiquiatria Transcultural-PsiTrans del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron a Barcelona, gràcies, en part, a una beca de la Fundació Jaume Bofill de Barcelona. Vull agrair en aquí el seu suport als responsables d'ambdós centres.

² Resumeixo, a continuació, en línies generals el que es recull en el text de presentació de la investigació de Teresa San Román (2006), en el qual vaig col·laborar.

poblacions objecte d'estudi seleccionades per al treball són segments en situació o risc d'exclusió social de col·lectius immigrants d'origen marroquí, pakistanès, romanès (gitanos i no gitanos), a més de poblacions procedents de Senegal i Gàmbia, Guinea Equatorial i gitanos autòctons, grups aquests tres per als quals s'han sol·licitat informes externs. Quant a l'àmbit d'estudi, abasta un grup de barris vinculats al Pla de Barris de la Generalitat de Catalunya, a més d'uns altres, no directament implicats en aquest Pla, però que han estat seleccionats en funció de criteris d'interès per a l'estudi, com el volum de població i la seva heterogeneïtat interna.

El projecte s'ha centrat, bàsicament, en l'estudi dels factors de tipus social, econòmic, polític i cultural que intervenen en la situació de salut i en la capacitat d'accés i maneig dintre dels serveis sanitaris públics catalans de diferents poblacions diverses culturalment i en situació o risc de marginació social, així com en les possibilitats del sistema sanitari d'oferir una atenció de qualitat a aquestes persones i les característiques de la comunicació entre els usuaris i els professionals que els atenen. Els objectius específics del projecte van ser:

- Conèixer els aspectes culturals fonamentals que subjeuen a les representacions, valoracions i comportaments pertinents a l'objectiu.
- Conèixer les situacions econòmiques, socials i culturals fonamentals en el procés migratori i en aspectes relacionats amb la salut.
- Formar a un nucli de personal sanitari en comprensió i comunicació intercultural, maneig de tècniques de recollida de dades i anàlisi qualitatives i coneixements bàsics sobre les condicions i processos soci-econòmic-culturals d'aquestes poblacions.
- Oferir a l'Administració recomanacions per a les línies d'actuació respecte als usuaris marginats o en risc de marginació i culturalment diversos.
- Crear instruments conceptuals (categories i indicadors) i pràctics (guies d'orientació per a la pràctica sanitària).
- Plantejar bases fiables i actives per a la participació de les poblacions i de les seves entitats.

En definitiva, la investigació pretenia l'anàlisi minuciosa, tant de factors socioeconòmics com culturals, que estan afectant a la salut de la població, a la seva capacitat d'accés als serveis sanitaris i de maneig en ells, a la circumstàncies i dinàmiques que defineixen la seva atenció des del sistema sanitari i per part dels professionals que en ell treballen i, també, als aspectes relatius a la relació entre aquests i els usuaris. Tot això amb la intenció de comprendre com té lloc la conjunció dels diferents factors implicats i d'oferir recomanacions per a un millor accés i gaudi d'aquest dret bàsic.

La metodologia es va centrar en el treball de camp etnogràfic amb els diferents col·lectius d'usuaris i també amb els professionals sanitaris. L'objectiu de l'etnografia és produir informes rigorosos sobre el conjunt de poblacions seleccionades. Els objectius de la investigació impliquen també la necessitat de parar esment no només a les poblacions seleccionades i els professionals sanitaris sinó també a altres esferes relacionades com el propi sistema sanitari, administracions i organitzacions de diversos tipus, a més, òbviament, de la pròpia societat majoritària. Això implica un disseny

emergent per a cada col·lectiu i barri, basat fonamentalment en el treball de camp etnogràfic d'observació i participació, però complementat amb entrevistes obertes orientades per un guió i entrevistes semi-pautades, tant a experts com a membres de les poblacions, reconstrucció d'itineraris terapèutics, anàlisi bàsica de xarxes de suport social i seguiment individualitzat i longitudinal. A més, s'ha realitzat un estudi sociodemogràfic preliminar dels barris seleccionats i es preveu l'elaboració d'un vídeo etnogràfic. Es tracta, per tant, d'un plantejament metodològic fonamentalment qualitatiu però que reconeix i utilitza l'anàlisi quantitativa.

Concretament aquest treball es basa, a més d'en una revisió bibliogràfica exhaustiva dels temes tractats, en la meua experiència de camp i en els informes sobre les poblacions seleccionades que han realitzat els etnògrafos de l'equip d'investigació. A aquest informe li seguirà altre, que el complementarà, sobre el treball de camp amb personal sanitari que exerceix en el sistema públic català, desigualtat social i diferència cultural.

Un comentari més abans d'entrar a descriure l'estructura del text i el per què del seu contingut concret. Una de les principals dificultats que es van presentar des del principi va ser la definició dels termes. Encara que no sembla el moment per a una revisió en profunditat de conceptes sobre els quals altres autors ja han treballat, sí val la pena aclarir, almenys, què s'entendrà per immigrant ja que les definicions que s'han donat han estat variades en funció del context, del moment i de la disciplina concreta. No pretenc en aquí elaborar-ne una de nova, per la qual cosa em remetré a la proposta elaborada per un grup d'experts convocats pel pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut de la Generalitat de Catalunya³, amb algunes precisions. Els motius per a l'elecció d'aquesta definició i no d'una altra entre totes les existents són múltiples: el grup tractava de trobar un consens entre diferents experts i sembla bona idea que la definició, almenys genèrica, amb la qual es treballi des de diferents disciplines sigui la mateixa; correspon a un intent de definició elaborat en l'àmbit català, on, en part, es contextualitza aquest treball; i es pretenia obtenir una definició que pogués utilitzar-se en els diferents sistemes d'informació sanitària i investigacions a Catalunya. El document incloïa els següents acords quant a les definicions:

“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.

³ Publicada en Malmusí D, Jansà JM. (2007) Recomanacions per a la investigació i informació en salut sobre definicions i variables per a l'estudi de la població immigrant d'origen estranger. *Revista Espanyola de Salut Pública*, 81, 4, 399-409. El grup, format per experts en immigració de diferents disciplines i àmbits de treball, va elaborar la proposta de definició seguint la metodologia dels grups Delphi. Van rebre un qüestionari amb diferents propostes de categoritzacions i, a partir de les seves respostes, es va elaborar un document de consens.

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.

Quando el interés se centra en todas las personas ‘inmigradas’, se pueden considerar como tal todas las que viven en España y han nacido en otro país; siempre teniendo en cuenta la nacionalidad y el tiempo transcurrido desde la llegada como variables importantes para determinar el grado de asentamiento.” (Malmusi, Jansá, 2007: 409, les negretes són seves)

Partint d'aquesta definició, amb el terme *immigrant* designaré, a efectes exclusivament d'establir un patró per a aquest text, a aquella “persona que arriba a un país on no ha nascut per a fixar la seva residència”, amb la precisió que es consideraran com a tals només als procedents dels anomenats països de renda mitja i baixa -i amb rendes mitges o baixes en origen ells mateixos-, independentment del seu temps d'estada i de la seva intenció o no de tornada. Aquestes precisions es justifiquen de la següent manera: pel que fa als interessos d'aquest treball es parlarà fonamentalment de persones arribades de països de rendes mitges o baixes i posseïdors ells mateixos de baixos nivells de renda en origen perquè és necessari considerar que la seva situació econòmica, juntament amb les possibles dificultats per a la pròpia arribada i l'adaptació, poden introduir elements significatius en el seu estat de salut i en l'atenció sanitària que reben i que és necessari brindar-ls-hi. No s'inclou la variable temps d'estada perquè, encara que és obvi que no pot considerar-se immigrant a algú *sine die*, el criteri per a deixar de ser-ho hauria de remetre més a la situació d'integració social que al nombre d'anys d'estada.

Quant a l'estructura del treball, la investigació parteix d'una primera necessitat: conèixer quina era la bibliografia i els corrents teòrics principals en aquesta matèria, quins eren els principis metodològics i tècnics que guiaven les investigacions i de quines dades concretes es disposava. Per a això es va realitzar una revisió de la bibliografia especialitzada de l'Antropologia de la Salut i la Medicina (fonamentalment l'Epidemiologia, però també la procedent d'altres aspectes de la Salut Pública com l'organització i avaluació dels serveis sanitaris). En fer-ho es va arribar a la conclusió que el tipus d'investigacions i de dades que proporcionen aquestes disciplines poden ser diferents i que procedia una anàlisi per separat.

Primera part

La primera part està dedicada, fonamentalment, a l'anàlisi de les principals característiques de les investigacions realitzades des de l'àmbit de la salut -concretament les que es dissenyen segons el model de desigualtats socials en salut-, l'anàlisi de les seves aportacions i limitacions per a conèixer l'estat de salut i la situació de l'atenció sanitària a persones immigrades, i l'exposició de les principals dades epidemiològiques

disponibles. Per a això, es comença amb dos capítols. Després, una vegada analitzats, si més no succintament, la metodologia de les investigacions i exposades les principals dades sobre la situació quant a la salut dels immigrants en el nostre entorn, el següent pas havia de ser, segons semblava lògic, tractar d'esbrinar quins podien ser els factors implicats. Per aquest motiu es va escriure el tercer capítol, que es titula “L'accés a les cures de salut” perquè es refereix no només a l'accés als serveis sanitaris sinó també a altres béns i serveis com l'habitatge, el treball, etc., que tenen una repercussió en l'estat de salut de la població.

Capítol 1: Reflexions entorn als estudis de desigualtats socials en salut

El capítol 1 està dedicat a un primer abordatge dels estudis sobre desigualtats socials en salut, l'orientació més freqüent des de la qual s'analitzen aquests temes.

En les primeres pàgines d'aquest capítol es realitza un resum de la importància de l'estudi de les desigualtats en salut, repassant de manera succinta els conceptes principals que s'empren, la intenció dels quals és, exclusivament, contextualitzar les aportacions que s'exposen. Convé aclarir ja en aquest moment que ni en aquest capítol ni en cap altre del text es pretén un repàs exhaustiu de tota la bibliografia sobre cadascun dels temes ni l'enumeració de tots els corrents teòrics existents, qüestions que el lector pot trobar millor desenvolupades en altres textos que tenen aquest propòsit i que s'esmenten en la bibliografia.

El gruix del capítol i el seu interès fonamental es troben en l'intent d'analitzar en quina mesura les eines tècniques i metodològiques que s'empren habitualment en aquest tipus d'estudis són aplicables a la investigació sobre l'estat de salut i l'assistència sanitària de poblacions immigrades en el nostre entorn⁴ i quines són les implicacions que tenen quant al coneixement. Part de la convicció que la base de qualsevol investigació, primer, i de les intervencions que puguin basar-se en ella, després, han de comptar amb uns fonaments sòlids quant a aquestes qüestions, de manera que m'ha semblat imprescindible realitzar un repàs de les característiques d'aquests estudis i una reflexió crítica i constructiva sobre les seves aportacions i possibles limitacions per a aquest camp del coneixement, sense pretendre enumerar tots els possibles tipus d'estudis, els seus avantatges, inconvenients i possibles aplicacions, sinó tan sols fer un repàs genèric que permeti analitzar la seva aplicabilitat a aquestes poblacions.

L'estudi de les desigualtats socials en salut tal com es planteja en aquest capítol pot semblar allunyat dels objectius del treball, però opino que és necessari aprofundir en ell perquè és el tipus d'investigació més freqüent en l'actualitat, perquè és la qual s'utilitza en els sectors més pròxims a la Medicina i perquè, tal com s'exposa, la seva aplicabilitat és limitada per al tipus de població subjecte d'interès d'aquest treball. No obstant això, és la qual continua emprant-se i són les investigacions que les administracions solen finançar (en la mesura que financen les principals fonts de les quals obtenen les seves dades i solen ser relativament barates i ràpides de realitzar).

⁴ L'expressió “el nostre mitjà” serà àmpliament utilitzada al llarg d'aquest treball i, tret que s'indiqui altra cosa, servirà per a referir-se a l'Estat espanyol i Catalunya.

Capítol 2: Salut i immigració

El capítol 2 respon a la necessitat de conèixer quins són els principals àmbits d'interès de les investigacions i les dades principals de les quals disposem. I ja en aquest punt pot dir-se que destaquen clarament dos fets: l'escassetat d'estudis i les limitacions metodològiques de part dels existents.

El capítol s'ha dividit en diversos apartats. En primer lloc, s'aborda l'anàlisi dels resultats presentats en els treballs d'alguns autors destacats i les opinions que d'ells se'n desprenen sobre el possible impacte que la immigració pot tenir sobre la població receptora. Es tracta també d'un abordatge molt breu, en el qual tan sols es pretén mostrar l'existència de postures no sempre coincidents i la necessitat d'aprofundir en el coneixement d'aquestes qüestions per a evitar estigmatitzacions i per a ajudar als organismes i persones competents a disposar de dades fiables en les quals basar les seves actuacions.

En segon lloc, es realitza una aproximació a la situació de morbi-mortalitat dels immigrants en el nostre entorn, mostrant els principals resultats dels estudis més destacats i rigorosos i diferenciant també entre les diverses etapes del procés migratori⁵. S'ha atès als principals grups de malalties, amb dos criteris: existència d'estudis específics i realitzats amb rigor quant a l'obtenció, tractament i anàlisi de les dades, d'una banda, i repercussió i importància dels quadres, per una altra. No es tracta, de nou, d'un repàs exhaustiu de tota la bibliografia sobre el tema -per al qual se suggereixen altres fonts de consulta-, sinó un intent de mostrar quina és la situació genèrica de salut dels immigrants i també dels principals àmbits d'interès per als investigadors.

El tercer i últim apartat està dedicat a aspectes relacionats amb la salut mental i la immigració. Dedicar un apartat en exclusiva a la salut mental sembla justificat per l'especial atenció que s'ha prestat al tema en investigacions i també en treballs de les administracions tant a nivell internacional com en el nostre entorn. Es pretén realitzar una exposició dels principals enfocaments de la salut mental i immigració oferint una crítica que intenta ser constructiva als models existents. S'aborden especialment el dol migratori i la Síndrome d'Ulisses, tenint en compte la repercussió que han tingut en la bibliografia especialitzada en el nostre entorn, en els professionals sanitaris i fins i tot en les administracions, que freqüentment utilitzen aquestes categories en els seus protocols, de manera que aquestes es transmeten als professionals i al públic en general. A més de l'anterior, l'apartat dedicat a salut mental es completa amb una reflexió necessàriament breu sobre les categories diagnòstiques i la seva suposada validesa universal, i les possibles limitacions que presenten per a entendre al pacient com inserit en un entorn social i cultural que matisa l'expressivitat i la significació dels símptomes. Es tracta de posar de manifest -partint de les anàlisis elaborades per professionals experts en aquesta matèria, els treballs dels quals es prenen com a base- que en situacions interculturals el pacient pot estar manifestant el seu patiment (i desenvolupant conductes) des de paràmetres diferents als quals el clínic utilitza per a interpretar-los,

⁵ Entendrem per "procés migratori" l'interval de temps i esdeveniments que va des que la persona decideix emigrar i comença els preparatius per a fer-ho fins a la seva adaptació al país de destinació triada, incloent, per tant, tant el viatge, com les estades en punts intermedis.

diagnosticar-los i tractar-los. Finalment, es realitza una petita anàlisi de les possibilitats terapèutiques en salut mental en el context intercultural i de la importància dels equips interdisciplinars i els abordatges integrals que tinguin en compte la cultura d'origen, l'entorn social i cultural en el qual s'insereix el pacient, el procés migratori i les característiques que li són pròpies al sistema sanitari en el qual és atès.

Respecte al contingut d'aquest capítol també podria efectuar-se la crítica que s'escapa als interessos i metodologia de l'Antropologia de la Salut i se centra més en aspectes de tipus mèdic que poden no semblar adequats en aquest tipus de treball. No obstant això, opino que es tracta d'un coneixement absolutament necessari per a qualsevol investigador, de la disciplina que sigui, que pretengui aprofundir en aquestes qüestions. Em sembla inevitable i imprescindible conèixer aquestes dades per a una anàlisi antropològica ben fonamentada en aquest camp, de la mateixa forma que considero també inexcusable abordar els aspectes legals i jurídics en els quals es basa l'assistència, com veurem més endavant. Existeix, a més, bibliografia assequible per a qualsevol investigador i conèixer aquestes temes és una qüestió de responsabilitat personal que ajudarà a fonamentar les investigacions en la realitat en la qual s'insereixen. Com defensaré al llarg del treball, el context actual en el qual té lloc la immigració i l'assistència sanitària a aquestes persones en el nostre entorn obliga que els professionals deixin de creure que poden treballar aïlladament i que els coneixements derivats del cos teòric de les seves pròpies disciplines són suficients, en exclusiva, per a entendre i eventualment actuar sobre una realitat que es manifesta complexa.

Capítol 3: L'accés a les cures de salut

En la mateixa línia que en el capítol anterior, s'analitzen els principals conceptes relatius a l'accés a les cures de salut i les dades disponibles en el nostre entorn sobre l'ús de serveis sanitaris per part de la població immigrant, prestant especial atenció al patró d'ús de serveis. També igual que en capítols anteriors, l'objectiu no és una exposició exhaustiva de tots els estudis disponibles sinó mostrar de manera genèrica les dades existents, les tendències en l'ús dels serveis i les principals hipòtesis que es manegen.

Per a organitzar millor l'anàlisi i facilitar la lectura es va dissenyar una divisió temàtica en tres parts: marginació social i pobresa, estructura i fonaments del sistema sanitari i factors lligats a la tradició cultural. Assenyalar també que la divisió que es planteja és una de tantes possibles i l'objectiu és només analític.

L'apartat dedicat a marginació social i pobresa aborda fonamentalment l'anàlisi de qüestions relatives a la situació legal de l'immigrant, el treball, la limitació d'ingressos, la pobresa i l'habitatge. No es pretenen recollir totes les possibles situacions, que poden ser enormement variables en funció dels grups, les característiques del procés migratori i les pròpies persones que ho emprenen, sinó cridar l'atenció sobre alguns dels principals factors que poden estar implicats i que és útil i necessari que els professionals de diferents disciplines coneguin i tinguin presents durant l'exercici de la seva professió, i que haurien de tenir-se en compte també a l'hora de planificar i organitzar l'assistència sanitària a aquestes poblacions i en el moment d'elaborar protocols específics per a l'atenció a la seva salut.

El segon apartat d'aquest capítol, sobre l'estructura i fonaments del sistema sanitari, pretén posar sobre la taula, de manera necessàriament breu, ja que és una temàtica que s'abordarà en futurs treballs, la importància de diverses qüestions. D'una banda, les relacionades amb la planificació de l'assistència, fonamentalment relatives al volum i perfil de població a la qual s'atén i les seves necessitats en salut. Per una altra, la pròpia organització dels serveis sanitaris: disseny genèric, limitacions econòmiques per a assumir els costos creixents, tendència a la protocol·lització i condicions de treball dels professionals, entre altres possibles. Aquest apartat només pretén enumerar i analitzar molt breument els principals elements que poden estar implicats, sense excloure l'existència d'altres factors i altres possibles anàlisis i que aquests siguin a més moltes vegades específics per a cada centre o moment en concret. No es tracta de fer una crítica negativa a l'excés ni de situar tota la responsabilitat en els professionals i gestors ni tampoc de reivindicacions més o menys pamfletàries al seu favor, sinó de ser realistes i intentar plantejar els elements possibles que puguin estar intervenint com a primer pas per a prendre mesures que puguin millorar l'assistència.

El tercer i últim bloc d'aquest capítol està dedicat als factors lligats a la tradició cultural (de professionals i pacients) que poden influir d'alguna manera en la salut i l'assistència sanitària. No es tracta tampoc aquesta vegada de fer una caracterització estricta de tots els possibles fenòmens que intervenen, alguna cosa òbviament impossible en un número tan limitat de pàgines, sinó d'exposar les qüestions més rellevants i, sobretot, posar sobre la taula la mera existència i la complexitat de factors d'índole cultural que pacients, professionals i gestors haurien de tenir en compte, encara que no coneguin en profunditat ni de manera concreta cadascun d'ells. No es pretén tampoc fer un repàs a les principals publicacions des de l'Antropologia de la Salut ni una recopilació de dades etnogràfiques en aquesta matèria, quelcom òbviament també impossible i a més poc útil per als objectius esmentats, sinó de ressaltar alguns dels principals treballs sobre el tema i, en la mesura del possible, donar una continuïtat argumental als raonaments i factors implicats usant certs exemples etnogràfics. S'ha intentat utilitzar investigacions que s'hagin realitzat en origen i en destinació, en profunditat i amb rigor, i que es refereixin a grups o situacions que puguin considerar-se representats d'alguna manera en el nostre entorn. Desgraciadament, no existeixen tants treballs que reuneixin aquestes característiques, pel que he seleccionat alguns exemples especialment idonis. Començant per una anàlisi breu dels factors relacionats amb la comunicació metge-pacient, ja que el considero el pilar bàsic des del qual parteix la relació amb el sistema sanitari (des del punt de vista del pacient) i l'actitud del professional. Segueix un abordatge sobre l'existència de variacions quant a la manera que diferents cultures i sistemes mèdics entenen els components de la persona i el funcionament del cos humà i com tot això té necessàriament una repercussió en les conductes relacionades amb la salut, en els fonaments en els quals s'assenta el nostre sistema sanitari i en la situació que es produirà en la consulta quan té lloc en un àmbit intercultural com és el nostre. S'aborden també qüestions relacionades amb la concepció de la individualitat, el temps i l'espai i els rols assignats per sexe i edat, que poden tenir repercussions en la manera d'entendre els comportaments correctes i que influiran en la marxa de les consultes i en l'acompliment dels tractaments.

La part més important d'aquest apartat es refereix als conceptes de salut i malaltia i com aquests i la manera en la qual s'entenen els quadres condicionen en gran mesura el tipus

d'atenció que es busqui. Amb la descripció de possibles itineraris terapèutics no es pretén fer un arbre de conducta o descriure totes les possibilitats que puguin existir, es tracta tan sols de mostrar que l'elecció d'un o altre sistema mèdic sol estar fonamentada en les creences i possibilitats del pacient, és a dir, es tracta de decisions dotades de racionalitat per molt que les seves premisses ens puguin resultar estranyes. Per aquest motiu s'abordarà també succintament la qüestió de la compatibilitat de pràctiques.

Finalment, s'afegeix un últim apartat sobre competència cultural. És important perquè al llarg del text s'haurà anat esmentat reiteradament la necessitat d'adaptació del sistema i de formació dels professionals sanitaris i aquesta és una postura referent a això que està tenint acceptació a nivell internacional i comença a tenir repercussió en el nostre entorn.

Segona part. Adenda

Si bé és cert que amb els capítols anteriors es podria considerar que, almenys de manera bàsica, el tema quedava centrat i els aspectes fonamentals tractats, al llarg de la redacció del text i de la investigació en la qual es fonamenta es va fer evident un fet: existeixen tot un seguit d'implícacions legals i normatives que afecten de manera directa a l'assistència sanitària a immigrants que són fonamentals per a entendre els termes en els quals té lloc i a les quals, no obstant això, l'atenció que se sol prestar en la bibliografia especialitzada de la Medicina i l'Antropologia és escassa o molt dispersa i inconnexa, fins al punt també de ser poc conegudes fins i tot per alguns dels professionals que realitzen la seva tasca amb aquestes poblacions. Aquest va ser el motiu de la inclusió d'una adenda al treball, en forma de segona part i dedicada fonamentalment a l'exposició, tractament sistemàtic i anàlisi breu d'aquestes qüestions. Aquesta part que, pel que s'ha dit, ha resultat bastant laboriosa, consta d'un únic capítol.

Capítol 4: Recopilació i reflexions entorn al marc legal per l'atenció a la salut de la població immigrant

El capítol 4 s'inicia amb una breu introducció a l'evolució històrica de la definició de salut, a les aportacions i als inconvenients que ofereix la més utilitzada, que és la de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), d'acord sempre amb els interessos generals d'aquest treball. A continuació, s'aborda un dels possibles marcs normatius per a l'estudi de l'assistència sanitària a poblacions immigrants, el qual defensa l'OMS: la salut com a dret humà fonamental. He decidit incloure aquesta qüestió perquè l'OMS és la principal agència internacional que treballa en matèria del dret a la salut i la principal productora de programes i recomanacions per a l'atenció a les poblacions. En la legislació internacional sobre drets humans estan basades, a més, o almenys la segueixen o la respecten en certa mesura, la legislació nacional de la Unió Europea, de l'Estat espanyol i de Catalunya, pel que val la pena una anàlisi en detall de les implicacions d'aquests acords i en quina mesura són útils en la pràctica sanitària diària i per a l'organització i planificació real de les polítiques de salut més enllà de les declaracions formals. S'ofereix una anàlisi dels conceptes de dret a la salut i equitat en salut i s'analitzen succintament els diferents Pactes, Tractats i Declaracions que contenen decisions relatives a la salut i a les poblacions immigrants, assenyalant possibles ambigüitats o limitacions. No es tracta, una vegada més, d'una enumeració completa de tots els textos legals, sinó només dels més rellevants -al meu entendre- i l'anàlisi no serà, sens dubte, la

que caldria esperar d'un professional del dret, perquè no ho sóc i els meus coneixements en la matèria són limitats, però si pretén ser una aproximació -des de la meva especialitat- al seu esperit i contingut genèric que pot ser útil per a entendre la situació actual sobre el tema.

Al fil de l'anterior, i seguint el mateix raonament quant a la seva justificació s'aborda la legislació bàsica en matèria de drets humans, discriminació, protecció de la salut i immigració a nivell de la Unió Europea, de l'Estat espanyol i Catalunya. L'anàlisi pretén exposar coherentment les bases legals de l'atenció a la salut i la pròpia estada d'estrangers en l'Estat espanyol i Catalunya per a evitar malentesos i equívocs i perquè els professionals, siguin del ram que siguin, puguin disposar d'una informació bàsica respecte a l'àmbit legal.



Generalitat de Catalunya
www.gencat.cat

Departament de Salut
Direcció General de Salut Pública

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona



Grup de Recerca
en Antropologia
Fonamental i
Orientada

PRIMERA PART

CAPÍTOL 1. REFLEXIONS ENTORN ALS ESTUDIS DE DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT

1. INTRODUCCIÓ

És indubtable que la qualitat i l'esperança de vida de moltes poblacions – fonamentalment en el context occidental- s'ha incrementat de manera espectacular en el decurs del darrer segle, especialment en relació amb la millora de les condicions de vida de les classes treballadores, la generalització de l'assistència sanitària, la planificació familiar i el control de les malalties infeccioses, però les desigualtats en el gaudi del dret a la salut segueixen existint i, en alguns casos, augmentant, la qual cosa es reflexa en les majors xifres de mortalitat i morbiditat i en la pitjor qualitat de vida dels sectors més desfavorits de cada societat (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996).

Tal i com es veurà amb més deteniment en el capítol dedicat al marc normatiu (tercera part, capítol 4) l'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix les desigualtats en salut (*inequalities*, en la terminologia internacional) com:

“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”⁶ (OMS, 1998b: p.28, les cursives són seves)

Ara bé, es tracta aquesta d'una definició ambigua, ja que el què es considera just o injust pot variar considerablement d'unes èpoques a unes altres, entre les diferents societats, diferents grups socials dins d'aquestes i, fins i tot, pot ésser apreciat de forma diferent per cada un dels individus que els conformen. Respecte a l'evitabilitat, també s'ha d'assenyalar que, malgrat la correcció de bona part de les desigualtats en matèria de salut seria relativament senzilla simplement aplicant les mesures de salut pública a l'abast dels països i sectors més desenvolupats de la societat a tots els Estats i capes de la població, això és quelcom que entra en el terreny de les possibilitats econòmiques i les voluntats polítiques, més difícils de mobilitzar i orientar cap a un objectiu comú. En el que fa referència al primer adjectiu de la definició, “innecessàries”, cal dir que, personalment, mai he arribat a entendre la seva aplicació a l'àmbit de les desigualtats en salut. Existeix cap que sigui “necessària”?

Per a tractar de defugir els inconvenients del terme “desigualtat”, es va proposar el d’“equitat” (*equity*), que fa referència a la possibilitat de que totes les persones, sense diferències per qüestions de gènere, sexe, ingressos, etc., disposin de les condicions i elements necessaris per al desenvolupament del seu màxim potencial en salut:

“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

⁶ Tant aquesta definició com la següent figuren en un glossari, sense paginar, en Organització Mundial de la Salut, OMS, ed. (1998b) *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. S'indica el número del paràgraf en el que apareix la definició.

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)

Des del punt de vista pràctic, tanmateix, en els estudis sobre el tema, segueix conservant-se el terme “desigualtat” i existeix acord en que, per aquest, s’entén, fonamentalment, les diferències existents entre els diferents sectors de la societat quant a les oportunitats per a aconseguir elevats nivells de qualitat de vida i respecte a les possibilitats d’accés al sistema sanitari.

“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)

Aquestes desigualtats existeixen a nivell internacional, donant-se el cas de països en els que les xifres d’esperança de vida són en l’actualitat similars –o pitjors- a les que els desenvolupats⁷ tenien a començaments del segle XX, però també existeixen dins dels estats, de tots ells⁸. Així, en els països industrialitzats, diferents estudis han assenyalat que les desigualtats en l’estructura de la societat es tradueixen en desigualtats en salut que serien responsables del descens en els nivells de millora dels indicadors sanitaris. En altres paraules:

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

La importància de l’estudi de les desigualtats socials en salut vindria determinada, segons diferents autors, per diversos motius (Borrell, Benach, 2003; Navarro, Benach,

⁷ Malgrat les possibles imprecisions que amaga aquesta decisió, els termes “països industrialitzats”, “desenvolupats” o “de renda alta” s’utilitzaran com a sinònims.

⁸ Com es podrà observar a partir d’aquest comentari i d’altres en el decurs de les següents pàgines, les societats *patró* per a l’estudi de les desigualtats en salut són les dels països desenvolupats o industrialitzats, precisament aquells des dels quals es fan (i, bàsicament, per als quals es fan) les recerques. Les conclusions extretes per a aquestes societats tendeixen a generalitzar-se per a totes les altres, fins i tot quan les circumstàncies socials, culturals, econòmiques i polítiques puguin tenir molt poc a veure les unes amb les altres.

Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996)⁹. En primer lloc, perquè la seva existència és evident i resulta innegable sigui quina sigui la disciplina, l'orientació teòrica que les abordi o la metodologia dels estudis que les descriguin. Segon, perquè existeixen entre països, però també dins d'ells, on es pot identificar un clar gradient entre els sectors amb major o menor accés a recursos (i, associat a això, entre altres possibles factors, major o menor qualitat de vida, capacitat per a defensar els propis criteris i exigir determinades prestacions socials i sanitàries). Tercer, perquè les desigualtats en salut són elevades i semblen seguir una tendència a l'alça fins i tot en aquells països que disposen de sistemes sanitaris públics i de qualitat. I, quart, perquè totes les circumstàncies anteriors fan necessari el desenvolupament de polítiques correctores que, acostumen a respondre genèricament, a dos tipus de criteris: el més elemental sentit de la justícia social i, per altra banda, la visió més pragmàtica de que les desigualtats tenen un elevat cost econòmic i també polític per a les societats, en forma –bàsicament– de pèrdua de capital humà i de despesa de recursos per enfrontar-les. Així:

“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 tot als països més desenvolupats existeixen clares desigualtats entre les persones de diferent classe social, gènere o ètnia; en segon

⁹ En el decurs d'aquest capítol seguiré, fonamentalment, el que es descriu a: Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996; Borrell, 1996; Borrell, Benach, 2003, per considerar-los els autors més destacats en l'àmbit de l'Estat espanyol i Catalunya.

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)

D'aquesta manera, des de la dècada dels 70 del segle passat ha crescut l'interès per l'estudi de les desigualtats en salut fonamentalment des de l'àmbit de l'Epidemiologia i la Salut Pública, incrementant-se el número de recerques que intenten establir un diagnòstic de la situació sanitària de les poblacions i tracten d'analitzar les causes i condicionants de la mateixa, de forma que les seves conclusions puguin servir de base per a l'orientació de les polítiques en aquesta matèria.

Vegem, a continuació, un petit l'anàlisi de la metodologia més habitual dels treballs sobre aquest tema juntament amb una reflexió sobre l'aplicabilitat d'aquest tipus de recerques per a avaluar la situació sanitària de grups minoritaris i/o marginals de la societat.

2. APLICABILITAT DELS ESTUDIS DE DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT PER A LA RECERCA AMB POBLACIÓ IMMIGRANT I/O MARGINAL

En aquest apartat realitzarem una breu aproximació a les característiques generals quant a metodologia i tècniques de recerca dels estudis sobre desigualtats en salut duts a terme en el nostre entorn al mateix temps que, tenint en compte aquestes característiques, es realitzarà una breu reflexió sobre la seva aplicabilitat per a l'estudi de la situació i necessitats en salut de poblacions marginals, minoritàries i/o immigrants.

2.1. SELECCIÓ DE LES POBLACIONS I LES MOSTRES

2.1.1. Quantificació de la població immigrant

Probablement, una de les primeres qüestions que és necessari tenir present quan s'aborda aquest tema és que no es coneix amb exactitud la xifra d'immigrants que resideixen a l'Estat espanyol, ja que no existeix cap registre on es reculli a la totalitat d'aquesta població: en les dades del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales tan sols s'inclou la població regularitzada¹⁰; els padrons municipals, recollirien, a més, a part de la que es troba en situació irregular, però tampoc a tota; alguns dels no regularitzats podrien estar també quantificats per les autoritats amb competències en immigració (Ministerio del Interior), ja que disposen de les dades referides als estrangers als quals s'ha denegat l'estada i s'ha obert expedient d'expulsió, però, és evident que aquests no són, ni molt menys, la totalitat d'immigrants en situació irregular. En definitiva, podem

¹⁰ En situació legal quant a la seva estància a l'Estat espanyol. Els termes "no regularitzats", "en situació irregular de l'estada" i "irregular" s'utilitzaran com a sinònims.

conèixer, a partir de les dades oficials, les xifres exactes d'estrangers amb residència legal i dels no regularitzats que estan empadronats o als que se'ls hi ha obert procediment d'expulsió, però no dels que, vivint en una situació d'irregularitat jurídica de l'estada, no estan en cap de les dues circumstàncies anteriors. Sí existeixen, tanmateix, estimacions que tracten d'oferir xifres al respecte, però aquestes poden ser molt diferents depenent de la font que es consulti¹¹.

Per altra banda, l'últim període de regularització extraordinària (obert el 2005) ha permès la legalització de la seva situació a una gran quantitat d'immigrants, amb el que és previsible que el número d'aquells en situació irregular s'hagi reduït de forma considerable. Tot i amb això, ja en aquell mateix moment es va saber que hi havia un percentatge considerable de persones que no es podrien acollir, per diferents motius, a aquest procés i que, per tant, previsiblement continuen en situació irregular, a les quals s'hauria d'afegir les que hagin arribat des de llavors.

Com a conseqüència d'aquesta falta de dades concretes no és possible determinar amb una adequada exactitud prevalences ni incidències de malalties ni es poden establir comparacions del tot fiables amb la població autòctona¹², ja que es desconeix el denominador de la comparació. Es tracta d'un fet lamentable perquè no resulta possible saber amb rigor en quina mesura la situació quant a la salut és deficitària (o no) respecte a la de la població autòctona i si l'accés és pitjor o simplement diferent, fet que a més de dificultar l'elaboració i desenvolupament de polítiques sanitàries responsables (per als immigrants i per a la resta d'usuaris), pot alimentar estereotips i prejudicis.

2.1.2. Identificació de la població immigrant

A l'Estat espanyol tampoc existeix cap mitjà absolutament fiable de recollir la condició d'immigrant d'un pacient a partir dels registres oficials accessibles per a la recerca.

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

El país de naixement, tot i que identificaria a tots els nascuts a l'estranger, no serveix com a indicador exclusiu, ja que, ni tots els nascuts fora del país són estrangers (és a dir, tenen com a progenitors a dues persones sense nacionalitat espanyola) ni tots els nascuts

¹¹ Segons les dades de la Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración (2007b), a 30 de juny de 2007 hi havia a l'Estat espanyol 3.536.347 estrangers amb targeta o autorització de residència en vigor, la qual cosa implica un increment del 17,03% respecte al 31 de desembre de 2006. D'aquests, 736.604 es trobaven a Catalunya. En aquestes xifres estan inclosos els ciutadans de l'Espai Comú Europeu.

Segons les dades del Instituto Nacional de Estadística, a 1 de gener de 2006, hi havia empadronades en algun municipi de l'Estat espanyol 4.144.166 persones que no tenien nacionalitat espanyola, el que implica un 9,3% del total d'empadronats i un 11,1% d'increment respecte a l'1 de gener del 2005. Per a Catalunya, els estrangers empadronats suposen 913.757.

Respecte als immigrants irregulars, resulta especialment difícil obtenir dades fiables: els organismes oficials no acostumen a oferir estimacions o aquestes solen ser a la baixa i les diferents ONGs no disposen de dades fiables i acostumen a fer estimacions a l'alça.

¹² L'expressió “població autòctona” és, sens dubte, imprecisa, però, per aquest text, s'entendrà per aquesta, aquella que no és immigrant ni procedeix de països de renda elevada.

en el territori de l'Estat espanyol tenen dret a la nacionalitat (com seria el cas dels fills d'immigrants que no compleixen els requisits legals, però als que sí que s'haurà de tenir en compte en cert tipus de programes de salut).

La nacionalitat no és tampoc un indicador vàlid, ja que en el nostre país és relativament freqüent que els estrangers l'obtinguin. Fer-la servir com a mètode d'identificació deixaria fora als immigrants nacionalitzats, que són aquells que, generalment, tenen un major número d'anys d'estància, els que acostumen a trobar-se en millors condicions socioeconòmiques (en la mesura que és necessari disposar de treball per anar renovant els permisos de residència), i que acostumen a tenir un major grau de coneixement del sistema sanitari i, també major nivell d'aculturació, de manera que els estudis realitzats amb població immigrant no nacionalitzada tindrien, previsiblement, un biaix cap a un pitjor estat de salut i accés més deficitari als serveis sanitaris.

Les dades dels Ministerios del Interior, de Trabajo y Asuntos Sociales, tot i essent, des del punt de vista de la qualitat, les més fiables, ja que recullen el país de naixement, la nacionalitat, el número d'anys d'estada en destí i la situació legal en el país, tenen també una utilitat limitada, en tant que deixen fora als immigrants irregulars, amb necessitats i problemàtiques específiques en matèria de salut.

Una manera de solucionar aquest problema seria consultar les dades del padró municipal, ja que, com s'explicarà en els següents capítols, no és necessari estar regularitzat per a inscriure's, però és conegut també que existeix un percentatge de població que no està empadronada i que, per la seva previsible situació de marginació necessitarà d'atenció específica (sense *papers*, les possibilitats d'obtenir treball són menors i sense empadronament, és difícil l'accés a les prestacions socials, entre elles les de salut).

Pel que fa referència als registres de tipus mèdic (històries clíniques, cupos dels CAPs, dades de les TSIs...) ¹³, rarament s'inclou informació relativa a cap d'aquestes dades ¹⁴. En ocasions, es registra el país de naixement o de procedència, però quasi mai la nacionalitat ni els anys de permanència a destí, la qual cosa fa que la identificació dels immigrants en el medi sanitari sigui complicada i estigui subjecta a una sèrie de biaixos que limiten la fiabilitat dels estudis que es realitzin amb aquestes dades i compliquen el càlcul dels indicadors de salut. Per a tractar de defugir aquests inconvenients, els estudis sobre el tema fan, a vegades, autèntiques piruetes, com tractar de creuar el país de naixement amb la nacionalitat o el darrer lloc d'empadronament. En la pràctica habitual, la majoria dels estudis utilitzen el país d'origen com a mitjà d'identificació i, tot i que alguns autors assenyalen la limitació que això suposa, altres ho consideren suficient.

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

¹³ CAP: Centre d'Atenció Primària; TSI: Targeta Sanitària Individual

¹⁴ A Catalunya, només fa pocs anys s'ha començat a incloure la variable “nacionalitat” entre les dades del Registre Central d'Assegurats i les TSIs.

2.1.3. Heterogeneïtat de la població immigrant

Un dels tipus més freqüents de recerques sobre desigualtats en salut són els anomenats estudis ecològics, que prenen com a unitat d'observació les característiques d'un àrea geogràfica en un moment de temps concret. S'estudien en ella variables socioeconòmiques i de salut que, a vegades, es comparen amb les d'altres zones concretes, amb l'objectiu fonamental d'analitzar la relació entre el nivell socioeconòmic i l'estat de salut de les poblacions que habiten en cada zona. En la bibliografia especialitzada s'acostuma a assenyalar que es tracta del tipus d'estudi idoni per a investigar les causes socials de les malalties i el més útil per a servir com a base del disseny de polítiques de salut. Són, també, econòmics i senzills de realitzar, en la mesura en que les dades censals acostumen a ser accessibles.

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

“Aunque las limitaciones de los estudios ecológicos han sido ampliamente comentadas (Plantadosi, Byar y Green, 1988; Greenland, 1992; Morgenstern, 1982, 1995), sus ventajas, tanto de tipo práctico como teórico, son también notables. En relación con el primer aspecto, las razones de su utilidad en el caso español han sido ya apuntadas en el capítulo anterior. En cuanto a las ventajas de tipo teórico, las siguientes razones hacen de los estudios ecológicos una alternativa adecuada a los trabajos realizados con información obtenida a nivel individual (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)

La principal limitació que presenten és l'anomenada *fal·làcia ecològica*, és a dir, la possibilitat de que els efectes observats a nivell ecològic no es corresponguin a nivell individual:

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

A més, també es reconeix que les dades poden no ser comparables si es recullen de manera diferent en les diferents àrees i, donat que acostumen a procedir del cens o del padró municipal, estan recollides amb criteris administratius i no socioeconòmics, de tal manera que les àrees per a les quals existeixen les dades agregades poden ser

heterogènies, amb grups amb característiques socials molt diferents. Finalment, és necessari tenir en compte que poden produir-se canvis en l'estructura social i que la mida mostral no ha de ser petita per a que les dades tinguin més qualitat.

En el que fa referència a l'aplicabilitat d'aquest tipus d'estudis per a la recerca de l'estat de salut i l'assistència sanitària a poblacions immigrants, cal assenyalar que el primer que s'ha de tenir en compte és un fet tan obvi com l'heterogeneïtat d'aquests grups humans. Els immigrants poden tenir en comú determinades característiques transversals pel que fa a l'experiència de la migració i a les condicions d'adaptació oferides pel país receptor, però –com passa amb la població autòctona, diversa socioeconòmicament i cultural- tot i compartint certs trets, pertanyen a diferents països i grups ètnics i presenten projectes migratoris, trajectòries personals, condicions de vida prèvies i actuals i un grau d'adscripció cultural i d'aculturació variables i absolutament personalitzats, que, a més, s'aniran modificant, també de manera individual –però no aleatòria-, en el decurs del procés migratori i que són fonamentals per a entendre determinades situacions i comportaments relacionats amb la salut. Aquesta heterogeneïtat no sempre es té en compte en els estudis sobre desigualtats en salut, on són freqüents les afirmacions generalitzadores del tipus: “els immigrants”, “els africans”, “els llatins”, “els mediterranis”, “els europeus”, que entenen a aquestes poblacions com a un grup homogeni, bé en el seu conjunt, bé agrupant-los per continent o algun tipus d'“àrea cultural” i, per tant, passant per alt tot un conjunt de diferències en la seva forma d'entendre la salut i la malaltia i la seva relació amb el sistema sanitari, així com les circumstàncies polítiques, socials, econòmiques i de salut dels seus països d'origen i de la seva situació a destí.

Un exemple d'aquesta tendència a la generalització se sol trobar en els estudis ecològics realitzats en àrees amb alta concentració de població immigrant (prenent com a unitats ajuntaments, ciutats o –tot i que més difícilment-, barris), que acostumen a pressuposa'ls-hi una homogeneïtat que estan lluny de tenir: les àrees geogràfiques en les que viu un percentatge important d'immigrants rarament concentren només aquest tipus de població ni, molt menys, als d'una única procedència. És freqüent que en aquestes zones s'assentin, a més, població autòctona, moltes vegades amb un perfil sociodemogràfic concret (ancians, grups de baix nivell socioeconòmic...) i immigrants de molt diversos llocs d'origen i de circumstàncies personals molt variades: des dels nouvinguts que cerquen les àrees on l'habitatge és més econòmic o on ja s'han assentat familiars o coneguts, fins aquells que, a l'haver aconseguit millorar, estan a punt de marxar, els que encara no ho han pogut fer o els que, estant (o no) en millor situació socioeconòmica, tenen altres motius per a romandre en el barri (família, negocis, xarxa de suport...). És freqüent també la presència d'una minoria ètnica nacional, els gitanos, que comparteix amb els immigrants algunes característiques, com la diferència cultural respecte a la societat majoritària, i, algunes vegades, la marginació social. Per altra banda, els estudis que se centren en àrees geogràfiques concretes a vegades semblen oblidar que no tots els immigrants viuen en aquests barris i que precisament els que no ho fan poden tenir característiques absolutament diferencials quant a situació econòmica i grau d'integració, assimilació o aculturació, que influiran clarament en la seva relació amb el sistema sanitari i en el seu estat de salut. D'aquesta manera, és necessari tenir present que les conclusions extreïdes de l'estudi d'àrees geogràfiques concretes, a les quals se sol recorre per la suposada facilitat per a identificar a la població, hauran de

tenir en compte aquesta variabilitat i no necessàriament seran extrapolables a tot el conjunt de població immigrant (ni tan sols als de la mateixa procedència) i que pretendre que així sigui podria esbiaixar les dades. Per últim, al basar-se en registres oficials, les recerques sobre desigualtats en salut deixen fora a un altre sector de la població que freqüentment habita en aquestes zones: persones no empadronades, que no consten en els cupos dels centres de salut, que poden no tenir un habitatge fix o no tenir-ne cap en absolut però que, d'alguna forma, desenvolupen la seva vida en aquest lloc i assumeixen que és l'àrea en la que viuen, independentment de que no constin en cap estadística.

2.1.4. Criteris de selecció de les poblacions i les mostres per a les recerques

Pel que fa referència als criteris que se solen emprar per a seleccionar la població i la mostra que formarà part d'una recerca sobre desigualtats en salut, cal fer, fonamentalment, dos comentaris.

Per una part, un tipus molt freqüent d'estudis són els realitzats dins de l'àmbit sanitari, on és més senzill accedir a la població (són ells el que hi van) i es dona un context de relació entre el metge i el pacient on al primer (o al seu equip) li resulta més fàcil obtenir respostes a preguntes que difícilment li serien contestades en d'altres àmbits. Malgrat l'avantatge aparent, això planteja dos inconvenients, el primer d'ordre ètic, el segon, pràctic. De vegades es pensa –conscientment o no- que el simple fet de que el pacient vagi a la consulta dona dret al professional a indagar sobre la seva vida, a *investigar sobre ell* sense consultar-li tan sols o fent-ho des d'una posició de poder relatiu; a suposar que la seva mera condició d'estranger, immigrant o membre d'una minoria ètnica implica, d'entrada, una situació de desemparament, de marginalitat o de diferència sobre la qual és necessari indagar; a creure que l'estatus d'investigador i la bona voluntat que sens dubte orienta les recerques donen dret, de manera automàtica, a accedir a esferes privades de la vida de les persones; i a creure, també, que les entrevistes poden fer-se després d'un únic contacte tractant els temes directament i de manera aïllada respecte a la resta de circumstàncies vitals del pacient, per citar només algunes de les situacions més freqüents. L'interès per un àmbit d'estudi no justifica que es vulneri el dret a la intimitat ni que, quan algú busca ajuda mèdica, sigui això i no una altra cosa el que rebí. I, fins i tot deixant de banda els possibles dubtes ètics, i malgrat l'aparent facilitat per a accedir a la població, és evident que aquests treballs es referiran tan sols a un sector de la població immigrada, precisament aquell que ha aconseguit superar una de les dificultats que sol ser objecte d'estudi: l'accés al sistema sanitari. Sí és cert que per aquesta via és possible obtenir informació molt rellevant sobre prevalença i incidència de diferents patologies i sobre alguns aspectes de les conductes relacionades amb la salut, tot i que difícilment respecte a percepció de la malaltia, capacitat de maneig en el sistema sanitari i grau d'adaptació del mateix, en altres qüestions, de manera que les dades obtingudes s'han de prendre amb enorme cautela i tenint present que no haurien de generalitzar-se i no serviran per a conèixer amb exactitud les (possibles) dificultats d'aquestes poblacions en matèria de salut i atenció sanitària.

D'altra banda, tant en els estudis fets des dels serveis sanitaris com a través d'enquestes és freqüent que s'esculli tan sols a la població amb capacitat per a comprendre i parlar la

llengua autòctona, és a dir, en la pràctica, s'està exclouent als que porten menys temps a destí o als que han tingut més dificultats d'adaptació o menys oportunitats de relació, amb la qual cosa, de nou, els resultats difícilment mostraran la situació real. A més, no sempre s'ofereix informació sobre els criteris de selecció, sobre l'exclusió d'individus o els motius del rebuig a participar en les recerques, independentment del disseny de les mateixes. Els biaixos en la selecció no acostumen a ser tinguts en compte o declarats: en les enquestes de salut és més freqüent que accedeixin a participar aquells que millor coneixen la llengua o senten més desitjos de mostrar el seu nivell d'integració, per posar només dos exemples; en els escassos estudis sobre desigualtats en salut realitzats a peu de carrer és difícil que es reculli a població que realitza jornades laborals llargues, als que mostren més recel cap a tot el que soni, fins i tot lleugerament, a control policial o administratiu o als que es troben en clara situació de marginalitat (que són més difícils de localitzar i tampoc és senzill que accedeixin a participar en enquestes d'aquest tipus). En definitiva, les dificultats d'identificació i selecció de la població que participarà en estudis amb el disseny característic de les recerques sobre desigualtats socials en salut que es porten a terme en el nostre entorn, no sembla que permetin conèixer adequadament el perfil de la població immigrant, la seva situació de salut ni la seva capacitat d'accés als serveis mèdics i, degut a les dificultats de quantificació, tampoc podran realitzar-se comparacions exactes amb la població autòctona, entre grups o segments del mateix grup. Amb això no es vol dir que aquestes recerques manquin d'utilitat, tan sols que és necessari, en primer lloc, conèixer i acceptar les seves limitacions i, després, cercar la manera d'evitar-les o contrarestar-les en la mesura del possible. Continuem.

2.2. ÚS DE LES TÈCNiques D'INVESTIGACIÓ

Una de les tècniques més emprades en les recerques sobre desigualtats en salut i, en general, sobre salut i immigració, és l'enquesta, bé formant part de les Encuestas Nacionales de Salud o de les diferents Comunitats Autònomes i ciutats, bé d'àmbit més limitat, per a estudis concrets. Malgrat això, l'enquesta poques vegades sembla la tècnica de recerca adequada per aquesta matèria ni, molt menys, per aquest tipus de poblacions, i això per diversos motius.

En primer lloc, per les ja citades dificultats d'identificació i selecció de la població i de les mostres, però, a més, perquè, com molts dels autors reconeixen, les enquestes de salut d'àmbit ampli no són representatives per aquesta població diana. En realitat, ni tan sols ho són de la totalitat de la població, ja que eliminen, deliberadament, a les persones institucionalitzades (ancians, malalts hospitalitzats, presos, residents en albergs o institucions públiques...), que poden tenir necessitats de salut específiques –i, en conseqüència, precisar indicadors pertinents–, i també és difícil que arribin a la població no institucionalitzada més marginal o amagada (no disposen de telèfon o d'habitatge censat, no estan empadronats, rarament col·laboren...). En el cas dels immigrants, a aquests fets s'afegeix que es tracta d'una població molt petita en relació amb la majoritària, de tal manera que la seva representació en una mostra aleatòria global o en qualsevol que pretengui estudiar a la societat en el seu conjunt serà necessàriament insuficient i, en tot cas, inútil per a extreure conclusions vàlides. I si a això se li afegeix la situació de marginalitat i/o d'ocultació en la que viu una part d'ells, la situació es complica encara més.

El més habitual, a més, és que el contacte entre l'enquestador i l'enqu Coastat sigui únic, puntual, en el moment de fer l'enquesta, fet que limita clarament la confiabilitat de la major part de les dades obtingudes, en especial de les que requereixen confiança per a ésser revelades. I això és encara més greu si no existeix, com succeeix sovint, un coneixement profund per part de l'enquestador respecte a la realitat sobre la que preguntarà (continguts socioeconòmics i culturals bàsics, característiques del procés migratori, pautes respecte a la salut, etc.) i molt menys encara sobre els patrons socials i culturals que marquen la correcció de les relacions socials en els diferents grups: de què es pot parlar, què es pot preguntar i quan i com, a qui i per part de qui. Això és molt important tenint en compte que s'indaga sobre dades delicades (regularització, ingressos, malalties...) que és probable que la persona decideixi amagar o falsejar, per diversos motius: per considerar que qui li fa la pregunta no té dret a fer-ho, perquè el tema pel qual se li pregunta no és adequat per a parlar amb un estrany (d'una determinada edat i sexe, a més), per desconfiança cap a tot el que prové de les administracions, per falta de control de què es farà amb les dades o quin és l'objectiu real de la recerca, per pudor, per desconeixement, per intentar agradar a l'investigador dient-li allò que pensa que vol escoltar o simplement perquè és l'únic representant de la societat majoritària al qual es pot desafiar, per tractar de presentar unes condicions de vida pitjors que les reals per a intentar obtenir algun benefici o, al revés, per presentar una situació millor, en un intent de protegir la pròpia dignitat. Sigui pel motiu que sigui, tant les circumstàncies en les que en ocasions es troben aquestes persones com la forma en que es fa l'abordatge o les preguntes concretes, dificulta que s'obtinguin dades fiables i riques.

De la mateixa forma –tot i que és quelcom que se sol tenir menys present-, l'anàlisi de les dades d'una enquesta pot mostrar relacions entre variables que poden requerir una interpretació que remeti a altres variables, relacions i contextos. Quan el coneixement de les cultures i els processos socials és (com a mínim) superficial es corre el risc d'ignorar aquestes qüestions i de recorre a explicacions intuïtives, derivades de les pròpies circumstàncies o d'informacions més o menys esbiaixades i estereotipades. Evidentment, cap investigador, sigui de la disciplina que sigui, està totalment lliure d'aquest tipus d'errors, però sense cap dubte aquests poden ser més i més absurds quant menor sigui el coneixement de les poblacions que s'estudien. Només quan aquest coneixement és profund i científicament construït és possible obtenir cert tipus de dades mitjançant enquestes, tot i que això impliqui major necessitat de temps (i, per tant, de pressupost) i la disponibilitat de professionals amb formació específica, qüestions ambdues poc freqüents en la majoria de les recerques.

No totes les limitacions fan referència, tanmateix, a les característiques pròpies de la tècnica sinó també al disseny concret de cada enquesta. Les preguntes que es fan en les enquestes d'àmbit ampli (estatals, de Comunitats Autònomes o ciutats) no sempre són capaces d'identificar a la població immigrant (normalment, es pregunta el lloc de naixement) i tampoc acostuma a existir –amb excepcions, òbviament- un disseny orientat a conèixer les opinions, necessitats i problemes d'accés específics d'aquestes persones. Els ítems acostumen a ser, a més, estàndard, és a dir, no hi ha una adaptació cultural (ni, moltes vegades, tan sols idiomàtica) que faciliti la comprensió, de manera que, al no haver la majoria de vegades un coneixement previ sobre cada població, poden

fàcilment formular-se preguntes que no tinguin sentit o siguin inoportunes en diferent mesura, mentre que les preguntes rellevants per al context social i cultural concret puguin quedar sense formular. Aquesta adaptació lingüística i cultural dels qüestionaris tampoc acostumen a donar-se en estudis basats en enquestes pròpies, tot i que hi ha excepcions. En general, s'acostuma a eliminar a la població que no parla l'idioma i la valoració que es fa de la capacitat de comprensió de la persona és subjectiva, per la qual cosa, tot i que pugui comunicar-se bàsicament, no necessàriament té per què entendre el contingut específic d'algunes preguntes i, a la inversa, és possible que tampoc l'investigador entengui del tot les respostes. Tot i que es faci la traducció, poques vegades es fan controls de qualitat de la mateixa, bé encarregant-ho a diversos traductors, bé mitjançant la tècnica de la traducció directa-inversa. A més, la traducció acostuma a entendre's d'una manera estricta, com el canvi de la informació d'una llengua a una altra, però no com a una adaptació als significats precisos d'aquesta llengua, ni se sol atendre a la freqüentíssima polisèmia de les paraules, ni a les concepcions culturals entorn a la salut i la malaltia que puguin tenir aquells que responen.

Moltes de les dificultats per a obtenir dades fiables i de qualitat i interpretacions i hipòtesis adequades es donen no només amb les enquestes de salut sinó també amb les entrevistes. Cada vegada és més freqüent que en recerques fetes des de l'àmbit biomèdic s'assenyali, com a una aportació nova i que atorga qualitat, que s'utilitza metodologia qualitativa, entenent per aquesta la realització d'entrevistes més o menys àmplies i de resposta oberta o la formació de grups focals. És necessari dir, sobre això, que és molt destacable l'interès creixent des de la Medicina per aquest tipus de metodologia, que, en definitiva, suposa un reconeixement –poques vegades explícit- dels problemes que presenta aquella de caire més quantitativa, tanmateix, és freqüent que el seu ús estigui lluny de ser el desitjable: es fan entrevistes en lloc d'enquestes (a vegades com a complement d'aquestes) però segueix sense existir un coneixement etnogràfic previ de les poblacions, ni suficient confiança entre l'investigador i l'informant ni, masses vegades, formació específica adequada d'aquest ni d'aquells que després interpreten les dades, per la qual cosa, abans d'emprar-les, s'hauria d'anar més al fons en els requeriments d'aplicació d'aquest tipus de tècniques.

Ara bé, el què s'ha dit fins ara tant pel que fa a les entrevistes com pel que fa a les enquestes, i que es pot fer extensible a altres tècniques que comencen a emprar-se, com els grups focals, no pretén negar en absolut tot el valor de les dades obtingudes d'aquesta manera, ja que algunes d'elles sí respondrien a la realitat i, per tant, seran necessàries. El problema sorgeix quan es desconeix o no es tenen en compte els límits d'aquestes eines, per a les poblacions que ens ocupen. No es tracta, insisteixo, de negar tota utilitat científica a aquests esforços, sinó de saber en quins aspectes està la seva utilitat, en conèixer les limitacions i tractar de reduir al màxim els problemes metodològics.

Respecte a una altra font d'informació, els registres mèdics, dir tan sols dues coses. No sempre són rigorosos (entre d'altres motius perquè no estan orientats a la investigació sinó a la clínica, lògicament) i, sobretot, destaca la seva escassa o nul·la accessibilitat per als investigadors especialitzats en aquests temes però no procedents de la Medicina, com poden ser antropòlegs o sociòlegs. Tot i que existeixen raons ètiques derivades de

la confidencialitat de les dades que justifiquen la limitació de l'accés i que són evidents i és necessari respectar, també és cert que en alguns mitjans es manté un elevat grau de corporativisme que tanca les fronteres a les recerques des d'altres perspectives diferents a la biomèdica.

2.3. DISSENY I ÚS D'INDICADORS

En els estudis sobre desigualtats en salut s'empren dos grans tipus d'indicadors: socioeconòmics i de salut i ús de serveis sanitaris.

2.3.1. Indicadors socioeconòmics

2.3.1.1. Classe social

La major part dels autors que escriuen sobre desigualtats socials en salut defensen la utilització de la variable "classe 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)

Per a establir la classe social s'acostuma a utilitzar diversos indicadors: l'ocupació, el nivell d'ingressos i de riquesa, el nivell d'estudis i diversos índexs compostos. Els dos primers (ocupació i ingressos) són els més emprats en els estudis al Regne Unit. La classificació més emprada a nivell internacional en els estudis de desigualtats socials en salut és la del *British Registrar General*, creada el 1911 i que s'ha anat modificant amb els anys¹⁵. Es tracta d'una escala que classifica les ocupacions en set grups, segons el grau de formació que requereixen:

Classificació del <i>British Registrar General</i>	
Classe I	Professionals
Classe II	Ocupacions mitjanes
Classe II N	Treballadors no manuals qualificats
Classe III M	Treballadors manuals qualificats
Classe IV	Treballadors semi-qualificats

¹⁵ A més d'aquesta, existeixen també la classificació de Goldthrope i la de Wright, d'enfocament neo-weberiana, la primera i marxista, la segona, tot i que no s'acostumen a utilitzar en els estudis de desigualtats en salut. Poden consultar-se a: Borrell, 1996; Borrell, Benach, 2003.

Classe V	Treballadors no qualificats
Classe VI	Ocupacions descrites inadecuadament

Font: Borrell, 1996

El primer comentari crític es pot fer en aquest punt, en la mesura en que la categoria “ocupacions descrites inadecuadament” sembla bastant ambigua i no queda clar quin tipus d’ocupacions recolliria: ocupacions sobre les que l’enquestador no ha pogut recollir dades suficients o aquelles sobre les quals, tot i havent informació completa, no s’han comprès les respostes o s’escapen a les categories anteriors? Per exemple: d’un venedor ambulat irregular (sense llicència) es pot descriure de manera absolutament clara la seva activitat (horaris, guanys, proveïdors, lloc de treball...), tanmateix, d’acord amb aquesta classificació, s’inclouria, probablement, sota aquest epígraf. Passa també quelcom similar quan la persona desenvolupa diverses ocupacions i n’ha de seleccionar alguna d’elles, però, segons quin criteri?, la regular, la que proporciona més ingressos, la més estable...?. La reflexió aniria cap a la dificultat de fer encaixar activitats no reglamentades, marginals, múltiples, irregulars o francament il·legals en aquestes categories, amb la qual cosa mostrarien una validesa limitada per a l’estudi de poblacions que es trobessin en aquestes condicions. Es deixa de banda o s’entén malament, llavors, a un número important de persones, especialment en el cas de les poblacions que ens ocupen, per la qual cosa convé tornar a insistir en la necessitat d’adaptar les tècniques i els indicadors als moments socials concrets en els que es fan les recerques i a les circumstàncies vitals de les persones amb les que es treballarà.

A l’Estat espanyol destaquen dues classificacions, la de Domingo i Marcos i la de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). La primera és una adaptació de la del *British Registrar General* elaborada a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1979 (CNO-79) i inclou sis categories:

Classificació de Domingo i Marcos	
Classe I	<ul style="list-style-type: none"> - Directius de l’Administració i de les empreses (excepte els inclosos en la classe II) - Alts funcionaris - Professionals liberals - Tècnics superiores
Classe II	<ul style="list-style-type: none"> - Directius i propietaris-gerents del comerç i dels serveis personals - Altres tècnics no superiores - Artistes i esportistes
Classe III	<ul style="list-style-type: none"> - Quadres i comandaments intermedis - Administratius i funcionaris en general - Personal de serveis de protecció i seguretat

Classe IVa	- Treballadors manuals qualificats de la indústria, el comerç i els serveis - Treballadors manuals qualificats del sector primari
Classe IVb	- Treballadors manuals semi-qualificats de la indústria, el comerç i els serveis - Treballadors manuals semi-qualificats del sector primari
Classe V	- Treballadors no qualificats

Font: Borrell, 1996

L'ambigüïtat apareix de nou en aquest punt: en funció de quins criteris es qualifica a algú, per exemple, d'artista?, formació específica, regularització de l'activitat, estabilitat, guanys...?, Es classificarien llavors en la mateixa categoria un mim de Les Rambles de Barcelona (habitualment amb algun tipus de formació, amb llicència municipal i certs guanys) que un pianista contractat (o sense contracte) en un bar o una cantant del Liceu? La indefinició és patent. Es tracta, en definitiva, de categories pensades per a població amb contractes laborals legals i activitats "reconegudes", però que difícilment s'adapten a la realitat de vida de poblacions que no aconsegueixen aquests requisits, que són moltes, per la qual cosa necessàriament es produeixen desajustos i errors en la codificació de les dades, primer, i en la seva interpretació, després.

La classificació de la SEE, de 1995, és la més emprada i està basada en l'anterior i en la Clasificación Nacional de Ocupaciones de l'any 1994. Inclou vuit categories:

Classificació de la Sociedad Española de Epidemiología	
Classe I	-Directius de l'Administració Pública - Directius d'empreses de 10 o més assalariats - Professions associades a titulacions de 2n i 3r cicle universitari
Classe II	-Directius d'empreses de menys de 10 assalariats - Professions associades a titulacions universitàries de primer cicle -Tècnics i professionals de suport - Artistes i esportistes
Classe IIIa	-Personal de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera - Treballadors dels serveis personals i de seguretat
Classe IIIb	-Treballadors por compta pròpia

Classe IIIc	-Supervisors de treballadors manuals
Classe IVa	- Treballadors manuals qualificats
Classe IVb	-Treballadors manuals semi-qualificats
Classe V	-Treballadors manuals no qualificats

Font: Borrell, 1996

En la categoria “treballadors per compte pròpia” trobem un altre exemple més de les dificultats de categorització en el moment actual i, especialment per a determinades poblacions: un venedor de ferralla amb llicència i donat d’alta en el Règim d’Autònoms requereix certa qualificació professional (tot i que no estudis reglats o reconeguts) però, habitualment, tindrà menys guanys i, sens dubte, més riscos per a la seva salut derivats de la seva activitat professional que, per exemple, l’amo d’una botiga de queviures, però ambdós es trobarien, segons aquesta classificació, en la mateixa categoria.

Respecte a les classificacions mencionades, els autors que treballen sobre el tema reconeixen també diferents limitacions. Entre les més greus destaca el fet de que deixen fora a les capes de la població que no treballa (aturats, mestresses de casa) o que no estan incloses en el mercat laboral (nens, jubilats, treballadors sense contracte o que desenvolupen una activitat no regularitzada- com la venda ambulat sense llicència-, becaris en pràctiques...). En molts casos no contempen tampoc la perspectiva de gènere, ja que suposen que els treballadors només són homes i assignen a les dones la classe obtinguda per a la seva parella o per al “cap de família”. A més, tant el volum relatiu com les condicions de vida associades a les classes classificades d’acord amb l’ocupació poden variar substancialment en el decurs del temps i també entre els països, la qual cosa fa difícil la comparació temporal i internacional. La comparabilitat està dificultada també per les variacions que han patit algunes de les classificacions al llarg dels anys, per la qual cosa l’increment en el temps que es defensa que han tingut les desigualtats en salut pot no ser real, sinó un biaix derivat d’una eina de mesura més eficaç. Per últim, s’afegeix que tracten cada classe social com a homogènia, quan poden existir grans diferències en funció de les diferents ocupacions que corresponen a cada una d’elles, diferències que, com hem vist, poden ser molt rellevants en els estudis de salut.

Aquests inconvenients es fan encara més palesos quan es tracta d’assignar la classe social per a col·lectius diferents al dels homes inclosos en el mercat de treball. En el cas de les dones, tot i quan se les inclou, rarament es contempla el treball domèstic o reproductiu, una herència sociocultural realment prejudiciosa i impròpia d’estudis científics, però heretada i firmament consolidada. Els problemes d’inclusió de les dones constitueix, sens dubte, una limitació important d’aquest tipus d’estudis, no només per la creixent incorporació de la dona al món laboral sinó també perquè fa que l’assignació de la classe per a elles i per a les famílies pugui ser errònia i perquè no permet estudiar

amb garanties les repercussions de la vida laboral i la seva compaginació amb la domèstica en la salut de les dones. Als nens habitualment se'ls assigna també l'ocupació del pare en el moment de l'enquesta, sense tenir en compte treballs anteriors ni la situació laboral o educativa de la mare que podrien ser, en alguns casos, superiors a les del pare. El cas dels ancians mostra una limitació més d'aquestes mesures de classe social, i és que, habitualment, només es registra l'última ocupació (que pot no ser l'única que s'utilitzi per a calcular la pensió) i no es té en compte l'itinerari laboral previ (que pot condicionar en gran mesura la quantitat de la pensió, la qualificació, etc.) ni el temps de jubilació. Per a les dones ancianes, que mai han treballat com a assalariades contractades, l'assignació de classe es complica encara més.

Les propostes per a solucionar aquestes limitacions varien segons l'autor: estudiar l'estructura familiar al complet, prendre el treball i la formació de tots els seus membres, o només de la persona que tingui l'estatus més elevat, incloure el treball que s'ha tingut durant més temps, etc., però el cert és que la major part dels estudis sobre desigualtats socials en salut, nacionals i internacionals, continuen tenint com a base aquestes classificacions i aquestes deficiències, tan sols reconegudes a vegades i gairebé mai resoltes.

Però, a més d'aquestes limitacions, poden assenyalar-se encara dues més a les que no sol prendre atenció en els treballs especialitzats. Per una part, els indicadors de classe social basats en l'ocupació tan sols recullen el treball actual, sense prendre atenció a l'itinerari laboral previ, en el que poden trobar-se qüestions que es relacionen directament amb l'estat de salut. Per l'altra, s'estableix una relació directa entre el tipus de treball (associat a un determinat nivell de formació) i ingressos, de manera que es tendeix a suposar que a més formació majors ingressos, la qual cosa no sempre és certa, especialment en el moment actual.

En el cas dels immigrants, s'accentuen algunes d'aquestes limitacions i se n'afegeixen, a més, d'altres. És freqüent que en els primers moments, després de l'arribada, el treball disponible estigui per sota de la qualificació laboral, que els ingressos que es perceben siguin baixos i que, a mesura que la situació s'estabilitza, s'acostumi a anar realitzant activitats més acords amb la formació, tot i que tampoc sempre s'aconsegueix aquest objectiu. En relació amb els ingressos, no és estrany que siguin menors que els que perceben, per el mateix treball, els treballadors autòctons, la qual cosa farà que no necessàriament l'assignació de classe en funció de la categoria laboral tingui una correspondència real amb els ingressos. D'aquesta forma, la situació laboral acostuma a ser, al menys en els primers anys, suficientment canviant com per a dificultar la seva adscripció a una categoria o a una altra classe social. És a dir, el fet de que en el moment de l'entrevista un immigrant tingui un treball relativament acord amb la seva formació i, fins i tot, ben remunerat no implica necessàriament que així hagi estat així sempre, fins i tot pot ser que hagi canviat recentment, i la situació prèvia, de precarietat laboral o de determinats tipus de treballs, pugui haver deixat una petja en la seva salut que no correspongui amb el que s'esperaria en funció de la classe social i l'ocupació actual que se li assigna.

Per altra banda, aquests indicadors no permeten tenir en compte la situació en el país d'origen, de forma que, en ocasions, la mateixa precarietat laboral i econòmica que

obliga a emigrar o, fins i tot, la situació econòmica relativament folgada que permet fer-ho, tindrà conseqüències –negatives o positives, segons sigui el cas- sobre la salut, que aquests estudis no recolliran, la qual cosa pot portar a errors.

No és possible tampoc conèixer situacions molt freqüents entre els immigrants (i d'altres minories, com alguns gitanos autòctons) d'alternança i simultaneïtat de treballs, de forma que no és estrany que es tingui una ocupació que s'entén com a la principal i que s'assenyalarà com a tal en l'enquesta o entrevista (per dedicació en el número d'hores, per ingressos, perquè és la que ha permès la regularització, perquè se li atribueix major prestigi o, fins i tot, malgrat proporcionï menors ingressos,...), però es realitzin, per temporades o paral·lelament, altres treballs, amb diferents objectius: arrodonir ingressos, establir o mantenir relacions socials, ajudar a la família o membres de la xarxa social, etc. També és habitual, sobretot en determinades àrees geogràfiques, que l'àmbit de treball sigui molt diferent en funció de l'època de l'any: recol·lecció de fruita a l'estiu i treball en la construcció a l'hivern; hostaleria a la temporada alta, treball domèstic en temporada baixa i venda ambulat durant el Nadal..., de tal manera que, malgrat no necessàriament canviï l'assignació de classe, sí poden fer-ho, i de manera significativa, els ingressos i la influència del treball en la salut.

I el que sí s'escapa per complet a les possibilitats d'aquests estudis –amb aquesta metodologia- és la situació d'informalitat des de la que s'exerceix a vegades l'ocupació: treballs sense contracte o amb contractes falsificats (quant a les hores, tipus d'activitats, condicions...), en negocis de familiars o de membres de la xarxa social, activitats irregulars (com la venda ambulat no regularitzada) o francament il·legals.

No sembla, per tant, que l'assignació de classe social en funció de l'ocupació sigui un bon indicador per a la població immigrant (sobretot si s'utilitza sense un suport fort d'altres variables i altres indicadors pertinents) i, menys encara, si en els estudis no es diferencia a aquesta població de l'autòctona, que pot viure, amb el mateix tipus de treball o en la mateixa categoria social, en condicions completament diferents. L'ocupació tan sols pot ésser un indicador –i mai exclusiu- quan s'utilitzen les eines intel·lectuals i tècniques correctes per a l'obtenció de l'adequada amplitud, contextualització i confiabilitat.

2.3.1.2. Nivell d'ingressos

Diversos autors han insistit en la necessitat de completar les classificacions basades en l'ocupació mitjançant la quantificació del nivell d'ingressos (entenent-ho com el volum de diners que es perceben) i la riquesa (que se sol definir com les reserves econòmiques).

“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 nivell d'ingressos es relacionaria, d'acord amb la metodologia habitual en els estudis de desigualtats en salut, no només amb l'accés a recursos (inclosos els sanitaris) sinó també amb majors possibilitats d'educació, el que implicaria, alhora, més capacitat per a entendre els missatges preventius i modificar les conductes relacionades amb la salut. Malgrat això, el principal inconvenient resideix en la dificultat per a obtenir aquestes dades en els estudis convencionals sobre desigualtats en salut, de forma que el percentatge d'ocultació o falsejament pot tenir –acostuma a ser-ho, de fet- bastant elevat. A més, seria necessari recollir el nivell d'ingressos de la unitat domèstica –que habitualment coincideix amb la unitat familiar, però no sempre- i no només l'individual.

Respecte a la seva consideració en la població immigrant (i també, en certs casos, pertanyents a minories ètniques) es tracta d'un indicador que també presenta limitacions. Per una banda, degut a l'alternança o simultaneïtat de treballs i la discontinuïtat temporal que es dona en alguns casos, pot resultar difícil establir un càlcul exacte acceptable (amb molta més freqüència del que es pensa, ni tan sols aproximat) del volum de guanys en un determinat període –generalment es pregunten els ingressos mensuals o setmanals-. Per altra banda, a l'intentar correlacionar el nivell d'ingressos amb les condicions de vida, en immigrants, serà necessari considerar una sèrie de factors relacionats amb la família, la xarxa social extensa o el patró de despesa, que no solen estar presents en la majoria de la població autòctona i que, una vegada més, difícilment s'obtidran en un contacte més o menys superficial, puntual o breu entre entrevistador i entrevistat. Haurà de tenir en compte a tots els membres de la unitat familiar, tant pel que fa referència al càlcul d'ingressos com en l'estimació de despeses, i això sabent que l'estructura familiar no té per què correspondre amb la família nuclear majoritària en la població autòctona. Un immigrant pot tenir com a dependents a membres de la seva família nuclear i de la família extensa (a vegades en el sentit més ampli de la paraula), a destí i a origen, i, a més d'això, pot tenir obligacions de reciprocitat amb persones del seu mateix grup ètnic, lloc d'origen o acostats, o pot sentir, per diversos motius, la necessitat de mantenir actituds que atorguen prestigi en la seva comunitat i que poden ser decisives per a la seva posició social en ella, per exemple, finançant l'arribada d'algun dels seus membres, subvencionant petites obres en el seu poble, fent donacions, de caràcter religiós, etc. Un altra possibilitat que és necessari tenir en compte a l'hora d'avaluar les despeses és que, a més de les obligacions de reciprocitat mencionades, molts immigrants adquireixen considerables deutes per a arribar al seu destí, el pagament dels quals limitarà la seva capacitat de despesa, i també que, sobretot aquells que mantenen una intenció (realista) de retorn, puguin dedicar bona part dels seus ingressos a l'estalvi o a realitzar inversions a origen. Qüestions totes elles de les que parlarem amb deteniment en el capítol 3 i que difícilment es poden recollir en enquestes o entrevistes puntuals, però que condicionaran en gran mesura la disponibilitat de diners de la persona i, per tant, les seves condicions de vida.

2.3.1.3. Educació

L'educació és un dels indicadors més emprats en les recerques sobre desigualtats en salut als Estats Units. Existeixen diferents maneres de mesurar-la en funció de les necessitats de la recerca o les característiques de la població: tot i que el més habitual és

recollir el nivell dels estudis finalitzats, pot mesurar-se també mitjançant l'edat al finalitzar els estudis, l'últim curs realitzat o el número d'anys d'escolarització.

En principi, es tracta d'un indicador fàcil d'obtenir i de quantificar i acostuma a ser estable al llarg de tota la vida en els adults, tot i que aquesta darrera característica s'assenyala també com a un inconvenient, ja que la seva estabilitat no reflectiria els possibles canvis vitals que podrien donar-se en una persona i que tindrien efectes sobre la seva salut (la pèrdua del treball, per exemple). Tampoc permet tenir en compte l'educació no formal o situacions molt freqüents com que, per al mateix nivell educatiu i el mateix tipus de treball, els sous puguin ser menors per a determinats col·lectius (dones o minories ètniques, per exemple). A més, la seva homogeneïtat en els grups de més edat de la població i en les poblacions més marginals fa que sigui poc discriminatòria.

Aquells que el defenen com a un indicador fonamental afirmen que l'educació permet l'accés a ocupacions millors i més remunerades i es relaciona, com s'ha assenyalat, amb la facultat d'entendre i incorporar les mesures preventives de salut i els tractaments. Sobre això últim, poden fer-se dos comentaris. Per una part, al suposar l'estabilitat de la relació formació-treball-ingressos no se sol tenir en compte la situació, freqüent en moltes capes de la població i, sobretot, en les persones en edats mitjanes i avançades de la vida, en la que el fet de no disposar de cap tipus d'estudi formal no impedeix realitzar treballs qualificats o semiqualicats. I al revés: actualment sembla cada vegada més clar que les persones amb una formació més alta (titulats universitaris, per exemple) triguen més en accedir a un treball acord amb la seva formació, quan ho aconsegueixen, i perceben durant més temps ingressos menors que altres amb capacitacions professionals de menor nivell, però amb major demanda. En definitiva, si es tracta d'utilitzar l'educació com a indicador d'estatus, no tan sols mai pot ser l'únic que s'ha de considerar, sinó que s'ha de tenir en compte la relativa falta d'adhesió actual entre nivell d'estudis i condicions econòmiques, per un costat, i el prestigi atorgat a determinat tipus de formació reglada per als diferents col·lectius, per l'altre, la qual cosa pot incidir més en la qualitat de vida que en els ingressos.

Per altra banda, en relació amb el paper de l'educació com a capacitadora per a entendre el funcionament dels serveis de salut, per a responsabilitzar-se dels propis hàbits i per a comprendre els missatges preventius, dir que és innegable que l'escola és socialitzadora i enculturadora, de manera que sí serveix per a transmetre un sèrie de claus i coneixements respecte a l'estructura de la societat en la que es viu i també és cert que a major nivell cultural (tot i que això no necessàriament vagi unit a la formació reglada), major capacitat per a entendre cert tipus d'informació. Ara bé, en el cas dels immigrants, la seva formació, la seva escola, pot haver estat igualment integradora i funcional, només que no necessàriament ho és per allò que es troba en aquí. És a dir, podem estar davant de persones amb cert nivell d'educació als quals la nostra estructura sanitària els resulti completament aliena o que, per les seves concepcions respecte a la causalitat de la malaltia i les formes de tractar-la, integratius en el seu lloc d'origen, els missatges preventius de la biomedicina no els hi diguin gran cosa. A més, la capacitat per a comunicar les pròpies queixes i demandes no dependrà només del nivell de formació o cultural, sinó també de les diferents pautes de relació social i de comunicació, així com d'una posició social subordinada que no permet l'exigència de

determinats drets o que interfereix en l'equitat de la relació entre el personal sanitari i el pacient, quelcom que és vàlid per a immigrants, minories ètniques i també per a diversos sectors de la població autòctona.

En el cas dels immigrants, s'haurà, a més, de tenir presents quatre situacions més. La primera, la diferència dels sistemes educatius i dels plans d'estudi a origen i a destí, de forma que trobar un equivalent en l'estructura local pot no resultar senzill i l'emplenament de l'enquesta o l'entrevista pautaada o superficial estarien, en aquest punt, subjectes a biaixos i imprecisions.

La segona, les dificultats legals i burocràtiques per a la convalidació de títols, que poden portar a persones amb alts nivells de formació reconeguts en el seu país d'origen a desenvolupar a destí treballs no relacionats amb ells o per sota de la seva qualificació o, fins i tot, en aquells casos en els que sí corresponguin amb el seu nivell formatiu, puguin desenvolupar-se en condicions d'informalitat (sense reconeixement legal del títol) i, habitualment, percebent per això un sou inferior al preceptiu. Un exemple significatiu d'això és la situació en la que es troben gran quantitat de professionals sanitaris procedents dels anomenats països en desenvolupament, als quals l'Estat espanyol no acostuma a reconèixer l'especialitat però sí la llicenciatura en Medicina, o, encara quan sí ho faci, triga un cert temps, de forma que exerceixen, habitualment, en dues situacions diferents: bé com a metges de família en organismes públics o privats (tot i no comptar amb la formació especialitzada en aquesta àrea que sí s'exigeix als professionals locals), bé com a especialistes en el sector privat, rebent moltes vegades salaris menors i amb una desprotecció legal evident, per no parlar de la competència deslleial cap als col·legues autòctons i els riscos que les seves diferències en la formació (no comprovades per les autoritats) puguin suposar en els pacients. Les derivacions de pacients als serveis públics, que s'estimen com a no justificades i conseqüència de carències formatives i del desconeixement del sistema per part d'aquests professionals, juntament amb la competència per espais de treball escassos i no sempre adequadament remunerats, sembla estar incrementant els prejudicis i la xenofòbia cap a ells per part dels professionals autòctons, que poden estendre's amb facilitat a la resta dels treballadors estrangers i als pacients. Respecte a això, i sense aturar-nos massa perquè no és el moment, convé senyalar que l'actual tendència de certes administracions a contractar professionals sanitaris estrangers de diversa procedència per a llocs de treball que són, per les seves característiques (guàrdies, centres rurals o a barris marginals, etc.) difícils de cobrir, hauria d'estar precedida de les mesures adients per tal de garantir els drets de tots els actors implicats, siguin els dels mateixos professionals estrangers, els dels autòctons o els dels pacients.

La tercera situació implica tenir en compte el paper de l'idioma, especialment en les primeres etapes de l'emigració, de manera que si no es domina la llengua pot resultar impossible treure-li partit a un títol, mentre que aquestes mateixes dificultats de comunicació no impediran, amb freqüència, la realització d'activitats no qualificades (la recol·lecció, per exemple).

La quarta, serà la necessitat de tenir en compte que en determinants col·lectius l'emigració pot estar motivada no per raons econòmiques i laborals sinó per motius polítics o pel desig d'adquirir una formació que no està disponible a origen, per la qual

cosa es podria tractar de persones en situacions socials (sobretot pel que fa referència a la regularització jurídica) i econòmiques completament diferents a les d'aquells als quals acostumen a denominar immigrants econòmics.

2.3.1.4. Altres indicadors socioeconòmics

A més dels anteriors, existeixen altres indicadors socioeconòmics, com la possessió de cotxe o habitatge, les característiques d'aquest o la situació d'atur, que a vegades s'utilitzen sols o formant part d'índexs compostos, tot i que el seu ús en els estudis convencionals sobre desigualtats en salut en el nostre entorn no tan és freqüent.

Els indicadors compostos (també anomenats sintètics) serveixen també per a mesurar la denominada "privació material", ja sigui individual o d'una àrea geogràfica, i poden ser de diferents tipus:

“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)

Els més utilitzats són els elaborats per Carstairs i Morris (Carstairs, Morris, 1988; Morris, Carstairs, 1991) i per Townsend (Townsend, Phillimore, Beattie, 1988):

“Entre els índexs de privació utilitzats a Gran Bretanya cal destacar el que va crear Vera Carstairs l'any 1981, basat en variables censals (amuntegament, falta de serveis en les cases, percentatge de població de la classe V, homes en atur, falta de cotxe, cases amb 1-3 habitacions i proporció de població activa) per analitzar les desigualtats de salut en àrees petites de Glasgow i Edinburgh. Posteriorment Carstairs i Morris [1988] van utilitzar els següents indicadors per calcular el seu índex de privació en cada sector d'Escòcia: llars amb amuntegament, homes en atur, classe social baixa i llars sense cotxe. Aquest autors ressalten que l'àrea geogràfica (amb el seu índex de privació) pot ser una mesura alternativa a la classe social individual, cosa que al mateix temps fa més fàcils les possibles intervencions de salut pública, ja que permet detectar zones amb diferents tipus de problemàtica socio-sanitària.

Townsend utilitza els següents indicadors per representar la privació material: persones econòmicament actives que estan en atur, llars sense cotxe, llars que no són de propietat i llars amb amuntegament. Townsend opina que s'ha d'anar *més enllà* de l'estudi de la classe social basada en l'ocupació, per detectar les desigualtats en salut i aprofundir en el seu estudi. Un altre índex utilitzat és el de Jarman, que apart d'incloure l'atur i la classe social baixa, inclou variables socio-demogràfiques i de la llar.

L'any 1991 Carstairs i Morris varen comparar 5 índexs de privació utilitzats al Regne Unit, i van trobar que el seu índex i el de Townsend eren els que explicaven més bé la variància observada

en sis indicadors de salut (raons de mortalitat estandarditzades, persones temporalment malaltes, persones malaltes permanentment (dades obtingudes del cens), raons de dies de llit a l'hospital estandarditzades, raons d'altres hospitalàries estandarditzades i mitjanes d'estada hospitalària estandarditzades)." (Borrell, 1996: 31, les cursives són seves)

En primer lloc, assenyalar la conveniència de tenir en compte no només el nivell d'ingressos sinó la riquesa en el seu conjunt, ja que el nivell econòmic i el poder adquisitiu no el donen només els sous que es perceben per raó d'un treball sinó també per altres vies com rendes o herències. Òbviament, la situació no serà la mateixa en el cas de dues persones amb el mateix sou, quan una d'elles tingui un sou com a única font d'ingressos l'altra disposi d'un ampli patrimoni que redueixi les despeses (lloguer, hipoteca...), augmenti els ingressos i serveixi, a més, de suport en situacions de crisi. En relació precisament amb el suport en situacions adverses, assenyalar que rarament en els estudis sobre desigualtats en salut es té en compte el paper que, davant la malaltia o, fins i tot, com a prevenció d'aquesta, pot tenir la disponibilitat d'una xarxa social de suport. Com es veurà amb major deteniment en els capítols 2 i 3, és un fet que, per exemple, per a determinades patologies psicològiques, la xarxa social constitueix un factor de bon pronòstic, en tant proporciona no només cures i suport emocional sinó, moltes vegades, suport econòmic, allotjament, etc. (Atxotegui, 2002).

Quant al paper d'altres possibles indicadors socioeconòmics en el cas dels estudis amb immigrants i també amb població marginal o pobre autòctona, assenyalar, per exemple, la rellevància de tenir presents les característiques de l'habitatge, no tan sols en relació amb el número de metres quadrats, índex d'amuntegament o règim de tinença (que acostumen a ser les variables que es tenen en compte) sinó també altres com el número i el tipus de relació amb les persones amb les que es comparteix (a vegades varies famílies en un pis), la disponibilitat d'espai propi o les condicions bàsiques d'habitabilitat (aigua, llum, bany, seguretat física de l'estructura, salubritat de l'habitatge i del barri, serveis de neteja d'aquest i de recollida de residus...). Així, serà possible trobar situacions tan extremes com les d'immigrants en molt mala situació econòmica que no disposen tan sols d'habitatge, comparteixen pis en el sistema conegut com "llit calent"¹⁶ o viuen en condicions que es podrien qualificar d'infrahumanes, fins a d'altres en les que tot i quan el nivell d'ingressos permet disposar d'un habitatge millor, opten per restar en un per sota del seu poder adquisitiu estimat perquè tinguin, com ja s'ha dit, un altre tipus de càrregues o obligacions en les que gastar o invertir el seu diner. Aquest darrer fet influirà també en la possessió de béns materials, com el cotxe, ja que, tot i tenint la possibilitat d'adquirir-los, les prioritats poden ser unes altres o, fins i tot, tot el contrari, la necessitat d'aconseguir prestigi pot portar a una compra per sobre de les possibilitats reals. En el capítol 3, ens detindrem en l'anàlisi d'aquestes qüestions.

Finalment, dir que, a més dels problemes que planteja l'ús aïllat d'indicadors, ja comentats, és necessari tenir present que tots ells, junts o per separat, tenen una característica comuna: poden ser inadequats per a un context, situació o població diferent d'aquella per a la qual es van proposar inicialment i, a més, estan subjectes a

¹⁶ L'expressió fa referència al lloguer d'un llit o habitació que s'utilitza per hores, compartint-la amb altres persones.

l'*envelliment*, és a dir, al desajust produït pels canvis històrics i els processos propis de cada societat. Així, per exemple, la categorització del nivell educatiu que pot ser útil i correcta per a les ciutats espanyoles actuals resultarà amb tota probabilitat inadequada per a mesurar la mateixa variable en altres latituds on l'ensenyament està a càrrec de l'Escola Islàmica; o la possessió de cotxe, que podia ser un bon indicador fa quaranta o cinquanta anys en el nostre entorn, no ho és avui, degut a la generalització de la seva compra en sectors molt diferents de la societat. Les variables significatives ho són, per tant, en determinades circumstàncies i temps i als indicadors amb els que es mesura una mateixa variable, els hi passa el mateix.

2.3.2. Indicadors de salut i d'ús de serveis sanitaris

2.3.2.1. Indicadors de mortalitat

Els indicadors de mortalitat són els més emprats en els estudis de desigualtats en salut. Existeixen diferents tipus:

Tasses estandarditzades per edat	Tassa estandarditzada tenint en compte totes les defuncions Tassa estandarditzada d'anys potencials de vida perduts
Raons de mortalitat	Raó de mortalitat estandarditzada Raó de mortalitat comparativa Raó d'anys potencials de vida perduts
Altres	Tasses específiques per edat i sexe Esperança de Vida

Font: Borrell, 1996

Entre les seves avantatges s'assenyalen el fet de que són dades exhaustives (ja que el Certificat de Defunció és imprescindible per a enterrar a un difunt¹⁷), d'obtenció senzilla i de baix cost. Permeten la comparació temporal i l'anàlisi geogràfica ja que existeixen registres de mortalitat des de fa molts anys i en ells es recull el municipi de residència i de defunció. A nivell internacional, s'al·lega també la possibilitat de fer comparacions per classe social d'acord amb classificacions basades en el treball ja que en el Certificat de Defunció es registra l'ocupació del difunt. Malgrat això, aquest tipus de recerques són complicades a l'Estat espanyol degut a les diferències de criteris a l'hora de registrar l'ocupació: a vegades no és la mateixa que figura en el cens o en el padró perquè la notifiquen els familiars, perquè ha canviat des de que el difunt es va empadronar, perquè estava jubilat i no es registra l'ocupació prèvia o, en ocasions, fins i tot perquè no consta en el Certificat. En poques ciutats de l'Estat espanyol existeix connexió entre els certificats de defunció i el Padró Municipal, de tal manera que no es pot comprovar l'exactitud de les dades que consten en el primer.

“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

¹⁷ Els enterraments il·legals, tot i que puguin existir, no són, ni molt menys, freqüents.

classe social del numerador de les taxes són diferents que les del denominador. L'ocupació certificada en la Butlleta de Defunció (indicador a partir del qual s'obté la classe social) pot no ser la mateixa que la declarada en el cens; ja que l'ocupació de la butlleta és la declarada pel familiars o coneguts del difunt i habitualment està menys ben especificada que en el cens. Aquest fet pot distorsionar les taxes de mortalitat segons classe social, ja que les dades del numerador (mortalitat) i de denominador (cens) podrien no ser concordants." (Borrell, 1996: 8)

I no només hi ha dificultats i errors en el registre de les variables socioeconòmiques en els certificats de defunció, sinó també en la causa de la mort. Per una part, no necessàriament serà exacta, ja que moltes vegades en el Certificat de Defunció es registren causes com "parada cardio-respiratòria" que no indiquen la raó primera que va motivar la defunció; per altra, tot i quan el registre sigui exacte, acostuma a recollir-se la malaltia que va portar al desenllaç però no altres associades que poden haver-lo precipitat o que, al menys, tindrien relació amb la qualitat de vida prèvia. I aquest és el principal inconvenient dels indicadors de mortalitat: tan sols serveixen per a avaluar, dins d'aquestes limitacions, aquells problemes de salut que porten a la mort.

Respecte a la població immigrant, els estudis de mortalitat no resulten molt útils, per diverses raons. Una perquè, de moment al menys, s'acostuma a tractar majoritàriament de persones joves i sanes, amb la qual cosa la mortalitat serà limitada i lligada a causes típiques de la població en aquests segments d'edat, com els accidents, especialment laborals. Qüestions com el reagrupament familiar estan ja introduint o accentuant canvis en aquesta situació que s'hauran d'investigar. Quelcom necessari també en el que fa referència a aquells immigrants, el número dels quals es desconeix, que venen precisament per a rebre tractaments no disponibles en el seu país o que allà no estan al seu abast. Una darrera raó que limitaria la utilitat dels indicadors de mortalitat és que no és estrany que aquells de més edat o greument malalts tornin els seus països d'origen abans de morir, la qual cosa faria que els índexs que es mesuren descendissin i s'obtinguessin xifres per sota de les reals.

2.3.2.2. Indicadors de morbiditat

A més de la mortalitat, els estudis de desigualtats en salut poden tenir en compte la morbiditat i la utilització dels serveis sanitaris, recollint la informació a través de les enquestes de salut i, menys freqüentment, a partir de registres clínics. Entre els indicadors de morbiditat i utilització dels serveis sanitaris destaquen:

Estat de salut i limitació de l'activitat
<ul style="list-style-type: none">▪ Percentatge de persones que declaren malalties cròniques▪ Tipus de malalties cròniques▪ Limitació de l'activitat deguda a malalties agudes o cròniques▪ Número de dies de mitjana d'activitat restringida por persones▪ Estat de salut percebut▪ Situacions agudes▪ Incidència anual de dies al llit (por malalties cròniques, agudes o accidents)

Utilització de serveis sanitaris
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentatge de persones que han visitat al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista ▪ Número de visites per persona i any (visites al metge i consultes telefòniques) ▪ Dies d'ingrés a l'hospital durant l'últim any Ajustats per mesures de necessitat
Pràctiques preventives
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilització de serveis de salut dental ▪ Realització periòdica de mamografies ▪ Realització periòdica de citologia cervical ▪ Presa periòdica de la tensió arterial
Conductes relacionades amb la salut
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevalença de fumadors/es ▪ Prevalença d'activitat física (de lleure i a la feina) ▪ Prevalença de sobrepès i obesitat ▪ Prevalença de bevedors/es excessius/ves
Altres indicadors
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevalença de tuberculosi ▪ Incidència de SIDA ▪ Incidència de càncer

Font: Borrell, 1996

Aquests indicadors ofereixen l'avantatge de recollir un rang de dades molt més ampli que els de la mortalitat, ja que poden obtenir-se dades sobre la prevalença i incidència de malalties, l'estat de salut subjectiu, la limitació de l'activitat o les conductes relacionades amb la salut i fer-se comparacions en funció d'indicadors socioeconòmics.

El principal inconvenient és que es tracta de dades més difícils d'obtenir que les de la mortalitat. Per una part, en el nostre entorn gairebé no existeixen registres reglats de morbiditat (excepte les Malalties de Declaració Obligatòria que, de totes maneres, no sempre es recullen de manera exhaustiva). A més, pot afirmar-se que es tracta de dades subjectes a tres característiques que limiten la seva confiabilitat: un alt grau de subjectivitat, imprecisió i variabilitat cultural.

Subjectivitat, perquè preguntar a l'enquestat (o fins i tot en entrevistes) pel seu estat de salut percebut o per les malalties que pateix, pot donar una idea de la percepció subjectiva del seu estat de salut, en el millor dels casos, però no de la situació real d'aquesta. Les valoracions estan subjectes a una gran variabilitat en funció de diferents factors com el gènere, l'edat, l'època en la que es realitzi l'enquesta, la situació socioeconòmica o la tradició cultural a la que es pertanyi. Així, se sol descriure que les dones poden presentar patrons d'expressió de les queixes diferents al dels homes, que els joves poden tolerar pitjor una limitació de l'activitat del que ho faria un adult o un ancià o que, en el moment actual, els avenços i la creixent tecnificació de la Medicina o qüestions com la possibilitat de tenir una elevada qualitat de vida i els patrons de cerca

del benestar, condicionen que les molèsties o les incapacitats siguin pitjor tolerades del que ho haguessin estat no fa tants anys. A més, la situació econòmica en que es troba una persona pot condicionar clarament no tant la percepció de la seva salut com fins a quins punt es consenti que la malaltia limiti l'activitat: els treballadors irregulars, els que tinguin contractes temporals o corrin el risc de perdre la feina, els autònoms, o simplement els que no es puguin permetre cobrar menys, esperaran més fins a acceptar que la seva malaltia implica una incapacitat, tot i que sigui temporal.

Imprecisió, perquè molts pacients (autòctons o immigrants) no sabran amb exactitud la malaltia que pateixen (sobretot les persones més grans o de menor nivell cultural, les que tinguin dificultats de maneig en el sistema sanitari o, en el cas dels immigrants, aquells que no dominen l'idioma o no estiguin familiaritzats amb les nostres estructures diagnòstiques). Presentar, com es fa habitualment, un llistat de patologies amb l'objectiu de *refrescar la memòria* pot induir respostes no del tot exactes, de manera que la persona contesti aquella que li resulti més coneguda, que és més popular o, a vegades, que soni més greu –la qual cosa es justifica en relació amb el seu context i la seva situació. A més, les agrupacions de quadres clínics que habitualment es presenten en les enquestes de salut o en la majoria dels qüestionaris són, com a poc, imprecises, donat que engloben malalties amb prevalences molt diferents i repercussions també molt diferents (la categoria “malaltia cardíaca”, per exemple). També s'ha de tenir en compte que el número de malalties que inclouen és molt limitat en comparació amb l'ampli ventall que existeix, de manera que les dades es referiran a agrupacions àmplies de patologies molt comunes, però no pot considerar-se que això doni una idea exacta de la situació real de la salut de les poblacions. En tot cas, i parlant en concret dels col·lectius que ens ocupen, quelcom que succeeix amb freqüència és que desconeixen aquestes malalties o les coneixen per altres noms o per altres descripcions i que, tanmateix, estiguin familiaritzats amb d'altres aquí desaparegudes, infreqüents o, fins i tot, inexistents en els nostres termes.

Finalment, la perspectiva cultural. S'ha assenyalat ja vàries vegades en el decurs del text i es tractarà amb major deteniment més endavant, que aquesta condiona clarament la percepció de la salut i de la malaltia, d'allò que és normal i d'allò que no ho és, d'allò que porta a la incapacitat i d'allò que ha d'ésser tolerat, modula l'expressivitat dels símptomes i condiona la recerca de solucions, de forma que l'aplicació d'aquests o altres indicadors en persones que pertanyen a minories ètniques haurien de tenir en compte aquestes qüestions. Això és quelcom realment que no està a l'abast dels estudis sobre desigualtats en salut, amb els problemes de metodologia que ja s'han explicat i, de la majoria d'estudis que es realitzen en centres sanitaris concrets.

Pel que fa referència a les enquestes de població en les que la població immigrant forma part de la mostra juntament amb l'autòctona, a més de que la seva presència en el conjunt de les mostres és, com ja s'ha dit, insignificant o al menys insuficient, la comparabilitat de les situacions és limitada, en la mesura en que no s'acostumen a tenir en compte la situació prèvia de salut, la situació econòmica o la disponibilitat i característiques de l'atenció sanitària que hagin rebut els immigrants en els seus països d'origen o, fins i tot, durant el seu camí cap a la ciutat de destí, dades sempre necessàries per la seva elevada influència en el seu estat de salut actual.

En conjunt, es tracta de dades on la comparació en el decurs del temps, entre grups culturals o segments de la població pot ser complexa, però és necessari dir, de nou, que això és quelcom que no invalida aquest tipus d'estudis ni d'indicadors, tot i que sí exigeix que s'emprin amb cura.

2.3.2.3. Indicadors d'ús de serveis sanitaris

La rellevància que s'atorga al paper dels serveis sanitaris en la generació o disminució de les desigualtats en salut varia en funció de la font que es consulti, tot i que, en general, s'acostuma a afirmar que, tot i no sent un element fonamental, sí tenen una funció destacada en la curació i en l'alleugeriment de les situacions de malaltia. En aquest sentit, diferents autors (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996) han assenyalat la importància dels serveis de salut també en el procés d'acompanyament dels ciutadans, essent fonamental la seva capacitat per a transmetre suport i confiança. La disponibilitat de cobertura sanitària es relaciona amb millors indicadors de salut, i s'ha assenyalat que la capacitat per a respondre a les necessitats dels ciutadans és major, a igualtat de despeses, en els sistemes públics amb cobertura universal que en els d'assistència privada (Borrell, Benach, 2003). Tot i amb això, en països que, com Espanya, disposen d'una xarxa amb una àmplia gama de prestacions i que arriba a pràcticament tota la població, existeixen desigualtats quant a l'accés i el gaudi per part de certs sectors socials, especialment en el que fa referència als programes de prevenció i educació per a la salut i els serveis no oferts per la sanitat pública, però també en relació amb la qualitat i accessibilitat dels serveis públics.

Els estudis sobre desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris aborden aspectes relacionats amb la diferència en l'accés a les cures en funció de la classe social i el grau de necessitat, utilitzant habitualment com a indicadors el número de visites al metge, els dies d'hospitalització o les consultes a urgències. També es valoren qüestions com el seguiment dels programes preventius, la distribució per classe de la cobertura doble (pública i privada) o l'accés a les cures buco-dentals. Altres aspectes, com la qualitat dels serveis, han estat menys estudiats i per això s'acostumen a utilitzar indicadors indirectes com el temps d'espera en les consultes, les llistes d'espera quirúrgiques o el grau de satisfacció dels usuaris.

Entre les limitacions d'aquest tipus d'indicadors, tot i quan, aparentment, les dades que s'obtenen siguin objectives, dir que qüestions com la valoració del temps d'espera estan subjectes a imprecisions (resulta difícil recordar-ho si la consulta no ha estat molt recent) i subjectivitats, ja que la percepció del temps estarà influïda per qüestions com la satisfacció amb el sistema sanitari, amb el tracte dispensat pel professional en concret o amb el grau en què s'interpreta que s'ha rebut una resposta satisfactòria a la demanda plantejada, per exemple. Es tractarà, doncs, d'indicadors que poden oferir informació valuosa sobre la forma d'accés a les cures de salut i la seva percepció subjectiva, però sempre que s'utilitzin tenint en compte, correctament, les característiques sociodemogràfiques i culturals de la població a la que fan referència. I, sens dubte, guanyen objectivitat quan s'acompanyen de l'observació i la presa d'un altre tipus de dades més enllà de la informació dels usuaris.

Per una altra part, els indicadors de necessitat que acostumen a emprar-se per a valorar el nivell d'ús dels sistemes sanitaris fan referència habitualment a la presència de patologies, generalment cròniques, que es creuen amb la classe social i l'educació, però no acostumen a tenir en compte altres situacions que, davant la mateixa malaltia, poden portar a la necessitat d'un major (o menor) número de consultes o, fins i tot, d'hospitalització. En població autòctona anciana, per exemple, és coneguda la tendència a utilitzar les consultes com a espais de comunicació i d'expressió de les queixes (no sempre exclusivament de salut, o al menys, de salut en el sentit més biològic del terme), la qual cosa pot fer que es consulti més per un mateix motiu. En el cas dels immigrants, aquest mateix fet pot estar influït per dificultats en l'accés i en el maneig dins del sistema sanitari alienes a la voluntat i al control dels pacients (dificultats per a comprendre els missatges terapèutics o el propi itinerari de consulta a causa de diferències idiomàtiques o de falta d'experiència a l'interior del sistema, per exemple). I al revés, poden fer un menor ús dels serveis per al mateix problema per qüestions relacionades amb la diferent percepció de la malaltia i la seva gravetat o socioeconòmiques (impossibilitat d'anar a la consulta per raons de treball, per exemple).

2.4. MÈTODES D'INVESTIGACIÓ: CONTRASTACIÓ D'HIPÒTESI

Els estudis de desigualtats en salut dissenyats habitualment com s'ha exposat i bona part dels que es realitzen des de centres sanitaris presenten de manera molt sistemàtica una carència fonamental: l'absència de contrastació de les dades que recullen i de les hipòtesis que formulen. Aquesta limitació és especialment perceptible en els dissenys basats en enquestes de salut, on és habitual que es realitzi un únic i breu contacte amb l'individu. L'absència d'un coneixement sòlid i contextualitzat de la realitat de vida dels subjectes d'investigació, de les seves pautes socioculturals i dels processos vitals i d'aculturació o integració en els que la persona es pot veure immersa, portaran a l'investigador a haver d'acceptar com a única font de dades el que aquestes persones li diuen, sense possibilitat d'interpretar-ho correctament ni contrastar-ho mitjançant l'observació directa i al llarg de períodes de temps raonables.

Bona part dels dissenys no acostumen a permetre la formulació rigorosa d'hipòtesis amb un nivell de pertinença raonable i, fins i tot quan sí que ho fan, es tracta d'estudis que es limiten a fer generalitzacions empíriques i descripcions d'associacions entre variables d'ús més o menys habitual, sense que després s'aprofundeixi en les causes dels fenòmens ni es comprovi a què es deuen les associacions o en quines circumstàncies són consistents i perquè. D'aquesta manera, tendeixen a elaborar-se tan sols cert tipus d'hipòtesis, les que l'associació de les variables suggereix de forma immediata, però no s'investiga si són resultat de la seva mútua dependència d'un factor comú o si existeixen altres raons que podrien explicar la relació i que podrien sorgir d'un coneixement més profund de l'àmbit d'estudi. Per tot això, és important preguntar-se quina és la procedència d'aquestes hipòtesis, per quina raó es fan aquestes i no altres i amb quines garanties metodològiques i, sobretot, quin tipus de pressupòsits culturals, socials i ideològics hi ha al seu darrere.

Les explicacions acostumen a ser, a més, globals, úniques per a les diferents persones i grups als que es considera, però no es té en compte, com ja s'ha dit, que ni les

circumstàncies de partida ni l'evolució dels fenòmens han de ser necessàriament les mateixes en els diferents grups i persones. I mostren també que és al pacient immigrant al que s'observa, és a dir, tan sols a una part de la realitat, més complexa i en la que intervenen actors i factors molt variats procedents de diferents temps i contextos: així, tendeixen a aventurar-se causes que se suposen derivades del pacient (irregularitat, desconeixement de l'idioma, pobresa, incultura, etc.), molt poques vegades del sistema sanitari (a excepció, potser, en el que fa referència a una estructura complexa que, de totes maneres, rarament es qüestiona) i pràcticament mai, dels professionals de la salut.

Tampoc s'acostuma, habitualment, a fer un seguiment de les poblacions de tal manera que pugui realitzar-se una altra forma de contrastació de les hipòtesis, ni a observar-se l'evolució dels fenòmens, qüestions necessàries per a dissenyar polítiques més ajustades a la realitat i per a avaluar les conseqüències de les que es posen en marxa. Basar les polítiques o accions en correlacions que se suposen hipòtesis causals sense contrastar és científicament poc rigorós i, en conseqüència, suposa una responsabilitat de la que no podem desentendre'ns: només el coneixement suficientment contrastat de la realitat sobre la que es pretén actuar pot conduir a intervencions útils i legítimes.

Com a conclusió al que s'ha dit fins el moment, es pot assenyalar que els estudis dissenyats d'acord al patró habitual de desigualtats en salut, tot i quan, com ja s'ha dit, tenen una clara utilitat i es poden prendre com a base per a assenyalar aspectes que és necessari investigar o per a proposar hipòtesis temptatives, no semblen servir, per sí mateixos, per a descriure i donar explicacions i respostes a la situació de salut d'una determinada població. I això és especialment així per a aquells col·lectius més petits o en els que concorren circumstàncies especials que els diferencien de la resta de la població i que fan que s'escapin a les possibilitats reals d'abordatge des d'aquest tipus d'estudis. Ignorar aquestes limitacions comporta que moltes de les recerques que es desenvolupen en el nostre entorn, que es basen en aquest tipus de metodologia, puguin estar arribant a conclusions, com a poc, esbiaixades o incorrectes i que les polítiques que en elles es basin no sempre responguin a la realitat i les necessitats d'aquestes persones.

Serà necessari a més, i per tant, un altre tipus de plantejament, en el que les recerques es realitzin durant el temps i amb els mitjans necessaris per a assegurar-se de que el que s'observa és realment el que té rellevància i per a contrastar les hipòtesis que es formulen i en les que els professionals estiguin adequadament formats en els aspectes socioculturals que puguin intervenir en l'estat de salut de la població.

CAPÍTOL 2. SALUT I IMMIGRACIÓ

Una vegada analitzada la metodologia emprada amb major freqüència en els estudis sobre desigualtats en salut que habitualment es realitzen en el nostre àmbit, les aportacions i les limitacions que presenten, sembla interessant abordar les principals dades disponibles respecte a la situació de salut de la població immigrant, bé a partir d'aquest tipus d'estudis bé en d'altres.

1. IMPACTE DE LA IMMIGRACIÓ EN LA SALUT DE LA POBLACIÓ RECEPTORA

La immigració té efectes beneficiosos en diferents aspectes per a les societats d'acollida. Encara que part de la població no arribi a veure la riquesa de tipus social i cultural que suposa, sí sol argumentar-se a favor de les modificacions que introdueix en la piràmide de població (es tracta de població més jove que la mitjana i que, a més a més, sol tenir més fills) o quant a la incorporació de mà d'obra i la revitalització de les cotitzacions a la Seguretat Social que s'hi associen, encara que, en situacions de crisi econòmica, com la que actualment patim, part d'aquests arguments es poden veure modificats. Malgrat això, entre els arguments en contra s'ha assenyalat el suposat impacte negatiu que, l'arribada d'immigrants procedents de països en vies de desenvolupament, tindria sobre la salut de la població autòctona, tema aquest que ha estat objecte de diverses opinions i estudis en el nostre entorn en els darrers anys, sense que els resultats hagin estat concloents (Gámez, Galindo, 2002; Jansá, 1998; Divisió d'Atenció Primària, 2004, per citar-ne alguns).

En general, els autors que s'han ocupat del tema tendeixen a dividir en dos els tipus de patologies patides pels immigrants i que podrien tenir alguna repercussió en la salut pública: les malalties importades i les adquirides en el medi d'acollida.

Respecte al primer grup, s'entén per *malalties importades* aquelles que l'immigrant adquireix al seu lloc d'origen (o en punts entremedis del viatge) i *porta* al de destí, incloent-hi, fonamentalment, dos tipus de processos: d'una banda, les anomenades malalties tropicals (com ara la malària, esquistosomiasi i altres tipus de parasitosis) i, d'altra, certes malalties infeccioses, com la tuberculosi, el VIH/SIDA o l'hepatitis B, a les quals caldria afegir altres per a les quals la població general en el nostre entorn està habitualment vacunada (xarampió, poliomièlitis, etc.).

En relació amb les malalties tropicals, tots els autors coincideixen en assenyalar que les possibilitats de transmissió en destí són ínfimes a causa fonamentalment de les diferències ecològiques entre el nostre entorn i el què els hi és propi als vectors de transmissió d'aquestes patologies:

“[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)

L'increment de la incidència d'aquest tipus de malalties en població autòctona es deuria, més aviat, a la seva contracció per turistes o viatgers (immigrants o no) que van a aquestes zones cada vegada amb més freqüència i no sempre són conscients dels riscos sanitaris que això 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)¹⁸

Respecte a les malalties infeccioses, el tema és més complicat, fonamentalment a causa de l'absència d'estudis fiables que aportin dades concloents i a les dificultats per a establir amb exactitud el moment del contagi en alguns dels casos. És evident que la prevalença d'aquestes malalties en els països en vies de desenvolupament (dels quals procedeixen bona part dels immigrants) és molt més gran que la nostra, la qual cosa vindria a incrementar les possibilitats de transmissió a destí. Per a alguns professionals és un fet incontrovertible que es tracta d'una situació de risc per a la salut pública, mentre que per a altres no pot afirmar-se realment que l'augment que s'ha anat observant els darrers anys en la incidència de malalties com, per exemple, la tuberculosi sigui, en exclusiva ni significativament, deguda a la transmissió a partir d'immigrants afectats o portadors.

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

¹⁸ Aquest és un fet que ha estat destacat per diversos autors, els quals aporten, fonamentalment, dos tipus d'explicacions. Per una part, l'escassa percepció de risc que els immigrants tenen respecte a la possibilitat d'adquirir certes malalties a origen, com gastroenteritis, per exemple, per creure que el fet d'haver nascut i crescut allà els confereix protecció davant d'elles. Per altra, en casos com la malària, l'elevada freqüència de la malaltia i l'absència habitual de quimioprofilaxi a origen per a la població general, fan que aquesta tampoc no es vegi com a necessària quan es viatja des del destí migratori.

“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)

A vegades, s’ha assenyalat la necessitat de realitzar un cribatge actiu d’algunes malalties entre els immigrants, especialment la tuberculosi, encara que no existeix acord quant a la conveniència ni la manera adequada de desenvolupament d’aquestes pràctiques. Sense cap mena de dubte, la reducció de les taxes d’aquesta malaltia es relacionaria amb la detecció i tractament de les persones afectades, però això no té per què implicar l’establiment de controls massius en els quals la població diana sigui exclusivament la immigrant, pel que això tindria de generalitzador i estigmatitzador, i, per tant, potencialment, de violació dels drets bàsics de les persones, i perquè tampoc no hauria d’oblidar-se que la tuberculosi no és una malaltia que pateixin en exclusiva sinó que afecta a capes diverses de la població autòctona, especialment –però tampoc no tan sols- a aquelles de nivells socioeconòmics més baixos o que viu en situacions precàries. El control adequat d’aquesta malaltia sí passa, amb tota seguretat, per garantir un adequat accés i acollida en el sistema sanitari, l’establiment de programes adaptats de control de l’acompliment dels tractaments i la millora de les condicions de vida (no tan sols dels immigrants sinó també de sectors vulnerables i marginals de la població autòctona que pateixen les mateixes malalties en gran mesura). Tornarem sobre això més endavant.

“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 [els immigrants] 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 cribatge en població adulta per identificar aquestes infeccions i que nombrosos centres sanitaris han realitzat exhaustius exàmens de salut a manera de cribatge, 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)

Quant a les malalties per a les quals existeix cobertura vacunal en el nostre entorn i per a les que és freqüent que aquesta sigui incompleta o nul·la en els nouvinguts (o, en alguns casos, en fills nascuts i criats a destí), senyalar que, precisament per estar vacunada la major part de la població autòctona, aquestes malalties tan sols suposarien un risc elevat per als mateixos immigrants, essent mínim per a la resta de la població. Cal, no obstant, tenir present que si els nivells globals de vacunació arribessin a descendir significativament sí podríem parlar d'una situació de risc per a tota la població (autòctona i immigrant), en la mesura en la què podrien sorgir brots de malalties que afectarien a sectors de la població que encara no ha estat vacunada (fonamentalment nens que encara no han arribat a l'edat de rebre la vacuna) o per a la què no s'ha assolit una protecció completa i es frenaria també la tendència a la desaparició de certes malalties (l'exemple paradigmàtic aquí és la verola). Per aquest motiu, caldria incrementar la informació relativa a la importància de les vacunacions i facilitar els tràmits, però no convé tampoc ignorar que la caiguda en les taxes de vacunació no es deu tan sols als immigrants sinó també, tal i com han assenyalat diverses publicacions pediàtriques en els darrers anys, a la negativa per part de certs sectors de la població autòctona, no precisament de nivell socioeconòmic ni educatiu baix, a complir el calendari vacunal dels seus fills¹⁹.

Quant a les malalties adquirides en el nostre entorn (que es contraurien en major mesura per part dels immigrants, incrementant també el risc de la població general de ser contagiada), s'assenyalen novament les infeccioses tipus tuberculosi, hepatitis B, VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual, per la qual cosa tan sols cal afegir al que ja s'ha dit que, independentment d'una major probabilitat de portar la patologia des del país d'origen, seran –sobretot, encara que, òbviament, no en exclusiva– les situacions de marginalitat, pobresa i insalubritat en les quals viuen alguns immigrants i sectors de la població autòctona, juntament amb la manca d'informació adient sobre aquestes malalties i sobre les possibilitats d'accés al sistema sanitari, les que influeixin en que contreguin aquestes malalties, per la qual cosa limitar l'anàlisi a que la immigració suposa un risc per a la salut pública, sense tenir en compte que aquest pot provenir de factors possibles en qualsevol societat i presents en les condicions de vida d'alguns immigrants, resulta, almenys, frívol.

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

“En línies generals, els problemes de salut dels col·lectius d'immigrants no es corresponen ni estan principalment relacionats amb les malalties prevalents del seu lloc d'origen. Si bé existeixen determinats casos de patologies més exòtiques (malalties dites ‘tropicals’), en general *les patologies més freqüents* entre la població adulta immigrant estrangera són també *les més*

¹⁹ Recordem que, malgrat la cartilla vacunal al dia sol ser un requisit per a l'escolarització dels nens, la vacunació no és, a l'Estat espanyol, una norma de compliment obligatori.

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, 2004: 4, les cursives són seves)

“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)

Reduir l'impacte tant sobre els immigrants com sobre la població autòctona de les malalties que podrien associar-se a l'arribada dels primers dependria, per tant, en bona mesura, d'adequades polítiques d'immigració (que reduïssin la irregularitat i la marginalitat que de vegades s'hi associa), de millores en les seves condicions de vida i en l'accés al sistema sanitari i d'un ús racional dels recursos dels quals ja disposem.

“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)

D'entre tots els estudis sobre aquest tema, destaca el desenvolupat per la Unitat de Medicina de la Immigració i Tropical de l'Hospital de Mataró amb dades corresponents a pacients immigrants africans adults atesos entre 1984-1994 (Roca et al., 2002). Els autors identifiquen tres categories de malalties importades (EIM) segons el risc de transmissió a la població general: a) EIM sense risc actual; b) EIM amb risc potencial i c) EIM de risc, amb els següents resultats concrets:

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

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

Els autors destaquen que són les malalties cosmopolites, associades a les situacions de precarietat econòmica les que suposen un risc per a la població, cosa que podria controlar-se amb adequades polítiques d'inserció socioeconòmica de l'immigrant, que beneficiarien tant a aquest com a la població general.

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

En definitiva, no sembla que pugui afirmar-se que la immigració suposi, en sí mateixa, un risc significatiu per a la salut pública de la societat d'acollida, quelcom que han corroborat diverses investigacions i han reconegut diferents entitats sanitàries del nostre àmbit, encara que seria important realitzar estudis en profunditat sobre el tema, orientats tant a la correcció de la situació (si es comprova que realment existeix un risc) com per a evitar l'estigmatització de la població immigrant per aquest motiu.

“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, 2004: 4, les cursives són seves)

2. IMPACTE DE LA MIGRACIÓ EN LA SALUT DE L'IMMIGRANT

2.1. ETAPES DE LA MIGRACIÓ I LA SEVA RELACIÓ AMB LA SALUT

L'emigració és un repte per a les persones que l'emprenen i suposa canvis en moltes esferes de la vida, inclosa la salut. Les circumstàncies adverses sota les quals algunes vegades té lloc el procés migratori comporten un seguit de riscos per a la integritat física i mental de la persona que, sense necessàriament partir d'una situació precària a aquest nivell, pot perdre en el camí i en el procés d'adaptació el seu bagatge previ de salut. Malgrat això, no s'ha de deixar d'assenyalar quelcom al qual poques vegades s'al·ludeix en la bibliografia sobre aquest tema i és que l'emigració pot oferir també l'oportunitat de millores en la salut, bé directament, a causa de la possibilitat d'accedir a assistència i tractaments no sempre disponibles als països d'origen (la teràpia antirretoviral seria el millor exemple) o indirectament, mitjançant la possibilitat d'assolir millors condicions de vida.

Quant a l'estudi de l'impacte que l'emigració pot tenir sobre la salut es poden establir diverses etapes –sense pretendre ser reduccionista, tan sols amb finalitat analítica- que tindrien efectes diferenciats: la situació prèvia a la partida, el viatge migratori en sí mateix (des de la planificació fins a l'arribada al país de destí, passant, en ocasions, per països intermedis), l'arribada a la frontera (que implica a vegades l'estada temporal en centres d'internament), els primers moments al país de destí i, finalment, la situació una vegada establitzada l'estada.

Pel que fa a les circumstàncies prèvies a la partida, se sol assenyalar la importància de la situació sanitària a origen –no tan sols del país sinó també de la zona de residència concreta- quant a la prevalença de determinades malalties (especialment les infeccioses), la disponibilitat i característiques dels serveis d'atenció sanitària o qüestions relacionades amb aspectes no pròpiament mèdics però que influeixen en la salut (condicions ambientals, sanejament de les aigües i hàbits dietètics generals, fonamentalment), a la qual cosa s'hauria de sumar les condicions de vida concretes de cadascun dels emigrants: estat de salut, formació, activitat laboral, etc. i les conseqüències possibles de la preparació del viatge (estalvi que pot limitar la despesa en menjar o fàrmacs, increment de la jornada laboral per tal d'augmentar els guanys, etc.).

Una vegada iniciat el viatge, les circumstàncies sota les quals aquest tingui lloc i les seves repercussions sobre la salut dependran en bona mesura de la procedència de l'emigrant i de la legalitat de l'emigració. Òbviament, les conseqüències seran molt diferents per a qui arriba amb un contracte de treball formalitzat a origen, per a qui té un permís de turista de tan sols tres mesos de vigència o per a qui ha d'entrar il·legalment en el país; serà diferent, també, si viatja en avió o ha de realitzar llargs trajectes en autobús o tren i, més encara, si es veu obligat a recorre Àfrica i saltar la tanca de Ceuta i Melilla o creuar en pastera, per citar alguns exemples. En els viatges més llargs i en condicions més difícils és freqüent que es produeixin accidents, desnutrició i deshidratació, a la qual cosa s'hauria d'afegir la pressió psicològica i la possible exposició a situacions de violència als països d'origen (com sol ser freqüent en el cas dels refugiats) i el maltractament durant el trajecte, bé per part dels que s'encarreguen de portar-los a destí, de les autoritats dels països intermedis o d'altres. En aquest sentit, un informe de l'ONG Médicos sin Fronteras (2006) posa de manifest les freqüents situacions de violència a les que es troben exposats els immigrants irregulars d'origen subsaharià (ISS) durant el seu viatge pel Marroc i en els intents d'accedir a territori espanyol. L'informe assenyala la desprotecció d'aquest col·lectiu enfront als abusos dels Cossos i Forces de Seguretat –especialment marroquines, però també, en certa mesura, espanyoles-, que tracten d'evitar la seva permanència en sòl marroquí i el pas de la frontera a través de les tanques de Ceuta i Melilla, l'actuació de les xarxes de tràfic de persones i els enfrontaments amb delinqüents comuns i entre membres del mateix col·lectiu, així com la violència exercida contra les dones i les seves repercussions en la salut física i mental.

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

“Muchos de los inmigrantes subsaharianos que presentan estos signos y secuelas en consulta con nuestros equipos médicos aseguran que sus 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, 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, les negretes són seves)

“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)

Totes aquestes situacions poden suposar riscos immediats per a la salut tant física com psicològica, així com efectes negatius a mitjà i llarg termini (la reactivació de malalties latents, patologia psicològica, seqüeles físiques....).

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

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

En els casos més extrems pot, fins i tot, arribar a produir-se la mort. Médicos sin Fronteras (2006) aporta les següents dades sobre les morts produïdes a l'Estret de Gibraltar:

“Aunque resulte difícil hacer una evaluación precisa de la magnitud de este drama, se estima que el número de víctimas mortales registradas en las costas españolas y marroquíes en la última década es de unas 6.300 personas, aunque oficialmente sólo hayan sido reportadas 1.400 muertes. El número oficial de víctimas mortales en territorio marroquí y español (Ceuta y Melilla incluidas) asciende a 289 personas el año 2004, con un cálculo oficioso de 500. Cifras que se verían aumentadas considerablemente si tuviésemos en cuenta las muertes que se

producen durante el periplo de los ISS por los países de tránsito norteafricanos y del Sahel, cuyo número desconocemos.” (Médicos sin Fronteras, 2006: 5)

Una vegada arribats a les fronteres dels països intermedis o de destí (o ja al territori d'aquests països), alguns immigrants són retinguts en centres d'internament, els objectius dels quals poden ser variats en funció del país i de la situació momentània concreta i que van des de proporcionar els primers auxilis i indicacions als acabats d'arribar (especialment als sol·licitants d'asil) fins a la retenció mentre s'estudien i s'executen els processos d'expulsió. A l'Estat espanyol, habitualment, es denominen Centres d'Estada Temporal d'Immigrants i l'objectiu més freqüent sol ser el segon. Malgrat l'existència d'una legislació específica que regula les funcions i les condicions d'aquests centres²⁰, la pràctica demostra que, encara que solen realitzar-se cures sanitàries bàsiques (amb derivacions a centres especialitzats quan cal) i fins i tot cribatge de determinades malalties, les conseqüències de l'internament sobre la salut poden ser molt negatives. A més a més dels efectes psicològics evidents que pot tenir la detenció i risc d'expulsió per a persones que en moltes ocasions han posat en risc la seva vida durant el viatge i l'arrisquen encara més en el cas de ser retornats, o simplement per als que veuen diferida la seva intenció d'assentament (en llocs, a més a més, on no sempre es donen les condicions d'intimitat mínimes) cal afegir els efectes del possible amuntegament, l'escassetat de mitjans (d'infraestructura i també sanitaris, especialment quant a l'atenció a la salut mental), així com l'exposició a situacions de violència física i psicològica. Segons l'OMS:

“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 PTSD²¹, 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)

D'altra banda, dir que el cribatge de malalties als centres d'internament tan sols pot estar orientat a la detecció de patologies que suposin un greu risc per a la salut pública o a l'establiment de pautes de tractament orientades al benestar de l'emigrant, de tal manera que l'estat de salut no pot considerar-se en cap cas un criteri per a evitar l'entrada o procedir a l'expulsió.

²⁰ Capítol VI del Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, relativo a los centros de internamiento de extranjeros y Orden de 13 de enero de 1989 sobre centros de acogida de refugiados.

²¹ Trastorn per estrès posttraumàtic.

“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)

Després de l'estada (o no) als centres d'internament i l'arribada al punt de destí (elegit o no) s'obre per a l'immigrant una situació en la què en ocasions haurà de fer front a dèficits en l'habitatge, la feina, l'accés a les cures de salut, etc. que poden posar, novament, la seva salut en perill. Com ja s'ha dit, s'accepta, en general, que els immigrants no constitueixen, en sí mateixos, un grup de risc sinó que són les condicions lamentables sota les quals a vegades té lloc el viatge i l'estada al país de destí les que condueixen a l'aparició de malalties. És a dir, el deteriorament de la salut es donaria, fonamentalment, quan a l'emigració se li associa marginació social o pobresa, de tal manera que, si aquestes no es produïssin, i una vegada superades les dificultats inicials inherents al mateix viatge, les necessitats quant a l'atenció –des del punt exclusivament biològic- dels pacients immigrants no haurien de diferir substancialment de les de la resta de la població.

“Un cop l'immigrant es troba instal·lat en la nova realitat, si no s'ha instituit 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)²²

Malgrat això, com veurem al tractar els aspectes relacionats amb l'accessibilitat al sistema sanitari, aquesta situació d'adaptació i normalitat no pot considerar-se generalitzada, ni tan sols en persones amb llargs períodes d'estada a destí.

Per últim, cal assenyalar que els processos de reagrupament familiar, relativament recents en el nostre entorn per a la majoria dels col·lectius, introdueixen certes modificacions al què s'ha dit anteriorment: encara que els i les immigrants solen ser persones joves i sanes, aquesta regla sembla trencar-se quan es considera el reagrupament de pares –en ocasions, encara que amb poca freqüència per a la major part dels col·lectius, gent gran o malalts, però en tot cas, gairebé sempre més febles- i fills – molt més freqüentment, i amb necessitats de salut absolutament específiques-, per la qual cosa caldrà tenir en compte aquesta situació en la planificació de les polítiques sanitàries. En aquest sentit, les publicacions sobre l'envelliment de la població

²² Una referència pràcticament en les mateixes paraules es troba a: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003: 5.

immigrant a l'Estat espanyol són encara molt escasses. Destaca l'assaig de Jansà (2006) en el qual posa de relleu la necessitat de planificar amb antelació l'assistència a aquest respecte i apunta alguns dels possibles factors implicats:

“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)

2.2. DESIGUALTATS EN SALUT I IMMIGRACIÓ

La relació entre immigració i salut és un àmbit d'estudi en el què països com els Estats Units (EUA), Canadà o el Regne Unit tenen una llarga pràctica, tant per la major tradició migratòria cap a ells com per disposar de fonts d'informació que recullen de manera exhaustiva dades sobre el país d'origen dels pacients. En el cas dels EUA, fins i tot s'elaboren 'classificacions' dels immigrants (i de la població en general) d'acord a criteris suposadament racials o ètnics, que fan que hagin proliferat en les darreres dècades els estudis sobre desigualtats en salut on la variable 'raça' o 'origen ètnic' ocupen un paper central.

A l'Estat espanyol, sigui perquè la immigració és relativament recent sigui per l'encara limitat desenvolupament de la recerca de caire més social en l'àmbit mèdic, l'anàlisi de la situació de salut de comunitats immigrants està encara poc desenvolupat. En general, els estudis realitzats des del punt de vista biomèdic i d'acord –en general– amb el model d'estudi de les desigualtats socials en salut presentat al capítol anterior solen ser de dos tipus: els desenvolupats per professionals sanitaris des de centres que reben un volum important de població immigrant, amb patrons d'ús i necessitats específiques a les quals en un moment donat es van veure obligats a donar resposta, i, més recentment, els informes elaborats per diferents administracions amb competències en salut pública, que solen utilitzar dades procedents d'enquestes de salut. A Catalunya, les primeres investigacions es van realitzar en dos centres sanitaris que atendien a gran quantitat de població immigrant: la Unitat de Medicina de la Immigració i Tropical de l'Hospital de Mataró, que va començar a rebre una important població d'origen subsaharià des de la

dècada dels 80, i la Unitat de Malalties Tropicals i Importades, situada al districte de Ciutat Vella de Barcelona. Des del punt de vista institucional, són destacables els successius informes de l'Institut Català de la Salut, l'Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdiques i l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Entre les primeres qüestions que cal assenyalar, estan l'escassetat de dades fiables relatives a les diferències quant a morbi-mortalitat dels immigrants en el nostre entorn, la focalització de les existents en determinades patologies (fonamentalment, tuberculosi i VIH/SIDA) i les limitacions inherents a aquest tipus d'investigacions, ja esmentades. Malgrat això, tot i tenir presents aquestes dificultats, és possible apuntar certes qüestions. Ho faré de manera superficial, tan sols amb l'objectiu d'esbossar alguns dels motius de consulta de la població i la situació quant a les desigualtats en salut, ja que aquest no és un treball que tracti sobre epidemiologia de la immigració²³.

En general, els estudis portats a terme apunten a un pitjor estat de salut subjectiu de la població immigrant en relació amb l'autòctona. Així, un estudi sobre mortalitat i ús dels serveis sanitaris entre la població immigrant de l'Àrea Sanitària número 6 de Madrid (Sanz, Torres, Schumacher, 2000) troba, després d'entrevistar a 300 persones, que el 56% defineixen la seva salut com a regular, dolenta o molt dolenta i un 35% afirmen que ha empitjorat després de la migració. L'agrupació de diagnòstics ("problemes respiratoris", "digestius", "problemes nerviosos"...), és, no obstant això, molt poc precisa. A més a més, l'estudi té unes característiques metodològiques que, d'acord amb el que s'ha assenyalat al capítol anterior, podrien conduir a biaixos en els resultats: es realitzen entrevistes en llocs públics, sense coneixement previ dels pacients i es realitzen preguntes "sensibles" com l'estat de regularització o la feina, cosa que pot suposar ocultació o tergiversació de la informació (que no es comprova per altres vies). Tot i amb això, es pot destacar que és dels pocs estudis que realitzen una posada a prova del qüestionari amb informants clau i traducció directa i inversa a l'àrab.

"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)

Altres treballs, en el context català, han assenyalat la diferent prevalença d'algunes malalties en aquesta població:

"(...) 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

²³ Per a un repàs breu de les principals publicacions respecte a aquest tema, poden consultar-se: Berra et al., 2004; Jansá, García de Olalla, 2006.

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)²⁴

2.2.1. Malalties infeccioses

Són variats els estudis que apunten a una major prevalença i incidència de malalties infeccioses en la població immigrant en el nostre entorn, encara que poques vegades es comparen les xifres amb les dels autòctons residents en la mateixa zona o amb els qui comparteixen condicions de vida, a més a més de que, a vegades, estan subjectes als biaixos quant a l'obtenció de les dades que ja es van comentar al capítol anterior.

En relació amb la tuberculosi, la dada que més crida l'atenció és, com ja s'ha mencionat, l'increment en la incidència en pacients immigrants en front al seu progressiu descens dels darrers anys en la població autòctona:

“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)

Malgrat l'existència de multitud de petits estudis, les dades més fiables per a l'àmbit català procedeixen de les memòries anuals sobre la situació epidemiològica de la infecció elaborades per la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona. Per Catalunya (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000), els esmentats informes assenyalen que la incidència de malalties infeccioses entre els immigrants és major durant els primers cinc anys d'estada: entre aquests immigrants recents, la prevalença de tuberculosi segueix una evolució ascendent, suposant el 6,7% de tots els casos el 1999 i el 22,3% l'any 2000. Quant a la procedència, les xifres més elevades corresponen a malalts del Nord d'Àfrica i Amèrica central i del Sud, amb un 22,8 i un 22% respectivament. A la ciutat de Barcelona (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2004) les xifres tenen una evolució similar, passant els pacients immigrants de ser un 5,6% del total l'any 1995 al 33,8% el 2003.

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

²⁴ Encara que en aquesta publicació existeixen abundants referències bibliogràfiques, no s'aporten dades concretes respecte a la informació a la qual es refereix la cita.

Investigacions portades a terme en altres àmbits geogràfics corroboren bàsicament les dades relatives a la prevalença de la infecció i apunten altres possibles factors relacionats. Així, un estudi realitzat amb un número reduït de pacients magrebins a Madrid publicat l'any 2000 (Rivas et al., 2000) identificava com a factors associats a un major risc de patir tuberculosi el gènere masculí i les modificacions en l'estructura familiar i mostrava una taxa anual de malaltia de l'1,97%²⁵.

“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)

Novament a Catalunya, un informe de la Generalitat corresponent a l'any 2003 i actualitzat el 2005 (Departament de Salut, 2005a), ofereix una guia per als professionals en la qual s'aporten algorismes per al diagnòstic de la tuberculosi en immigrants, pautes de tractament, seguiment i prevenció. Val la pena aturar-se en el contingut d'aquest informe. Respecte a la incidència de la malaltia en comparació amb persones autòctones, no ofereix dades concretes, però 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 (...), que a Catalunya ha passat del 5-7% (1995-97), al 27% (2003).” (Departament de Salut, 2005a: 6)

Pel que fa a les causes de l'elevada prevalença en immigrants, s'apunten les següents:

“Els individus que emigren, en general, són joves i es troben bé, i habitualment la migració actua com a procés selectiu rigorós. Rarament emigra un malalt de TB (excepte alguns que cerquen la guarició de la seva malaltia en el país al qual emigren o bé aquells que toleren bé la seva malaltia). Però cal tenir en compte que, entre els immigrants, hi ha una prevalença de la infecció tuberculosa molt elevada (...), cosa que és comuna en tots els països d'alta incidència de la malaltia.

Però les circumstàncies que trobaran en el país receptor: mal habitatge, amuntegament, mala nutrició, excés de treball -a vegades d'alt risc-, estrès, en ocasions contacte amb malalts de TB,

²⁵ Els autors reconeixen possibles biaixos en els resultats deguts, entre d'altres, a l'elevat percentatge de rebuig a participar en l'estudi. Quant a les causes apuntades, es basen exclusivament en la correlació entre les dades estadístiques obtingudes.

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)

Quant al seguiment de la malaltia, les recomanacions que aporta aquest informe porten a plantejar la necessitat d'un debat en profunditat respecte a l'abordatge de la salut en persones immigrants, el dret a la intimitat que els assisteix, les possibles mesures específiques quant a la seva salut i els límits i condicions sota els que aquestes haurien d'establir-se i mostren una certa tendència a oferir recomanacions genèriques, poc contextualitzades per a cada cas concret i que freqüentment requereixen mesures de coordinació entre organitzacions i estaments sanitaris que poques vegades es donen. Vegem-ho més concretament:

“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'intèrprets de confiança, de material adient d'educació sanitària, ensenyar-los la medicació que han de prendre, com i quina quantitat, i quan l'han de prendre. Cal emprar medicació combinada, per tal d'evitar que facin tractaments irregulars i se seleccionin bacils amb resistències a fàrmacs. (...)
- ❖ *Actuar des del primer moment com si fos un malalt mal col·laborador.* Dissenyar un mètode adient de recuperació del pacient, per la qual cosa és necessari disposar d'adreces i telèfons de contacte, tant del pacient com de familiars, amics, lloc de treball, llocs de reunió, menjador, etc.
- ❖ Donar-li informació sobre horaris del centre, telèfons, noms de les persones amb les quals poden establir contacte, transports públics adients, etc.
- ❖ Tenir present que habitualment l'immigrant cobra si treballa, per tant no vol perdre dies de feina anant als serveis mèdics. S'ha de procurar concentrar les exploracions complementàries. *L'ideal seria que sortís del centre de salut amb totes les exploracions realitzades o programades* i amb la medicació que necessitarà fins a la propera visita, la qual s'haurà de subministrar de forma gratuïta.
- ❖ Emprar un consell útil per augmentar l'adherència amb el tractament: usar la S [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, les cursives són meves)

“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, les cursives són meves)

L'extensió de les cites sembla justificada per la necessitat de formular-se diverses preguntes, entre elles: en quants CAPs de Catalunya és realment possible que el pacient surti amb totes les exploracions i proves complementàries realitzades en una sola consulta?, quants centres disposen de material didàctic adaptat?, es practica el “tractament directament observat” amb població autòctona que ofereix una col·laboració dolenta o abandona el tractament?, si és així, quins són els criteris que permeten definir, a priori, que es tractarà d'una persona poc col·laboradora?, quins tipus d'ajudes socials poden lligar-se al compliment d'un tractament?, quines són les dades en les quals es basen afirmacions del tipus “tenen altres prioritats”, “els contactes no solen acceptar l'estudi, etc.? Novament, cal fer una crida a la necessitat de que investigacions i protocols basin les seves afirmacions en dades científicament sòlides i es tingui molt present l'abast de les afirmacions que aboquen i la seva influència potencial en l'actitud dels professionals, en la convivència i, en definitiva, en la vida de les persones.

Quant al VIH/SIDA, les investigacions solen ressaltar dos tipus de fets. Per una part, l'elevada prevalença de la infecció als països d'origen –que implicaria que en molts casos es tracta d'una malaltia importada -encara que, en realitat, tot just existeixen dades respecte al percentatge de pacients ja contagiats en el moment de l'arribada, quelcom que sembla una exigència important abans de fer afirmacions que, podent ser certes, no sempre estan realment fonamentades i que poden, a més a més, comportar prejudicis i estigmatització-. Per altra, s'ha assenyalat que el virus importat pot correspondre a un tipus concret la detecció del qual requeriria proves diferents a les

habituals i que podria oferir major resistència al tractament (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)

A més a més, diverses investigacions apunten cap a un increment dels casos declarats de VIH/SIDA en immigrants a nivell de tot l’Estat (Castilla, del Amo, Sánchez, 2000). A Barcelona, García de Olalla et al. (2000) estudien els casos de VIH/SIDA registrats per l’Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (IMSP) entre 1988-1998 i comparen els perfils d’estrangers amb els autòctons. Encara que l’estudi divideix als estrangers en procedents de “països de renda elevada” (PRE) (un 1,4% d’un total de 4.663 pacients) i “països de renda baixa” (PRB) (un 3,3%) i analitza les diferències entre ells (sense trobar cap estadísticament significativa), la comparació amb la població autòctona es realitza amb tots dos grups units, la qual cosa limita la utilitat de l’estudi. Concretament, van trobar que els estrangers (en conjunt) eren amb més freqüència homes, residien en les zones més deprimides de la ciutat (districte I: Ciutat Vella) i eren en menor mesura usuaris de drogues per via parenteral (UDVP).

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

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

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

Els autors estimen que, en almenys el 25% dels estrangers, la infecció es va produir quan ja residien a Espanya.

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

No obstant això, l’estudi no deixa clar com s’obté aquesta xifra. Caldria tenir en compte la possibilitat d’ocultació de dades, de manera que pot passar que, encara sabent que es

portava la malaltia d'origen, la persona decideixi no revelar aquesta informació, per diverses raons, entre elles la por a ser expulsat o que se li negui el tractament. El fet que el diagnòstic es faci deu anys després de l'arribada, encara que apuntaria més aviat a un contagi a destí, no exclou de manera automàtica el contagi a origen, ni tampoc no es té en compte la possibilitat de que l'emigració s'hagi produït precisament per a accedir al tractament, cosa que podria també esbiaixar les dades en el seu conjunt.

López et al. (2001) descriuen dades similars en un estudi entre els pacients seropositius que acudeixen a l'Hospital de Basurto (Biscaia), trobant que els immigrants solen ser més joves i amb més percentatge de contagi heterosexual.

Per últim, a més a més del VIH/SIDA i la tuberculosi, els darrers anys s'han incrementat el nombre d'investigacions realitzades amb les malalties importades i de retorn (enteses aquestes darreres com les que afecten als immigrants que tornen al seu país i poden haver perdut la immunitat enfront a malalties molt comuns al seu medi d'origen o, pel cas de nens nascuts a destí, que mai la van adquirir) (Balanzó, 1991; Roca et al., 1999; 2002). Precisament, en el cas dels nens, el risc sanitari a origen sembla estar present en el fre al retorn, com explica Kaplan (1998) en el seu treball sobre població senegambiana immigrada a Catalunya:

“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)

2.2.2. Salut sexual i reproductiva

L'àmbit de la salut sexual i reproductiva constitueix, juntament amb el de les malalties infeccioses, un dels més estudiats en relació amb la població immigrant. Les investigacions solen apuntar l'increment en el percentatge de naixements de fills de mare estrangera, les majors taxes de natalitat de la població immigrant en relació amb l'autòctona, la menor edat mitjana de les mares i el fet de que, amb certa freqüència, l'embaràs i, sobretot, el part constitueixin els primers contactes de la dona amb els serveis de ginecologia i obstetrícia. En relació amb les cures, se sol senyalar, també, un menor nombre de consultes prenatales i menor estada hospitalària després de donar a llum, encara que cal dir sobre tot això, que, mes enllà de la referència a les dades estadístiques que semblen mostrar aquestes situacions, no solen fer-se investigacions en profunditat sobre les seves causes. Vegem-ho amb més deteniment.

En un informe de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (2002) sobre les característiques epidemiològiques i sociodemogràfiques de la població immigrant resident a Barcelona en el qual s'analitzen els registres de naixements i defuncions entre 1995 i 1999 es va trobar que el 9,4% dels naixements corresponen a fills de mares nascudes fora de l'Estat espanyol, essent els països de procedència més freqüents, tant pel pare com per la mare, els dels Centre i Sudamèrica. Per districtes, el més freqüent és Ciutat Vella, amb un 30,5% de naixements de mare estrangera, encara que, si es tenen en compte els naixements de mares europees i de països desenvolupats, el districte més freqüent passa a ser Sarrià-Sant Gervasi, evidenciant-se així les diferències quant als estrats d'integració i reagrupament de persones nascudes a l'estranger en funció de la seva procedència o, més aviat, del seu nivell socioeconòmic i el del seus països.

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

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

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

El mateix informe puntualitza que tan sols un 4% dels naixements correspon a nadons que no tindran la nacionalitat espanyola, és a dir, per als quals cap dels dos progenitors ha nascut a l'Estat espanyol o ha adquirit la nacionalitat.

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

També assenyala que el percentatge més freqüent de mares adolescents correspon a les procedents de països africans, encara que no s'aporten dades comparatives respecte a la població autòctona en general ni, amb més precisió, a determinats estrats o col·lectius dins d'aquesta que podrien tenir (o no) taxes similars, la qual cosa seria molt interessant.

“Quant a l'edat de la mare cal destacar que els països del Margib-Vall del Nil i de la resta d'Àfrica tenen un percentatge més elevat de naixements en adolescents (6,3% de tots els nascuts de mares de la resta d'Àfrica). Es detecta una proporció elevada de naixements en dones Filipines de menys de 20 anys (5%) i de més de 35 anys i de 40 anys (...). Quan s'analitza segons els 25 grups de països, destaca també l'elevat percentatge d'embarassos adolescents en

dones de Mèxic i d'Amèrica Central i la República Dominicana i de més de 35 anys de dones de Canadà i EUA, Argentina i Brasil i Guyanes (...)." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 9)

Per als embarassos preterme i els nadons de baix pes, el percentatge més elevat s'observa en les dones subsaharianes.

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

Altres autors, com Cots et al. (2002) senyalen que més del 35% de l'activitat assistencial de l'àrea ginecològica de l'Hospital del Mar de Barcelona correspon a mares estrangeres, fet al qual contribuiria l'increment de la població, la seva major natalitat i, també, el major percentatge de dones autòctones i procedents de països desenvolupats que utilitzen l'assistència privada per al control de l'embaràs i el part.

"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)²⁶

Per altra part, les dades disponibles també indicarien una tendència a l'alça de les interrupcions voluntàries de l'embaràs en dones immigrants, així com dificultats per a accedir a una correcta planificació familiar, encara que poques vegades s'investiguen en profunditat les circumstàncies que podrien conduir a aquestes situacions.

"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)²⁷

²⁶ Els autors no especifiquen què entenen per "components culturals" ni les dades en les quals es basa aquesta afirmació, més enllà de la menció a les majors taxes de fecunditat dels immigrants, les causes de les quals no poden qualificar-se com merament culturals. Malgrat això, es tracta d'un estudi de metodologia cuidada i que ofereix reflexions interessants sobre els patrons d'ús dels serveis sanitaris, que tractarem al proper capítol.

²⁷ De nou, s'ofereixen tan sols els percentatges de dones estrangeres que han recorregut a la IVE sobre el total de casos (estrangeres més autòctones), la qual cosa permetria major precisió en la significació de les

Quant a la planificació familiar, val la pena, a manera d'apunt, reproduir el que assenyala Kaplan (1998) respecte als possibles motius per als canvis en els mètodes anticonceptius:

“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)

Per a Catalunya, la Generalitat ha publicat un informe sobre indicadors de salut materno-infantil en població estrangera amb dades corresponents a l'any 2003 obtingudes a partir del programa de detecció precoç de metabolopaties (Departament de Salut, 2006b). En aquest tipus de programa es registren les següents variables:

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

En aquest informe pot observar-se el considerable paral·lelisme de les dades de Catalunya amb les ja esmentades per a Barcelona. Així, el percentatge principal de mares estrangeres correspon a Centre i Sud-amèrica i el Magreb:

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

Quant a l'edat materna, és major en les mares autòctones, especialment quan es té en compte la corresponent al naixement del primer fill:

dades i en la comparació amb població autòctona. Com s'ha anat veient al llarg del capítol, es tracta d'una limitació molt comú en aquest tipus d'estudi.

“Atenent l’edat materna s’observa una major prevalença de mares menors de 20 anys quan la seva procedència és de Centre i Sud-amèrica, Magrib-vall del Nil i Resta d’Europa (6,9%, 6,5%, i 5,7% respectivament). (...)

En canvi, en les dones de nacionalitat espanyola, de països desenvolupats i d’Àsia, és on es presenten els percentatges més baixos de parts en mares de menys de 20 anys (1,5%, 1,5% i 1,9% respectivament). (...)

Destaca que el percentatge de dones que són mares als 35 anys o més és clarament superior entre les dones procedents de països comunitaris o desenvolupats i les dones amb nacionalitat espanyola amb un 30,5% i un 23,0% respectivament.

Aquesta distribució és similar quan es consideren només les dones que han tingut el seu primer fill. Així, s’observa que la majoria de dones que tenen el primer fill amb menys de 20 anys són les procedents del Magrib-vall del Nil, Resta d’Àfrica, Centre i Sud-amèrica i Resta d’Europa (13,8%, 11,8%, 11,8% i 7,8% respectivament).” (Departament de Salut, 2006b: 20)

“Novament, el percentatge de dones que són mares per primer cop amb 35 anys o més és clarament superior entre les dones procedents de països comunitaris o desenvolupats i les dones amb nacionalitat espanyola amb un 19,6% i un 13,5% respectivament.

La maternitat entre dones en edats adolescents (14-17 anys) pot suposar una situació de risc per al benestar físic i psicològic tant de la mare com del nadó. L’any 2003, a Catalunya 166 naixements procedien de mares adolescents estrangeres, el que va representar el 40,8% de tots els naixements de mares residents a Catalunya d’aquest grup d’edat.” (Departament de Salut, 2006b: 21)

L’informe ofereix, a més a més, altres dades interessants. Destaquen, l’aclaparant majoria de parts en la sanitat pública entre les mares d’origen estranger, el seu major percentatge de lactància materna i també la prematuritat i baix pes en néixer, encara que no s’ofereixen hipòtesis que tracten d’explicar aquestes dades, prou significatives com per a que estigui justificat realitzar investigacions concretes sobre aquests temes:

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

“Així, s’observa una elevada prevalença d’alletament matern en el moment de néixer entre les mares procedents del Magrib-vall del Nil, Centre i Sud-amèrica i Resta d’Àfrica (93,3%, 91,1% i 90,9%, respectivament). (...)

Les dones de nacionalitat asiàtica són les que presenten una prevalença d’alletament matern inferior, en concret un 61,0%. Al voltant del 80% se situarien les dones de nacionalitat espanyola (80,5%) i les dones originàries de les Filipines (81,5%).” (Departament de Salut, 2006b: 19)

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

“Un indicador molt relacionat amb l’edat gestacional és el pes en néixer. Atenent el pes normal, entre 2.500 i 3.999 g, s’observa que els nadons de mares procedents del Magrib-vall del Nil, Resta d’Europa, Àsia i països desenvolupats són els que presenten un menor percentatge de pes normal al néixer. És en aquests mateixos països on es localitzen les majors prevalences de

sobrepès (4.000 g o més) al néixer amb valors del 10,9%, 9,2%, 8,3% i 7,4%, respectivament.” (Departament de Salut, 2006b: 18)

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

Finalment, consideració a part mereix el tractament que des dels serveis de salut es dona a la mutilació genital femenina. Donat que es tracta d’una qüestió d’abordatge complex –i, aquesta vegada sí, netament cultural- que escapa a les possibilitats d’aquest treball, tan sols es mencionarà que poques vegades als textos de la bibliografia mèdica es fa una anàlisi en profunditat d’aquest tema, tenint en compte totes les possibles implicacions, de tal manera que massa freqüentment es converteix en un element per l’estigmatització de la població immigrant i la judicialització del problema. Un dels aspectes que inicialment crida l’atenció és la diferència de terminologia emprada per a referir-se a aquesta pràctica, depenent de la disciplina i l’orientació teòrica:

“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 mas adelante y evita la estigmatización, barbarización o los juicios morales sobre la práctica. En este mismo sentido se pronuncian algunos profesionales de las ciencias de la salud. En otros contextos sanitarios (como en Egipto), se reivindica el reconocimiento de la intervención, como una práctica médica dentro de la especialidad de Cirugía Genital Femenina.

Desde posiciones más feministas y defensoras de los derechos humanos, se propone el término Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF), que cambia no solo la orientación terminológica sino conceptual. Se entiende que este tipo de prácticas atenta contra la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas, defendiendo que se trata de la amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino. A partir de este momento, en algunos foros internacionales y desde el propio Comité Interafricano, se habla de MGF. En su defecto y por respeto a las culturas afectadas por estas prácticas, se utiliza el término ‘Prácticas tradicionales perjudiciales que afectan la salud de las mujeres y las niñas’, como concepto que define una acción.

Dentro de esta guía nos referiremos a MGF, por ser el término utilizado en los foros internacionales y porque constituye un tipo de práctica considerada una agresión a la integridad de las mujeres.” (Kaplan, Martínez, 2004: 9, les cursives són seves)

Kaplan, una de les antropòlogues que més ha treballat sobre el tema en el nostre entorn, descriu els diferents tipus de circumcisió²⁸:

“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)

Quant a la contextualització social i cultural de la pràctica, l’anàlisi de Kaplan es realitza en els següents termes:

“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 lo 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 *farada* 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, les cursives són seves)

“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

²⁸ La publicació de 1998 correspon a l’etnografia que l’autora va realitzar, a origen i destí, amb població senegambiana a Catalunya i que ja ha estat citada amb anterioritat. Posteriorment a aquest treball, l’autora ha participat en diversos documents sobre el tema. Destaca la publicació de l’Associació Catalana de Llevadores (Kaplan, Martínez, 2004) dirigida a professionals de la salut, educació i de l’àmbit social. A més a més, existeix un protocol elaborat per l’Institut Català de la Salut i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2006) de contingut pràcticament idèntic a l’anterior. Sempre que sigui possible, les cites correspondran a la publicació de Kaplan de 1998, per ser, en part, la font original, i perquè és la que remet directament a l’etnografia.

higiene, la estética, facilitar el parto, promover una cohesión social, prevenir la promiscuidad, aumentar las oportunidades matrimoniales, preservar la virginidad de las *sungkutó bah*, mantener a la mujer alejada de los hombres, potenciar la fertilidad, mantener una buena salud y prevenir el nacimiento de hijos muertos en las primigrávidas, ya que creen que, si el niño, al nacer, toca con su cabeza el clítoris, puede morir o padecer algún trastorno mental. En realidad, no hay una justificación explícita de la acción sino que proceden directamente a ella. Y en todo caso, cuando se les pregunta, las mujeres, todas las consultadas, remiten a la tradición, aducen razones estéticas (puede crecer demasiado), sanitarias (es más limpio) y de protección (de la virginidad).” (Kaplan, 1998: 74, les cursives són seves)

L'autora expressa, al mateix temps, les dificultats que hi plantegen les dones implicades (i les seves famílies):

“Por otra parte, también es necesario precisar que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país la llevan a cabo, como por ejemplo en Senegal, donde la mayoría de la población es wolof y no la realizan. Sin embargo, en recientes estudios llevados a cabo en Gambia, se ha encontrado que poblaciones que tradicionalmente no practicaban la MGF al entrar en contacto con otros grupos (que si lo hacen) y asentarse territorialmente en sus poblados, han comenzado, como parte de un proceso adaptativo mas amplio, con estas iniciaciones rituales.” (Kaplan, Martínez, 2004: 12)

“Las intervenciones realizadas principalmente en los ámbitos sanitarios, educativos y sociales, tanto en España como en otros países europeos, encuentran conflictos que dificultan la efectividad de la labor realizada:

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

I estableix la necessitat d'un enfocament adequat que tingui en compte els condicionaments socials i culturals:

“Si se conocen las razones que la propia población aduce para el mantenimiento de la MGF, vemos que es posible modificarlas y que es necesario poner énfasis en las consecuencias visibles y frecuentes que estas operaciones conllevan, como la esterilidad, las infecciones y las hemorragias que puede causar la herida. Otra estrategia debe tener como objetivo realizar una labor comunitaria donde los hombres puedan participar, ser informados y tomar conciencia de su responsabilidad ante este tipo de problemas que afectan e inciden directamente en la salud de sus mujeres y sus hijas, que también repercuten en el bienestar de la comunidad y producen consecuencias socioeconómicas y psicológicas para el grupo familiar.

Algunas experiencias recientes en África (Kenia y Tanzania principalmente) están demostrando que es posible mantener la estructura ritual de la segunda y la tercera fase (marginación y agregación), eliminando la parte física, sin necesidad de eliminar completamente el sentido ritual de iniciación, como es el de otorgar una identidad étnica y de género a los miembros de la sociedad. Por otra parte, involucrar a los hombres en la toma de decisión está aportando grandes avances para su erradicación.” (Kaplan, Martínez, 2004: 14-15)

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

“Las estrategias planteadas para la erradicación de estas prácticas comportan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que debe llegar a las propias raíces culturales y a las relaciones de género, y no sólo a través de prohibiciones legales o decretos, que difícilmente serían respetados, sobre todo en las zonas rurales.

Lo cierto es que estamos tratando un tema resbaladizo, donde las fronteras no siempre están claras. Ocurre a veces que, como nosotras no entendemos lo que sucede o en todo caso no compartimos sus razones, entonces, parece que debe de haber otras, como la crueldad, la barbarie o el sometimiento.” (Kaplan, 1998: 76-77)

No obstant això, no totes les autores adopten aquesta mateixa perspectiva. Així, Àlvarez (2001) defensa la necessitat d'investigar conjuntament les circumcisions masculines i femenines en un treball que analitza totes dues pràctiques i senyala paral·lelismes en les seves justificacions i orígens. S'expressa, en resum, en els següents termes:

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, les cursives són seves)

2.2.3. Salut infantil

Quant a la salut infantil, existeix un protocol editat recentment pel Departament de Salut de la Generalitat (2005b) en el qual s'informa als professionals sobre qüestions específiques relacionades amb l'atenció sanitària als menors, dividits en quatre grups diferents:

"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, les cursives són seves)

En el protocol s'aborden qüestions relacionades amb característiques específiques de la història clínica, avaluació d'hàbits alimentaris i consell alimentari en les diferents etapes de la infància, prevenció i cribatge de malalties carencials (ferropènia, raquitisme), hemoglobinopaties i malalties infeccioses (malària i tuberculosi) i sobre l'adaptació del calendari vacunal. A més a més, es crida l'atenció sobre la importància d'aspectes socials i culturals i sobre la necessitat de promoure l'educació per a la salut:

"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)

Sens dubte, aquesta darrera és una recomanació encertada i molt raonable, encara que un punt allunyada de les possibilitats reals dels centres –amb excepcions, afortunadament-, al moment actual. Per aquest motiu cal insistir, encara que tornarem sobre això més endavant, en la necessitat de que l'abordatge de la salut de poblacions immigrants i pertanyents a minories culturals es faci des d'un punt de vista interdisciplinari.

De manera paral·lela a les investigacions sobre malalties infeccioses, sol tractar-se el tema de la vacunació. En aquest sentit, les dades i les opinions són, freqüentment contradictòries:

“Durant el congrés inaugural de la Sociedad Española de Vacunología (Sevilla, 2001), algunes de les comunicacions presentades també apuntaven l'existència de mancances de vacunació en els infants estrangers a diverses localitats de l'Estat espanyol i es constatava la necessitat d'establir estratègies de captació activa per a aquestes poblacions (Níquez i col·l., 2001). Recollint la necessitat de millorar algunes de les mancances en aquest àmbit, es feia constar que un dels objectius fonamentals d'aquesta nova societat científica era la incorporació i l'actualització progressiva dels calendaris vacunals dels infants immigrants, atesa la situació de manca de garanties i d'informació identificada en molts casos (Navarro Alonso, 2001). En canvi, en una anàlisi recent de les dades del registre de vacunes de Barcelona, no es van observar uns índexs de cobertura més dolents entre els infants nascuts a l'estranger respecte als del país. Les úniques diferències destacables es relacionaven amb els diferents calendaris vacunals existents als altres països (Muñoz, 2001).

A partir d'aquestes dades, podem concloure que les desigualtats en la cobertura de vacunacions entre els infants i els joves immigrants respecte a la població autòctona, en bona mesura, serien el reflex d'una situació de partida deficitària en algunes de les vacunes incloses en els nostres calendaris vacunals, dels diferents criteris de vacunació en el país d'origen i de la manca de documentació de l'estat vacunal d'aquests infants i joves. Aquesta situació s'hauria d'anar equilibrant mitjançant les diverses estratègies de captació activa que es realitzen des del nostre sistema sanitari.” (Borrell, Benach, 2003: 236)

En tot cas, la tendència apunta a la necessitat de prendre atenció a les taxes de vacunació i les condicions de vida i a la revacunació davant del mínim dubte:

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

Al ja esmentat Protocol d'Atenció a Infants Immigrants del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2005b) s'insisteix en la importància d'això i en l'adaptació del calendari vacunal a la situació i necessitats de cada menor en concret:

“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)

2.2.4. Nutrició

Sol assenyalar-se l'existència de dèficits nutricionals en la població immigrant, especialment aquella en pitjor situació socioeconòmica, encara que en aquestes deficiències podrien estar implicats no tan sols factors econòmics que limitarien l'accés als aliments sinó també altres lligats a la possibilitat de mantenir els hàbits dietètics tradicionals i a canvis en l'estructura familiar arran de l'emigració, és a dir, a un conjunt complex de factors econòmics, socials i culturals.

“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)

Cal, per tant, insistir una vegada més, en la necessitat d'un enfocament interdisciplinari en l'estudi de la salut de les poblacions immigrants. En aquesta línia es manifesten Kaplan i Carrasco (1999) en una de les poques investigacions en profunditat que existeixen sobre els processos d'adaptació de les pràctiques alimentàries entre la població immigrant, concretament, població gambiana immigrada a Catalunya. Encara que no és el moment d'aprofundir en aquestes qüestions, val la pena posar uns exemples sobre la importància d'un abordatge integral de les situacions com a mitjà per a garantir la validesa de les dades i evitar generalitzacions estereotipades i que no beneficien en absolut ni a les poblacions afectades ni als professionals sanitaris que treballen amb elles:

“(…) Más de veinte años de investigación sobre la organización alimentaria de los grupos humanos en medios y situaciones variadas nos han revelado la necesidad de superar enfoques que atribuyen las eventuales inadecuaciones y riesgos de la cultura alimentaria practicada por distintos pueblos a la irracionalidad y la arbitrariedad de su adaptación. Desde nuestro actual nivel de conocimientos en las ciencias sociales, no parece aceptable que se interpreten sus respuestas ante las situaciones de cambio y desplazamiento hacia un medio social radicalmente distinto de su origen como una deficiencia de su cultura.

Por otra parte, si ya resulta cuestionable medir y caracterizar el comportamiento alimentario de la población autóctona por medio de la información verbal y las categorías de encuesta elaboradas *sin* una investigación etnográfica previa que fundamente los diseños de obtención de

datos, aún es más inadecuado pretender aplicar este tipo de técnicas a grupos que se hallan en una situación de transición desde universos culturales tan alejados como el caso que nos ocupa [población gambiana inmigrada a Cataluña]. Además, las investigaciones cuantitativas que se han basado en la información verbal de los sujetos sobre su alimentación y que hasta la actualidad se han centrado sobre el consumo para fundamentar posteriormente intervenciones sanitarias de prevención y/o de modificación, han tenido resultados extremadamente pobres, a pesar de las grandes inversiones en recursos humanos y materiales realizadas (Carrasco, 1992; VVAA, 1992; VVAA, 1994).” (Kaplan, Carrasco, 1999: 9-10, les cursives són seves)

“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)

I en el cas de la nutrició infantil aquest abordatge integral adquireix encara més sentit:

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

“En términos generales, se confirma una prevalencia de ciertas patologías en esta población infantil que están directamente relacionadas con la ingesta nutricional, como son la anemia carencial, 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)

2.2.5. Salut bucodental

També en relació amb els canvis en els costums alimentaris i els dèficits nutricionals assenyalats abans, diverses publicacions han apuntat carències en la salut bucodental dels nens fills d'immigrants, quelcom que es relacionaria, a més a més d'amb el què s'ha dit anteriorment, amb el fet de que bona part dels serveis odontològics no estan inclosos dins de les prestacions oferides per la sanitat pública, la qual cosa limita clarament l'accés dels col·lectius més desfavorits (Borrell, Benach, 2003). Ara bé, ni les pautes d'alimentació poc saludables ni els dèficits en l'accés a les cures dentals diferirien en excés d'allò que ocorre amb la població autòctona, especialment la que pertany als sectors socioeconòmics més baixos, la qual cosa remet més a l'existència de carències en l'organització de l'educació per a la salut i del mateix sistema sanitari que a una problemàtica específica de grups estrangers.

“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)

2.2.6. Patologia de base genètica

Diverses investigacions i documents de referència (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003; Divisió d'Atenció Primària, 2004) senyalen l'existència de cert tipus de patologies de base genètica que serien més rellevants en alguns col·lectius d'immigrants –com és el cas de diferents tipus d'hemoglobinopaties en immigrants africans- i diferències –també genèticament determinades- en la resposta als tractaments d'altres, com la diabetis o hipertensió arterial.

Quant a això, haurien de tenir-se en compte fonamentalment dues qüestions. Per una part, la necessitat de formar i informar adequadament als professionals sanitaris sobre aquest tema, ja que el desconeixement podria limitar la seva capacitat diagnòstica i terapèutica. Per l'altra, la necessitat de realitzar estudis en profunditat, adequadament documentats i contextualitzats, que permetin conèixer, primer, la freqüència real d'aquest tipus de malalties en població autòctona, immigrant i que pertany a minories ètniques i poblacions vulnerables i marginals; i, segon, els possibles factors –biològics, socials o culturals, quan existeixin- relacionats amb la seva aparició més freqüent, amb les diferències en les formes d'aparició o en la resposta als tractaments, sempre que això sigui possible. I tot això amb l'objectiu triple d'ajudar als professionals sanitaris en la seva pràctica professional, millorar els coneixements sobre la salut d'aquestes poblacions i evitar afirmacions tendencioses o usos estereotipats de dades poc

contextualitzades que puguin contribuir, deliberadament o no, a estigmatitzar o marginar a aquestes poblacions.

2.2.7. Mortalitat

Com ja s'ha comentat, els estudis quant a les diferències en la mortalitat de la població immigrant són encara escassos en el nostre entorn, fonamentalment a causa de que, fins ara, es tracta d'una població en general jove i sana.

En l'esmentat informe de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (2002) en què s'aborden característiques epidemiològiques i sociodemogràfiques dels immigrants que resideixen a la ciutat, s'inclouen també xifres de mortalitat, obtingudes a partir de l'estudi dels registres de defunció entre 1995 i 1999: el percentatge d'estrangers morts entre 1995 i 1999 a la ciutat correspon a menys del 3% del total (una mica menor si es té en compte la nacionalitat i no el país de naixement) i el nombre més elevat pertany a ciutadans de la Unió Europea.

“Durant els anys 1995-99 s'han produït 1725 defuncions de persones immigrades residents a la ciutat de Barcelona. La majoria de les defuncions han estat de persones nascudes a la Unió Europea (sense l'Estat Espanyol ni Portugal) (37,7%), l'Argentina (13,4%) i Mèxic i Amèrica Central (12,6%) (...).

(...) Durant els 5 anys ha representat menys d'un 3% del total de defuncions a la ciutat. A més ha estat repartit de manera no massa diferent entre Europa i Països Desenvolupats (45%) i els altres països (55%) (...).” (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 11)

La major part correspon a persones majors de 65 anys, essent les defuncions per sota dels 45 anys més freqüents en persones procedents de països en vies de desenvolupament.

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

Pel que fa a la causa de la mort, correspondria més freqüentment als epígrafs de la CIE-9²⁹ “causes externes” i “malalties infeccioses” per a persones de països en vies de desenvolupament i a “tumors” per a les procedents de països desenvolupats.

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

²⁹ Es tracta de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versió número 9, elaborada per l'OMS.

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

Totes dues observacions semblen coincidir, en principi, amb les diferències en els patrons de morbi-mortalitat entre països desenvolupats i en vies de desenvolupament: tendència a l'envelliment de la població en els primers i, paral·lelament, major proporció de causes de mort lligades a edats més avançades, encara que s'ha d'apuntar que caldrien estudis que confirmessin aquestes dades per a la situació concreta actual en el nostre entorn i que tinguessin en compte l'existència de grups amb més anys d'assentament en destí i, també, les implicacions que poguessin tenir els processos de reagrupament familiar de persones en edats mitjanes i avançades de la vida.

2.3. SALUT MENTAL I IMMIGRACIÓ

La salut mental és un dels aspectes relacionats amb la salut de les poblacions immigrades que han estat més estudiats i, en el nostre entorn, al que s'ha prestat més atenció mediàtica. I això, tant per l'aparent freqüència d'aquest tipus de patologia com per les dificultats per a la seva identificació i tractament.

No existeix, no obstant això, acord entre els experts, nacionals ni internacionals, sobre en quina mesura es pot relacionar el procés migratori amb el desenvolupament de patologia mental. És obvi, com ja s'ha assenyalat, que l'emigració suposa una situació de canvi vital dràstic en la qual bona part dels referents dels individus desapareixen o es veuen alterats, però pot comportar també beneficis en les condicions econòmiques, la qualitat de vida, el desenvolupament individual i en l'atenció a malalties preexistents (mentals o no).

En els primers estudis rellevants sobre aquest tema, en la dècada dels setanta i vuitanta, s'argumentava que les taxes de malaltia mental entre els immigrants eren majors que en la població autòctona. En una investigació publicada el 1977, Cochrane (Cochrane, 1977, citat en Bhugra, 2003) troba que les taxes d'admissió en un hospital mental de Gran Bretanya eren més altes per a pacients immigrants que per a autòctons, encara que existien grans diferències en funció del país d'origen. Quant als trastorns afectius, les taxes eren menors respecte als britànics entre els immigrants de l'Índia, Antilles i Pakistan i majors entre els irlandesos.

“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 estudi posterior, el mateix autor (Cochrane, 1987, citat en Bhugra, 2000) mostra dades similars referint-se a l'esquizofrènia i apunta, a més a més, possibles hipòtesis, entre les quals destaquen l'existència de majors taxes de malaltia mental als països d'origen (que es relacionarien amb vulnerabilitat biològica) i l'anomenada “migració selectiva”, és a dir, el fet de que siguin els individus vulnerables a la malaltia (o que la pateixen) els que emigren amb major freqüència –de les seves explicacions cal suposar que no per raons de cerca de tractament, sinó allò que podria qualificar-se de característiques de la seva personalitat-, essent precisament els que estan en pitjors condicions per suportar l'estrès associat a l'emigració, per la qual cosa és més probable que acabin desenvolupant la patologia.

Aquestes hipòtesis de l'emigració selectiva i la vulnerabilitat biològica s'han anat mantenint al llarg del temps, encara que diferents autors han mostrat les seves crítiques al respecte. S'ha qüestionat també la metodologia d'aquests primers estudis i les dades sobre la prevalença de malaltia mental als països d'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 aquesta línia, Bhugra (2000) compara les taxes d'esquizofrènia entre immigrants i població autòctona a Londres i a Trinitat i Barbados i arriba a la conclusió de que són menors entre els primers. Pel que fa a les hipòtesis anteriors, afirma que les taxes d'esquizofrènia en els immigrants són més baixes que en la població d'origen i majors entre les segones generacions d'immigrants, la qual cosa sembla no atribuïble ni a l'emigració selectiva ni, directament, a l'estrès associat a l'emigració, sinó més aviat a factors socials –s'entén que relatiu a les condicions de vida i les possibilitats d'integració en les societats de destí.

“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)

L'autor (Bhugra, 2000) rebutja també la possibilitat de que les altes taxes de malaltia mental trobades per altres investigadors es deguin a errades en el diagnòstic provocades per la diferència cultural, encara que no entra en altres dels debats actuals en aquest terreny, que sembla especialment important: l'adequació de les eines diagnòstiques de disseny occidental per a valorar l'existència de patologia mental en poblacions d'altres latituds.

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

En un article publicat el 2003, Bhugra repassa les possibles explicacions a la depressió en immigrants que fan servir les principals corrents de la psiquiatria: fonamentalment el dol (des de les teories psicoanalítiques) i la localització del locus de control (en les cognitives) en els següents termes:

“Psychoanalytical explanations
(...) Migration is linked with being deprived of specific objects as well as specific relationships. These include family, friends, occupational status and other factors. The loss may be followed by grief and mourning. As bereavement behaviour varies across different cultures, it would become difficult from the clinician's perspective to identify these factors. Unresolved grief and prolonged mourning are likely to lead to depression. If the grief is not allowed to be expressed (which the new culture may well look down upon), the internalization of such a grief may lead to depression.” (Bhugra, 2003: 70)

“Cognitive theories.
(...) Locus of control is defined as the belief which the individual holds to perceive any event as being contingent upon his own behaviour or his own relatively permanent characteristics as internal control or perceived as being the result of chance, fate or fortune or in the stars, so that the individual does not hold or feel any responsibility for the event. Fatalism is thus the situation where individualism places the locus of control to be external to the individual for whom, by and large, the individual holds no responsibility, and such an attitude is related to the non-changeability of responsibility. The opposite of fatalism is instrumentalism. Furnham and Bochner suggest that external locus of control or fatalism beliefs are related to poor mental health and lack of adaptation.

It is possible that when the individuals accept their fate they may become more accepting of their stresses, thereby linking it with cognitions which are less threatening. The fatalism of control explanations may explain the lower rates of reported mental distress among Indian subcontinent immigrants by virtue of their fatalistic beliefs. Negative life events are associated with onset of depression –an association of fatalistic beliefs and negative life events related to the process of migration itself can lead to depression, especially if social support is missing or is inadequate.” (Bhugra, 2003: 70)

En definitiva, les dades aportades no són concloents i no sembla que existeixin prou evidències d'una major o menor prevalença de patologia psicològica entre la població immigrant respecte a l'autòctona. D'aquesta manera, la major part dels autors nacionals i internacionals (Bhugra, 2003; García-Campayo, Sanz, 2002; Atxotegui, 2002) tendeixen a assenyalar que més que la migració *per se*, el que realment es relacionaria amb el desenvolupament de psicopatologia serien les condicions adverses en les que a vegades aquesta té lloc: les dolentes condicions de vida, el racisme percebut i la sensació d'aïllament actuarien com a estressors crònics que, en aquells amb certa vulnerabilitat biològica i menor suport social, afavoririen l'aparició de patologia. Aquests fets semblen confirmar-se en la mesura en que la salut dels refugiats, sobretot quan les condicions en origen van ser especialment dures, sol ser pitjor que la dels que emigren fonamentalment per raons econòmiques (OMS, 2003) i la d'aquests últims serà tant més dolenta quant més negatives siguin les circumstàncies en les quals té lloc l'acollida i menor la xarxa social i de suport de la qual disposin. Influiran, a més a més, altres factors, com ara la major o menor distància cultural respecte a la societat majoritària en destí, el gènere i l'edat, així com, la personalitat de l'individu (García-Campayo, Sanz, 2002) i l'accessibilitat als serveis de salut (Bhugra, 2003). En paraules 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 el nostre entorn s'han realitzat pocs estudis comparatius de la situació de salut mental en immigrants en relació a la població autòctona i pràcticament no existeixen dades quant al que pot ocórrer en les mal anomenades “segones generacions”. Una de les poques excepcions és un estudi portat a terme en el CAP de Drassanes de Barcelona (Pertínez et al., 2002) que té com a objectiu detectar diferències entre població immigrant i autòctona en la freqüència de trastorns mentals. Per a això s'investiguen els diagnòstics d'ansietat, depressió, somatització, psicosis, trastorn de la personalitat, neurosis, presència del trastorn abans de l'emigració, el nombre de visites per a cada

diagnòstic, tractaments i nombre total de visites. Els autors reconeixen possibles biaixos en les variables sociodemogràfiques (provocats per la manca de dades) i en la generalització dels resultats (com a conseqüència de la comparació amb població autòctona de característiques marginals) però conclouen que no semblaven existir diferències significatives entre immigrants i autòctons excepte en que els primers presentaven major proporció de somatitzacions i rebien tractament amb menys freqüència. Les diferències trobades, afirmen, podrien ser degudes a les diferents maneres d'expressió de la malaltia (que limitarien la utilitat dels instruments diagnòstics utilitzats habitualment) i a dificultats idiomàtiques i de comunicació.

“En el estudio de los hábitos tóxicos (...) se detectaron mayores prevalencias en el grupo autóctono en cuanto al consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la adicción a drogas por vía parenteral y otras drogas, con diferencias estadísticamente significativas.

En el estudio de trastornos mentales de la muestra de grupos étnicos comparada con la muestra control de población autóctona (...), no se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los diagnósticos registrados, aunque se evidencia una tendencia del grupo etnia a presentar mayor porcentaje de depresión (15,2% frente a 13,4%) y de trastornos por somatización (10,7% frente a 6,3%). En cambio, el diagnóstico de ansiedad es más frecuente en el grupo autóctono respecto al étnico (26,8% frente a 17,9%), así como los trastornos de personalidad (3,6% frente a 0%) y las psicosis (5,4% frente a 0%). En el diagnóstico de otras neurosis los porcentajes son iguales en ambos grupos.

De todos los casos en los que se detectó patología mental se recogió la prescripción de tratamientos (...), y se encontró que en el grupo étnico eran tratados un 19,8% (n =22; IC, 12,4-27,2) de los pacientes y en el grupo autóctono un 32,1% (n = 36; IC, 23,4-40,7). No se hallaron diferencias significativas en el tipo de tratamientos, aunque en el grupo étnico eran más usadas las benzodiazepinas (BZD) y los antidepresivos tricíclicos (ADT).” (Pertíñez et al., 2002: 8)

Circumstàncies similars es descriuen en la bibliografia internacional sobre el tema, especialment als EUA, de tal manera que els pacients immigrants o persones pertanyents a minories ètniques rebrien tractament en menor mesura, més tard i de pitjor qualitat que la població majoritària (Goodwin et al., 2001; Melfi et al., 2000), per la qual cosa seria interessant realitzar comparacions entre totes dues poblacions no tan sols al nostre entorn sinó també amb altres països, encara que sempre tenint en compte el paper que poden tenir les diferències quant a l'estructura sanitària d'uns i d'altres.

Pel que fa a la prevalença de malalties concretes en el nostre entorn, se sol senyalar –en concordança amb el que van exposar Pertíñez et al. (2002) i altres autors com García-Campayo i Sanz (2002) i Tizón (1989)-, que és menor en el que es refereix als trastorns psicòtics (quelcom que no coincideix amb la bibliografia internacional) i que la patologia més específica és el trastorn per estrès posttraumàtic, seguit de les somatitzacions i la depressió.

“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 diferents cultures, els emigrants la presenten amb més freqüència perquè, a part d'expressar malestar psicològic, els símptomes somàtics se van a emprar, per part dels emigrants, amb altres significats simbòlics. Alguns dels més freqüents són, per exemple, resposta davant una societat que els rebutja o, en les dones, posicionament reivindicatiu dins d'una estructura de poder familiar de tipus machista. Per altra banda, l'interpretació que els emigrants fan dels símptomes somàtics i les explicacions causals que els atribueixen són molt diferents a les que fan els pacients occidentals.

4. Ansietat i depressió. Se considera que aquests pacients presenten taxes més altes de depressió i de trastorns d'ansietat que grups amb idèntiques característiques sociodemogràfiques del seu país d'origen o de la cultura anfitriona. La raó principal seria els processos d'adaptació i les dificultats ambientals vinculades a l'emigració." (García-Campayo, Sanz, 2002: 189)³⁰

Ara bé, a part de l'etiqueta diagnòstica concreta, s'ha senyalat l'existència de clares diferències en les formes de presentació d'aquestes malalties respecte a la població autòctona i en els diferents grups d'immigrants, essent el cas més estudiat el de la depressió. De manera genèrica, se solen diferenciar els símptomes afectius (estat d'ànim deprimat, sentiments de culpa, idees de mort, pèrdua d'interès per les coses, etc.) dels símptomes somàtics (fatiga, alteracions del son, dificultats de concentració), observant-se, en immigrants, un predomini dels últims sobre els primers, de tal manera que existiria entre ells una tendència a la somatització de les queixes davant de la psicologització pròpia de la població autòctona. Així, apareixerien amb menor freqüència els sentiments de culpa, especialment –i això és interessant–, en pacients aliens a la tradició jueu-cristiana, però serien molt majors les queixes relacionades amb la fatiga, les cefalees o les molèsties osteoarticulars i digestives (que es qualifiquen com a somatitzacions). Les explicacions a aquestes diferències per part dels professionals de la Psiquiatria i la Psicologia solen centrar-se més en el context cultural de procedència del pacient que en la possible estretesa de les nostres eines i categories diagnòstiques. D'aquesta manera, la tendència a les somatitzacions s'atribueix a la menor separació en algunes cultures entre el cos i la ment – encara que és quelcom que no està present, ni molt menys, en totes – mentre que la menor freqüència de sentiments de culpa sol relacionar-se amb les diferències religioses – encara que tampoc no són homogènies entre els immigrants i sembla clar que no deuen de ser les úniques causes. Quant als trastorns psicòtics amb simptomatologia com al·lucinacions o deliris, alguns autors (García-Campayo, Sanz, 2002) senyalen, de manera molt honesta, el risc de diagnosticar amb tals explicacions de les circumstàncies vitals matisades per la cultura en individus sans, tant pel desconeixement d'aquest fet per part dels professionals com per l'existència, entre alguns d'ells, de prejudicis cap a aquests pacients. En relació amb això, cal senyalar també que, malgrat figurar en un annex del DSM-IV³¹, les malalties lligades a la cultura o *culture bound syndromes* són escassament conegudes i menys encara diagnosticades pels professionals de la salut mental (malgrat l'impacte que aquesta tesi ha tingut en certs sectors tant de la Psiquiatria com de l'Antropologia especialitzada en aquesta temàtica), essent molt més freqüent, no obstant això, el fenomen contrari: l'etiquetatge de símptomes matisats per la cultura com a malalties psiquiàtriques definides com a tals en el context occidental.

³⁰ L'article del qual procedeixen les cites és una revisió general del tema, la qual cosa podria ser la raó per la qual els autors no aporten dades que donin suport a aquestes afirmacions.

³¹ El DSM és la classificació de les malalties mentals elaborada per l'Associació Americana de Psiquiatria. És el manual de diagnòstic més utilitzat internacionalment i també en el nostre medi. La darrera versió és el DSM-IV-TR (versió número quatre, revisada).

Per altra part, la identificació de símptomes somàtics –especialment els relacionats amb l’insomni- no resulta difícil en la consulta, al contrari d’allò que ocorre amb manifestacions de l’àrea afectiva, que poden ser molt difícils d’interpretar per personal no entrenat en el context de la diversitat cultural. Així, no és estrany que pacients que presenten manifestacions somàtiques de queixes psicològiques siguin derivats a diversos tipus d’especialistes pel seu metge de família, iniciant un periple infructuós tant pels professionals com pels propis pacients, que no troben en la medicina occidental respostes adequades a les seves demandes. Tampoc no és rara la situació contrària, en la qual el coneixement del clínic de la tendència a la somatització porta a una interpretació en clau psicològica de fenòmens físics, ja siguin comuns en el nostre entorn o més específics al d’origen i, per tant, relativament desconeguts pel professional. En un o altre cas, el pacient pot no rebre l’atenció adequada, el metge troba dificultats per a realitzar la seva tasca eficaçment i el sistema sanitari es veu mal utilitzat.

En definitiva, s’observa que tant les circumstàncies d’índole socioeconòmica com les pròpiament culturals adquireixen una enorme rellevància en el procés de diagnòstic en Medicina i molt especialment en Psiquiatria, evidenciant-se la necessitat de que els diferents tipus de professionals tinguin la formació i els suport adequats per a distingir entre unes i altres qüestions i per a valorar adequadament el seu impacte en la clínica, quelcom més fàcil de dir que d’assolir actualment. Tornarem sobre això més endavant.

I si els símptomes són difícils d’interpretar també és complicat fer-los encaixar en les categories diagnòstiques habitualment utilitzades en Psiquiatria, de tal manera que es corre el risc d’incrementar les errades, tant per les dificultats en la identificació dels símptomes com quant a la quantificació de la seva gravetat, derivada, entre d’altres motius, de la diferent expressivitat de les emocions en les distintes cultures. En relació amb aquesta darrera qüestió, cal destacar l’escassa adaptació cultural, especialment al nostre entorn i encara que s’estan fent esforços en aquesta matèria, de la majoria d’eines de quantificació emprades en Psicologia i Psiquiatria, de tal manera que és freqüent que s’utilitzin tests i escales sense adaptar que poden conduir a errades i imprecisions en el diagnòstic i, amb això, a biaixos en la informació epidemiològica.

Per tal d’intentar superar tots aquests inconvenients, alguns autors en el nostre entorn, han proposat la creació de síndromes específiques per a la població immigrant, que recollirien les variacions simptomàtiques citades, i models que descriurien els factors que es relacionen amb l’aparició de psicopatologia en aquesta població. A més a més, existeix, en l’actualitat, un debat obert que qüestiona la validesa universal de les categories psiquiàtriques utilitzades habitualment i la necessitat de la seva adaptació cultural. Tractarem cadascun dels temes separatament i de forma breu.

2.3.1. Dol migratori

La migració pot comportar, a més a més d’aspectes positius, un seguit de pèrdues i riscos que conformarien el que J. Atxotegui (2002) a anomenat *dol migratori*.

Des de la perspectiva psicoanalítica el dol s'entén com un procés pel qual un individu pateix un seguit de reestructuracions en la seva personalitat com a conseqüència d'una pèrdua (la defunció d'un ésser estimat seria el cas clàssic de dol), entenent-se com a una situació normal, part del procés de maduració de l'ésser humà, que tan sols desembocarà en patologia quan no s'elabori correctament. En aquest sentit, Atxotegui (2002) assenyala clarament que no es pot equiparar l'emigració al dol patològic, donat que aquesta, encara quan comporta certes dificultats per a l'individu, no necessàriament va associada al desenvolupament de patologia i pot suposar efectes beneficiosos en la salut i en les condicions de vida dels que emigren i dels que romanen a origen. Caldria doncs, igual que en la resta dels casos de dol, diferenciar entre el *simple* (el que es produeix de forma natural com a conseqüència de les pèrdues que s'associen a tot procés migratori) i el *complicat* (el provocat per tot un conjunt de circumstàncies adverses que dificulten l'adequada elaboració del dol i posen en perill la salut psíquica del pacient).

Atxotegui (2002) defensa que el dol migratori presenta un seguit de característiques que el fan universal i que val la pena reproduir i analitzar de manera crítica³²:

1. És un dol parcial

Per Atxotegui (2002) es tractaria de la principal diferència entre el dol migratori i el clàssic. Si en el darrer, la pèrdua és total ja que es deixa, per sempre, de tenir contacte amb l'ésser estimat, en el primer això no és així: allò perdut, el país d'origen i els que es van quedar allà, no desapareixen, romanen, i sol ser possible recuperar el contacte o fins i tot tornar; és l'individu qui s'allunya. Es tractaria, doncs, segons l'autor, d'un dol per separació temporoespacial més que per pèrdua.

Ara bé, a manera de crítica constructiva, sembla interessant afegir a aquest raonament alguns matisos. Tot i quan l'objecte que es deixa no desapareix completament sí podria dir-se en cert sentit que es produeix una pèrdua de certs elements: d'una estructura familiar concreta que es veu alterada –a vegades per sempre– amb la pròpia emigració o la d'altres membres de la família; d'unes circumstàncies de vida que, per molt dures que poguessin ser, eren les que constituïen el propi referent; de valors culturals també, donat que tant l'emigració de part de la població com el simple pas del temps impliquen canvis en tots els grups humans, de tal manera que, a part dels seus propis canvis individuals, allò que l'immigrant troba quan torna no és, mai, exactament, allò que va deixar quan va marxar.

2. És un dol recurrent

El fet de que el dol sigui parcial complica la seva elaboració, segons l'autor, ja que cada trucada, cada notícia o viatge al país d'origen implicarien la necessitat d'elaborar-lo novament. Així, afirma que la possibilitat de retorn i de mantenir el contacte poden alimentar fantasies de tornada que, encara que tinguin a vegades un paper protector, podrien també endarrerir l'elaboració completa del dol i agreujar-lo.

En aquest punt podria fer-se a l'autor el mateix comentari que a l'apartat anterior: el dol seria, per dir-ho d'alguna manera, doble: canvia la societat d'origen però canvia també

³² Reprodueixo, a grans trets, el que s'exposa a Atxotegui, 2002.

la persona que va emigrar, de tal manera que la necessitat d'adaptació és mútua i serà tant més difícil quant major sigui la distància entre les dues realitats, quant més ràpids hagin estat els canvis o més esporàdics els contactes.

A més a més del contacte periòdic, segons Atxotegui (2002), existeixen altres circumstàncies que porten a incrementar el risc de que el dol es compliqui. L'agreuiment de les condicions associades a la migració, canvis no desitjats en les circumstàncies de vida o notícies dolentes a origen, per exemple, provocarien que el dol es reactivi: l'objecte perdut, del qual s'ha separat, pot ser l'alternativa a la qual aferrar-se.

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

La crítica que podria fer-se a aquesta posició es corre el risc d'acabar vinculant tot allò que li succeeix a l'immigrant al país de destí amb el procés migratori, de manera que es tractaria d'un dol ja no recurrent, com diu l'autor, sinó gairebé infinit, sense possibilitat d'acabar-se, en la mesura en que, en la vida de l'immigrant, com en la de l'autòcton, sempre poden succeir esdeveniments desfavorables. Una cosa és que la situació dolenta a destí compliqui l'elaboració del dol i augmenti el risc de patologia o que es donin, de fet, dificultats en l'adaptació mútua entre els que romanen a origen i els que han emigrat, però una altra molt diferent és que tot remeti necessàriament a la migració. Si així fos, quan es donaria per acabat el dol?, en altres paraules, quan deixarien de ser immigrants? En cert sentit, es tracta, el d'Atxotegui, d'un plantejament que dificulta considerar a l'immigrant com a un ciutadà més, subjecte als estressos normals d'altres ciutadans, per molt que certes circumstàncies, especialment en els primers moments, facin peculiar la seva situació. I apunta, una vegada més, a la rellevància de les qüestions no tan sols econòmiques, culturals i socials sobre la pràctica mèdica, sinó també les d'índole política: remet no tan sols a l'atenció des del punt de vista sanitari sinó també a la ciutadania i als drets socials i polítics dels éssers humans.

3. *És un dol vinculat a aspectes molt arrelats de la personalitat*

Atxotegui (2002) insisteix en que les possibilitats d'elaboració patològica del dol s'incrementen amb l'existència prèvia d'altres dols, especialment els succeïts durant la infància, etapa en la qual s'elaboren les pautes bàsiques d'enfrontament als conflictes i, també, se seleccionen els elements que serviran com a referents. Si aquests dols han estat mal elaborats, la possibilitat de desenvolupament de patologia després de la migració serà major, fet que sembla bastant clar i que remet, una vegada més, a la importància, per a avaluar la salut de les poblacions immigrants, de tenir en compte la situació prèvia a la partida.

4. *És un dol múltiple*

L'autor, en aquest punt, ressalta l'enorme quantitat d'aspectes de la vida de la persona que es veuen afectats per l'emigració, en major número que en el dol clàssic, i descriu l'existència, a dins del migratori, de set dols diferents, motivats per la separació de:

- La família i els amics: que suposen al mateix temps els referents, la xarxa de suport i, en ocasions, els depenents.
- La llengua: òbviament, quan aquesta és diferent de la del país de destí.
- La cultura, entenent per aquesta:

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

- La terra: que abraçaria el paisatge, la llum, els colors, etc. de la zona d’origen.
- El nivell social: tenint en compte que l’emigració implica, freqüentment, la pèrdua de l’estatus social que la persona tenia a origen, per passar a ocupar, a destí, un de molt més baix.
- El contacte amb el grup ètnic: es tractaria de la separació de les persones del grup de pertinença.
- Els riscos físics lligats a la migració: que es relacionarien amb les condicions sota les quals es realitza el viatge i l’acollida.

La rellevància d’un o d’altre aspecte podria variar, segons l’autor, en funció de factors com la llunyania cultural del grup d’origen respecte al majoritari a destí, les circumstàncies sota les quals tingui lloc el procés migratori, l’adaptació i el temps d’estada i l’èxit o no de la migració.

“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 SAPPPIR se observa que son los duelos por la familia, el *status* social y los riesgos físicos ligados a la migración los que se encuentran relacionados con más del 90% de las quejas, en general provenientes de personas que están encontrando graves dificultades en su migración. Sin embargo, varios centenares de entrevistas en profundidad acerca del proceso migratorio efectuadas desde la Universidad de Barcelona y dirigidas a inmigrantes ya asentados, bien relacionados socialmente y que han tenido éxito en su proyecto migratorio, han mostrado cómo sus dificultades de elaboración se centran mucho más (más del 70%) en aspectos ligados a la lengua, la cultura y al contacto con el grupo étnico.” (Atxotegui, 2002: 10)

La crítica, en aquest punt, podria centrar-se en diversos dels components del dol. Per una part, cal assenyalar que més que “família i amics”, hauria de parlar-se de “xarxa social” de l’immigrant, en la mesura en que aquests termes no tenen el mateix significat en tots els grups. I, més encara, caldria tenir present que el paper que poden desenvolupar en la vida de l’immigrant les diferents figures de parentiu pot ser molt diferent de la que tenen aquestes mateixes figures en la societat d’acollida i, per tant, la importància atribuïda a la separació pot ser distinta a la que a priori es podria esperar, cosa que haurà de tenir-se en compte en el procés diagnòstic però que, per a poder fer-ho, cal que els professionals comptin amb la formació i la informació adient. Per altra banda, no sembla pertinent considerar la discriminació a dins del dol per la cultura, ni queda clara la diferenciació entre aquest i el que es produeix per la pèrdua de contacte amb el grup ètnic, encara que, sens dubte, posar de relleu les conseqüències, en aquest cas, psicològiques, que té la marginació i la discriminació, és una aportació rellevant que ha ressaltar-se. La qüestió apareix insinuada per l’autor, encara que no arriba a plantejar-la totalment. En aquest sentit, podria afegir-se que la separació de la pròpia

cultura implica la pèrdua de referents i la posada en qüestió –per part del propi individu i també de la societat d’acollida- de valors i pautes de comportament que fins a aquell moment poden haver-se considerat com a propis, adequats i adaptatius, però, a més a més, la pèrdua de contacte amb el grup ètnic que sosté la identitat, juntament amb les dificultats per a la integració a l’entorn d’acollida, conduirien a una situació d’anomia identitària, o com a mínim, a alteracions en la construcció de la pròpia identitat.

En un altre ordre de coses, l’autor sembla contemplar que es reforcin els vincles amb el grup de referència tan sols quan la situació a destí és dolenta, però no sembla tenir present que això pot passar encara quan no ho sigui o, fins i tot, donar-se el fenomen contrari, que la persona opti per l’assimilació. Seria especialment així en el cas de refugiats sense possibilitat de retorn i amb experiències prèvies molt dolentes, en persones que migren fugint d’una determinada forma de vida o de l’aplicació d’algun aspecte concret de la seva cultura d’origen o les que, més o menys voluntàriament i conscientment, arriben a la conclusió de que l’èxit de la migració passa per deixar pel camí certs aspectes de la seva tradició cultural. Tot això implica, necessàriament, una reestructuració de la identitat, però no necessàriament un dol mal elaborat.

Finalment, assenyalar que és molt important tenir en compte, per l’avaluació psicològica dels pacients immigrants, la possible pèrdua de l’estatus que tenien en origen. És, sens dubte, una aportació destacada de l’autor i que no sempre es té en compte perquè massa freqüentment es tendeix a pressuposar als immigrants una situació econòmica, social i, quant a la formació, precàries, la qual cosa no sempre ocorre.

5. *Afecta la identitat*

L’autor reconeix l’existència de canvis en la identitat arrel del procés migratori, entenent per aquest:

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

I insisteix en que el dol pot portar a la construcció d’una nova identitat, fruit de l’experiència adquirida i del contacte amb d’altres elements culturals, o bé, en cas de que aquesta s’entengui com a quelcom rígid, complicar-se i aparèixer patologia.

6. *Comporta una regressió*

Atxotegui defensa, com a un dels trets universals del dol migratori, l’existència d’una regressió, és a dir, el retorn a posicions infantils com a conseqüència de circumstàncies vitals estressants i com a manera de buscar una situació més còmoda, evitant enfrontar-se a la realitat. Aquesta regressió es posaria de manifest bé en actituds submises i depenents per part de l’immigrant, bé en forma de queixa que, destaca, acostuma a dirigir-se precisament a aquelles persones o àmbits on és possible descarregar-la, habitualment on millor se’l sol tractar: en els serveis assistencials. Tot i que també reconeix que aquests poden afavorir les actituds de dependència amb el seu

paternalisme, assenyala, molt encertadament, que les queixes arriben a frustrar als treballadors, que es troben essent el blanc d'unes protestes de les que no necessàriament són responsables.

L'autor assenyala que la regressió seria menor a mesura que s'incrementa la xarxa social de l'immigrant, per la qual cosa es fa necessari afavorir els processos d'associacionisme i reagrupament familiar, tot i que no diu res respecte a l'establiment de xarxes amb persones no vinculades a la realitat migratòria, com podria ser la participació social en sindicats, associacions laborals, etc., o, simplement, xarxes d'amistat amb persones autòctones.

Tanmateix, Atxotegui (2002) també sembla considerar una regressió que l'immigrant adopti una militància ètnica que no tenia abans de marxar, aferrant-se a les tradicions d'origen, el què molt bé es podria considerar una anàlisi un punt esbiaixada: sens dubte el recurs a les bases, normalment sòlides i ben establertes, de la pròpia tradició cultural és una reacció lògica que aporta seguretat a l'individu en la seva relació amb un ambient en el que moltes coses són noves i es poden viure com a agressives; pot, fins i tot, acceptar-se que aquesta militància porti a complicar el procés d'adaptació i pugui conduir a situacions poc saludables des del punt de vista psicològic, tot i que no necessàriament hauria de ser així, però considerar-ho una regressió sembla d'una duresa excessiva. Tot i que és cert que les dificultats per a aconseguir una adequada adaptació al medi de destí poden conduir a una militància desproporcionada –que, a la vegada, aporta una reparació de la frustració i la impotència i una forma d'integració en un grup que pretén reproduir el d'origen- també ho és que puguin donar-se formes de militància sanes que afavoreixin la integració cívica i política i la convivència multicultural.

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

7. L'elaboració del dol discorre en una sèrie de fases

Segons Atxotegui (2002), el dol migratori manté les fases clàssiques del dol comú (negació, resistència, acceptació i restitució), tot i que les seves característiques de recurrència i multiplicitat introduiran algunes modificacions o peculiaritats:

“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.” (Atxotegui, 2002: 15)

Aquestes diferències constitueixen un fet rellevant, amb implicacions directes sobre l'assistència a les persones, per la qual cosa seria necessari aprofundir en aquest tema i establir estudis que intentaran apuntar les causes o factors que intervenen.

8. *Implica l'elaboració de defenses psicològiques*

De la mateixa manera que en el dol comú, en el migratori s'elaborarien mecanismes de defensa psicològics, tot i que el seu desenvolupament i forma de presentació poden també ser particulars³³.

9. *Implica sentiments d'ambivalència*

L'autor defensa l'existència de sentiments ambivalents d'amor-odi tant cap el país d'origen com cap al d'acollida.

“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.” (Atxotegui, 2002: 17)

10. *És un dol transgeneracional*

Atxotegui (2002) defensa que el dol afecta als fills dels immigrants, tot i quan siguin nascuts i criats a destí, que aquest tindrà possibilitats de ser millor o pitjor construït en funció de com s'hagi elaborat el dels pares i, pot ser, fins i tot, de pitjors conseqüències que en els progenitors, tot i que reconeix que, a vegades, els fills puguin estar en millors condicions que els pares i conèixer més els mecanismes de funcionament de la societat d'acollida, el que els permetrà estructurar millor les seves demandes. Segons l'autor, aquest dol seria degut a que els fills, tot i ésser educats a destí, han adquirit els vincles amb el lloc d'origen a través dels seus pares. Atxotegui no contempla, tanmateix, altra possibilitat: que el dol procedeixi de la vivència per part dels fills de que la societat de destí no els diferencia dels seus pares sinó que els considera immigrants igual que a aquests.

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

La postura de l'autor sembla confondre dol amb dificultats d'integració. No aclareix en cap punt si utilitza els dos termes com a sinònims, tal i com es deriva de la lectura, però, de fer-ho així, es tractaria d'una perspectiva reduccionista. És evident que cada membre de la família que emigra ha d'elaborar el seu propi dol i que en l'evolució d'aquest influiran les circumstàncies que es trobaran a destí, però no es pot dir que nens nascuts i criats després de l'emigració tinguin pròpiament un dol migratori (ni tan sols l'han de tenir, prioritàriament, els seus pares) sinó certes dificultats o peculiaritats d'integració en l'estructura de la societat majoritària derivades de viure, a vegades, a cavall entre dues cultures, les pressions de les quals poden ser, en certes edats com l'adolescència,

³³ El comentari, en aquest punt, seria el mateix que en la nota anterior.

difícils de conduir. I no només intervindrien qüestions relacionades amb la(es) cultura(es) sinó també, de la mateixa manera que amplis grups de població autòctona, amb la situació de precarietat econòmica i/o marginalitat en la que a vegades es troben. Com denominaria, llavors, Atxotegui, a la situació que pateixen joves gitanos de barriades marginals? No es pot considerar, òbviament, un dol migratori, en la mesura en que les seves famílies poden portar segles assentades en el mateix lloc, però sí intervindrien factors socials, culturals i econòmics, paral·lels, tot i que amb diferències, als que atribueix als joves immigrants de segona generació. Sembla oblidar-se, també, l'autor de les diferències en les expectatives per al futur que poden tenir pares i fills i de la importància de les relacions que s'hagin establert entre ells (marcades culturalment, però no només).

En resum, considerar l'adaptació de les segones generacions com un dol podria suposar una psicologització excessiva dels processos i conduir, tot i sense voler-ho, a prolongar *sine die* una situació potencialment patològica, per la qual cosa, sense perdre de vista la importància de prestar atenció a la situació vital d'aquestes generacions, seria necessari fer-ho des de punts de vista més amplis.

11. Es repeteix amb el retorn

Atxotegui (2002) defensa que el dol ha de ser reelaborat si l'immigrant torna al seu país d'origen: durant el temps que hagi durat la migració, tant ell com el seu país i a aquelles persones que allà es troben han canviat, de manera que han de reelaborar-se les relacions. El dol seria aquesta vegada per la societat de destí, per tot allò que es deixa enrere amb la tornada. L'autor defensa, a més, que aquest dol serà tant més difícil quan pitjor hagués estat l'inicial.

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

12. Afecta també als autòctons i a aquells que resten a origen

L'autor defensa que la immigració és un fenomen que comporta canvis no només en la vida d'aquell que emigra sinó també en la dels membres de la societat que el reben i en la dels que resten a origen. I entén que aquests canvis poden afectar a diferents esferes de la vida d'un o altre cas: en els autòctons es tractaria d'una defensa de la pròpia identitat enfront a l'arribada de persones de cultures diferents amb les que s'ha de conèixer, tant major quant més estrets siguin els contactes amb els immigrants; en el cas d'aquells que resten a origen, es tractaria d'un dol per la pèrdua dels qui han marxat.

La crítica a aquest plantejament giraria entorn a que semblaria clar que es tracti d'un dol en el segon cas, però no en el primer. És obvi que, sobretot si la convivència és estreta i afecta a certs pilars que es considera que conformen la identitat, puguin produir-se conflictes i, fins i tot, reaccions psicològiques a aquests, però considerar-ho un dol

sembla excessiu, en la mesura en que no hi ha una pèrdua en sentit estricte ni necessàriament, sinó, i en tot cas, la vivència d'una amenaça, massa freqüentment manipulada de manera interessada per determinats sectors polítics i econòmics. Les dificultats que la població autòctona troba per a acceptar la immigració i conviure (realment conviure) amb els immigrants no poden reduir-se tan sols als problemes per a comptabilitzar determinades pràctiques culturals sinó a fenòmens complexos en els que intervenen múltiples variables. Limitar l'anàlisi únicament a les dificultats psicològiques d'acceptació de l'Altre, a més de tenir l'efecte no cercat de donar ales als defensors de les teories de la incompatibilitat de les cultures i de l'aversion instintiva cap a qui és diferent, suposa obviar circumstàncies com l'explotació, la marginació i la reclusió en sectors productius i socials dels immigrants que poc o res tenen a veure amb els continguts de les tradicions culturals d'uns i d'altres³⁴.

2.3.2. Síndrome d'Ulisses

Segons Atxotegui (2002), la simptomatologia de tipus depressiu és la més freqüent en els immigrants i es presentaria de dues maneres diferenciades: bé en forma d'un trastorn depressiu major o una distímia, d'acord amb el DSM-IV, bé amb un nou tipus de trastorn que ha denominat *Síndrome de l'Immigrant amb Estrès Crònic* o *Síndrome d'Ulisses*.

Segons l'autor, es tracta d'una síndrome específica dels immigrants, especialment els extracomunitaris, que es caracteritza per l'existència d'estrès crònic, relacionat amb la vivència d'alguna d'aquestes persones de que la seva supervivència està en risc i viu en unes condicions que interpreta com a agressives, a la qual cosa es podria afegir la violència prèvia patida en els seus països d'origen o en el trajecte. El quadre clínic combina símptomes depressius, ansiosos, somatomorfes i dissociatius.

Atxotegui (2002) defensa la creació d'una síndrome específica en la mesura en la que el quadre que descriu no s'ajusta a les característiques exigides per les classificacions internacionals per a diagnosticar un trastorn adaptatiu ni un trastorn per estrès posttraumàtic. L'argument seria el següent:

“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 posttraumático
- Se asocian síntomas de tipo somatomorfo y dissociativo

Por estas razones, consideramos que más que de una situación de estrés agudo se podría hablar, en el caso del inmigrante actual, de una problemática de estrés crónico.” (Atxotegui, 2002: 46)

³⁴ El lector interessat en aquests temes pot consultar: San Román, 1996.

I descriu la síndrome a través de l'enumeració dels seus símptomes, que s'inclourien en quatre grans grups:

1. Síntomes de l'àrea depressiva

Els símptomes serien:

- Tristesa: Atxotegui reconeix la dificultat per a delimitar la tristesa en pacients procedents d'altres tradicions culturals –la qual cosa és valorable, sens dubte-, però destaca que és el símptoma més freqüent tant en els trastorns depressius com en els dols, en aquest darrer cas relacionat, sobretot, amb la família, el nivell social i les dificultats associades a la migració.

- Plor: Respecte a aquest símptoma, afirma que seria fins a quatre vegades més freqüent en les dones que en els homes i que existirien, també, variacions en funció de les procedències, essent menor en pacients musulmanes. Ambdues qüestions estarien relacionades amb la consideració social que rebí el plor en cada cultura, la qual cosa constitueix una hipòtesi molt interessant que hauria d'ésser posada a prova.

- Baixa autoestima: En aquest punt, el propi autor reconeix que es tracta del que denomina un “síntoma cultural”, és a dir, és producte d'una manera concreta d'entendre el món i a les persones, una manera d'entendre el “jo” fonamentalment occidental. Tot i amb això, destaca que aquests sentiments es relacionarien amb la sensació de fracàs en el procés migratori. Sobre això es podria afegir que, a més de comprovar els elements que entren en joc, les seves causes i conseqüències, seria necessari també valorar la possibilitat de l'existència de fenòmens en cert sentit contraris – i que han estat documentats per etnògrafs per a diferents grups culturals– com podria ser la compensació d'una certa sensació d'inferioritat o baixa autoestima – derivada del desconeixement de les pautes de la societat d'acollida, del seu idioma, la seva tecnologia, etc.- mitjançant l'adopció de postures de, podria dir-se, “superioritat moral” o interpretacions en termes d'impuresa o immoralitat de valors o conductes que es consideren propis de la societat de destí (la manera de tractar als ancians o el respecte als pares podrien ser exemples concrets, com també podrien ser-ho altres percepcions que xocarien més amb la ideologia de la societat majoritària com, per exemple, el comportament considerat adient per a les dones).

- Culpa: Es tractaria d'aquest d'un símptoma molt lligat a la religió cristiana, en la que el concepte de culpa té un pes important, per la qual cosa estaria, segons l'autor, menys present en pacients d'altres tradicions. En aquest punt es podria dir que no es tracta d'un símptoma lligat exclusivament al cristianisme, sinó que està present també en altres religions i, no només en elles, sinó, fins i tot amb més freqüència, a altres pautes culturals que poc tenen a veure amb la religió, de manera que seria necessari i possible, tot i que complex, valorar el paper que podria tenir en cada cas concret.

- Idees de mort i suïcidi: A l'igual que l'anterior, per a l'autor es tracta d'un símptoma molt lligat a la religió, amb la peculiaritat, en aquest cas, de que la prohibició del suïcidi està present en totes les grans religions monoteistes, tot i que s'hauria de dir que, en certes circumstàncies, sí es pot afirmar que està culturalment pautat en moltes societats, independentment de la religió. Segons Atxotegui, no es tracta d'una manifestació freqüent en immigrants, d'acord amb les seves dades.

- Manca d'interès per fer les coses: Per a l'autor, tampoc seria un símptoma molt habitual en la mesura en la que l'immigrant té com a objectiu l'èxit del projecte migratori, la qual cosa sembla absolutament lògica, però caldria afegir també que, a part

d'això, podria també estar influïnt el fet de que l'activitat sigui imprescindible per a la pròpia supervivència, especialment en aquells casos, molts, de vulnerabilitat econòmica.

- Pèrdua d'interès sexual: Per a Atxotegui, a l'igual que passa amb els pacients autòctons, és un símptoma per el qual consulten més els homes que les dones, explicable, aparentment, per les diferències en els rols entre els sexes i els comportaments considerats correctes per a uns i altres.

- Pèrdua o augment de pes o gana: Les alteracions en la dieta i les dificultats que a vegades es donen per a adquirir aliments dificulten la seva exploració, però, segons l'autor, no es tractaria de símptomes usuls.

2. *Símptomes de l'àrea de l'ansietat*

- Ansietat: Segons Atxotegui (2002), és el símptoma més freqüent, juntament amb la tristesa i existirien diferències en la seva presentació segons la procedència i el gènere, que, de nou, seria interessant i convenient investigar en profunditat i de manera contextualitzada.

- Preocupacions excessives i intrusives: Es tractaria d'una manifestació comprensible i, generalment, ajustada a la realitat vital d'aquestes persones, pel que a la seva vessant cap a la patologia es refereix més a la dificultat de l'individu per a conduir-les i als quadres que se li associen, com l'insomni i la cefalea. Segons l'autor, aquest símptoma s'assembla a les idees recurrents característiques de la síndrome per estrès posttraumàtic. L'existència d'una xarxa social i de suport constituïria un element protector, quelcom lògic, per altra part, en qualsevol tipus de pacient.

- Irritabilitat: Es tracta d'un símptoma molt lligat a les frustracions que sovint han de suportar els immigrants i la presència del qual està mediada, segons l'autor, per la consideració que la violència o l'agressivitat tinguin en cada cultura –tot i que hauria de puntualitzar-se, més aviat, que es tractaria de la consideració que cada cultura atribueixi a la violència per a cada un dels estrats que la conformen-, de manera que seria menys freqüent en pacients d'aquelles en les que aquesta tendeix a reprimir-se més. La seva presentació varia també amb el gènere i, segons l'autor, seria més freqüent en dones degut al seu major grau de dependència, pressió social, baixa consideració de la seva feina i autonomia, tot i que no aporta dades concretes que donin suport a aquesta afirmació. No sembla contemplar, tampoc, que la violència tingui en cada cultura una consideració diferent en funció de si l'exerceix un home o una dona i, també, òbviament, en funció de la situació concreta que la desencadeni. En qualsevol cas, es tractaria d'hipòtesis que és necessari contrastar.

3. *Símptomes relacionats amb les somatitzacions*

Els més usuls serien la triada insomni-cefalea-fatiga, igual que en pacients autòctons, seguides de les somatitzacions osteoarticulars i digestives.

- Alteracions del son: l'autor (Atxotegui, 2002) destaca que l'insomni, especialment de conciliació, és un dels símptomes més habituals i es relaciona, com s'ha dit abans, amb la presència de preocupacions recurrents i l'evolució cap el desenvolupament de trastorns depressius. El més destacable és, tanmateix, que malgrat que, segons les dades, es registra una major freqüència en dones, a mesura que descendeix el suport social i s'incrementa l'edat (tot i que apareix des d'edats més joves que en autòctons), es tracta del símptoma amb menys variacions culturals en la seva presentació, quelcom que, segons l'autor, s'explicaria pel caràcter d'activitat humana bàsica, malgrat, es podria

afegir de forma crítica, que no només es deuria a això, sinó també a que es tracta d'una situació de valoració senzilla i subjecte a poques subjectivitats.

- Cefalea: Es tractaria, com s'ha dit, d'un símptoma molt freqüent i associat, com l'insomni, a preocupacions excessives. També, com aquest, sembla ser més habitual en dones i a mesura que s'incrementa l'edat. Respecte a les característiques, es tractaria, generalment, d'una cefalea primària i de tipus tensional. A més, seria més freqüent en pacients llatinoamericans, la qual cosa, l'autor, relaciona amb el consum d'alcohol en aquest grup.

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

- Fatiga: És un símptoma de gran intensitat i que es dona, segons l'autor, molt més en dones, la qual cosa relaciona amb el major estrès que aquestes suporten, segons la seva experiència. Descriu també variacions quant a la procedència i, fins i tot, en relació a un “símptoma cultural”:

“Desde el punto de vista de los grupos étnicos, según nuestros datos, la fatiga afecta con mayor frecuencia a asiáticos y marroquíes. Desde la perspectiva de la población asiática, la fatiga es un síntoma fundamental en un trastorno de tipo cultural denominado *Dhat*. El *Dhat* es un trastorno cultural, propio de amplias zonas de India, Pakistán, China, etc., que consiste en el temor a que la pérdida de semen suponga una enorme pérdida de energía. En los inmigrantes puede asociarse al esfuerzo que supone la elaboración de los duelos de la migración, lo cual favorece que se sientan sin energía, agotados. Otro síndrome cultural asociado a la fatiga sería la denominada ‘neurastenia’ china en la que trastornos de tipo depresivo se expresarían sobre todo a través del cansancio.” (Atxotegui, 2002: 54, les cursives són seves).

Caldria afegir, finalment, que, amb independència d'aquestes explicacions, seria necessari indagar en altres qüestions que podrien estar implicades com els tipus de vida i les ocupacions diferencials en diferents grups d'immigrants i també en les circumstàncies vitals diferents en aquests entre homes i dones.

4. Síntomes de l'àrea dissociativa

Es tracta del conjunt de símptomes més difícils d'avaluar, tant per la dificultat d'enquadrar-los dins de les categories diagnòstiques del DSM i diferenciar-lo d'altres quadres com per les possibles variacions culturals, especialment en aquelles tradicions amb diferent concepte del jo. Segons l'autor, la simptomatologia es relacionaria amb un quadre de confusió temporoespacial, caracteritzat per “fallos en la memoria, en la atención, sentirse perdido y perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal, etc.” (Atxotegui, 2002: 55).

A part de tot el que s'ha dit fins el moment, és possible realitzar diversos comentaris més respecte a la pertinència d'establir una nova síndrome específica de la població immigrant. En primer lloc, aquesta proposta sembla estar emparada per les dificultats que es troben els professionals en fer encaixar els símptomes i signes que presenten els pacients immigrants en les categories diagnòstiques de les que disposen i en les possibles diferències, també, en la forma de presentació dels quadres. Tot i amb això, no sembla justificat que s'encunyi una nova síndrome: les variacions quant al número

d'estressors i la duració del quadre no semblen ser suficients com per a això i, per altra part, com el mateix autor reconeix (Atxotegui, 2002), és relativament freqüent que els quadres que presenten els pacients (tots) no s'ajustin amb exactitud als que es descriuen al DSM o al CIE, sense que per això es consideri oportú establir noves entitats diagnòstiques per a recollir les particularitats de cada cas. Sobretot, perquè si es fa per a immigrants s'hauria de fer per a tots els grups de la societat autòctona que presentaran formes d'expressió diferents: dones, ancians..., la qual cosa seria inviable i faria impossible el diagnòstic.

Respecte al paper de les variacions culturals, el mateix Atxotegui reconeix que poden condicionar tota la simptomatologia, però cal afegir que ho farien tant en relació a aquesta síndrome com en aquells respecte dels quals pretén diferenciar-se. En realitat, el que l'autor està fent és posar un nom nou a manifestacions peculiars, derivades de la influència de la cultura d'origen, els processos socioeconòmics dels grups i també de les particularitats del procés adaptatiu en cada individu. Es tracta, per tant, de la fabricació d'un *culture bound síndrome*, agreujat pel fet de que el grup al que s'adjudica no és homogeni ni comparteix la mateixa tradició cultural, per la qual cosa també podria arribar a ser aplicable a la població autòctona, igualment dotada de cultura (i de diversitat).

En tercer lloc, es pot assenyalar que aquest estrès crònic podrien viure'l, en certa manera, altres grups de la societat. Per exemple, persones en situació habitual de marginació que –excepte pel problema de la situació de regularització jurídica, i, fins i tot amb aquest a vegades- presenten condicions de vida molt similars a les dels immigrants més marginals o, també, gitanos autòctons que comparteixen amb els immigrants la diferència cultural amb la societat majoritària, molts d'ells les dificultats d'integració i, a vegades, també la marginalitat. Es podria argumentar que un altre símptoma diferent i exclusiu dels immigrants és el del risc vital, però persones que viuen al carrer, presos, etc. pateixen també situacions d'extrema violència que posen en risc les seves vides. No es pot negar, tanmateix, que cada grup cultural presenta peculiaritats en l'expressió de les queixes relatives al patiment psíquic, però arribar a encunyar una nova entitat sembla tenir més inconvenients que avantatges. Podria produir-se un sobrediagnòstic, una tendència entre els professionals a diagnosticar d'aquesta síndrome a un número excessiu d'immigrants, perquè és una etiqueta còmoda i que sembla explicar-ho tot, tots els símptomes que apareixen, i també, al mateix temps, totes les diferències o tot allò que el clínic no està en condicions d'entendre. Incloure-ho en els manuals de diagnòstic i tractament podria propiciar l'estigmatització i disminuir –conscientment o inconscient- l'esforç dels metges i de la resta del personal per tractar d'entendre el que li passa al pacient, per qüestionar les seves eines diagnòstiques i cercar solucions no només centrades en ell sinó també en les seves condicions de vida i en el propi sistema sanitari en el que és atès.

Finalment, aclarir que de la crítica feta fins el moment no es pot deduir, en absolut, que l'abordatge d'Atxotegui manqui de valor, ans al contrari, és molt d'agraciar l'intent de l'autor de contextualitzar el patiment d'aquestes persones en unes circumstàncies vitals concretes i complexes i no només relacionades amb els seus patrons culturals o amb les seves diferències respecte a la societat que els rep i que requereixen d'una anàlisi respectuosa i en profunditat.

2.3.3. Model d'estrès

Enfront al model proposat per Atxotegui, altres autors centren la seva atenció en l'estrès provocat per l'emigració i en les seves possibles conseqüències sobre la salut de l'individu, deixant clar, de totes formes, que no necessàriament l'existència d'aquest estrès ni la seva major o menor intensitat es relacionarà directament amb l'aparició de simptomatologia ni amb la severitat de la mateixa, ja que en això poden influir qüestions molt variades i que anirien des de les característiques i particularitats del procés migratori i les circumstàncies que l'immigrant visqui a destí, fins a la seva estructura de personalitat i els recursos psicològics dels que disposi i, també, l'existència de suport ja sigui en forma de xarxa social o de recursos i serveis institucionals que li ofereixin ajuda (Cervantes, Castro, 1985; Noh, Kaspar, 2003).

D'acord amb aquesta perspectiva, i de manera genèrica, donat que l'acord entre els diversos autors no és total, s'ha proposat un model que se centraria en l'existència de quatre dimensions en l'estrès que podria patir la població immigrant i relacionar-se amb l'aparició de patologia psicològica:

1. Estrès relacionat amb la migració

Es tracta d'un àmbit d'estudi clàssic de la psiquiatria psicoanalítica, que suggereix, com ja s'ha vist, que l'emigració s'associa a una sèrie de dols que poden derivar, de no ésser elaborats d'una manera eficaç, en símptomes afectius com ansiosos o psicòtics, tot i que no s'ha pogut demostrar la relació directa entre el dol migratori i l'aparició de psicopatologia (Atxotegui, 2002).

2. Estrès aculturatiu

Aquest estrès estaria derivat de l'esforç d'adaptació al procés de canvi cultural que es dona quan l'individu viu en una cultura diferent a la seva i que a més exerceix com a dominant. Els seus efectes dependrien tant del grau de diferència cultural com de les condicions de vida i el tractament als immigrants que imposi la societat majoritària i, també, de les característiques individuals de cada un d'ells.

En aquest model se sol oblidar, tanmateix, que l'aculturació (tot i que més aviat sembla referir-se a l'assimilació) no necessàriament es viu d'una manera negativa i que pot ser, fins i tot, buscada de manera deliberada.

3. Estrès relacionat amb la discriminació percebuda

El caràcter específic d'aquest estrès, diferenciat de l'estrès aculturatiu o formant part d'aquest, és motiu de debat entre els autors que escriuen sobre aquest tema. Sigui d'una manera o d'una altra, faria referència al sentiment, subjectiu, de l'immigrant de ser objecte d'actituds discriminatòries per part dels membres de la societat majoritària, bé per pertinença a una minoria ètnica, per diferència cultural o derivades de la situació socioeconòmica en la que es trobi (Fischer, Shaw, 1999). La seva incorporació als elements que s'han de tenir en compte a l'hora de valorar el patiment d'aquestes persones és molt rellevant i suposa un pas endavant en la consideració de la importància dels factors socials sobre la salut tot i que, un cop més, seria necessari investigar el seu paper concret en el desenvolupament de patologia i els mecanismes pels quals s'arriba a produir.

4. Estrès psicosocial general

Aquesta dimensió de l'estrès fa referència als estressors als que es pot veure's sotmès qualsevol individu, derivats de les preocupacions lligades a la vida quotidiana: habitatge, feina, relacions socials i familiars, etc.

Ara bé, malgrat l'interès teòric d'aquests plantejaments no existeix, en aquest moment, acord respecte a la relació que cada un dels patrons d'estrès assenyalats pot arribar a tenir amb el desenvolupament de psicopatologia. Per altra part, tampoc es pot oblidar que tots i cada un d'aquests estressors pot considerar-se en situacions i en individus que no són immigrants.

2.3.4. Ús dels instruments diagnòstics en situacions interculturals

Un altre dels temes objecte de debat en l'abordatge de la salut mental dels pacients immigrants i pertanyents a minories ètniques és la suposada validesa universal de les categories diagnòstiques de la Psiquiatria occidental. En aquesta disciplina, amb l'excepció poc significativa d'aquells trastorns en els que es pot identificar una base orgànica, el procés d'elaboració del diagnòstic està marcat per la interpretació subjectiva –però fonamentada en els seus coneixements– per part del clínic de la narració dels símptomes que realitza el pacient, corresponents, així mateix, a les percepcions, també subjectives, d'aquest sobre el que li succeeix. A partir d'aquesta interpretació, el professional agrupa els símptomes i estableix categories diagnòstiques tancades. Amb aquesta finalitat, s'han dissenyat dues classificacions: el DSM, elaborat per l'Associació Americana de Psiquiatria i del que, en aquest moment, existeix una revisió de la seva quarta edició (DSM-IV-TR) i la CIE de l'Organització Mundial de la Salut, que va per la desena (CIE-10). La més emprada en la Psiquiatria en el nostre entorn, després d'anar-se imposant mica en mica, és el DSM-IV, tot i que és habitual que els fulls d'història clínica ofereixin la possibilitat d'efectuar el diagnòstic d'acord amb ambdues classificacions. El debat, tant a nivell nacional com, especialment, internacional, se centra sobretot en aquesta classificació.

En el nostre entorn, el tema ha estat abordat des de l'Antropologia de la Salut, sobretot (i entre d'altres) per A. Martínez (2000), l'anàlisi del qual prendrem com a base, i que qüestiona la capacitat dels DSM³⁵ per a servir a un abordatge integral del pacient en el que es tingui en compte adequadament el context social i cultural en el que s'inscriu i en el que els seus símptomes adquireixen significació completa. Aquest autor, inicia la crítica des del naixement de la classificació i el propòsit que va presidir la seva elaboració. Afirmar que l'objectiu que es reconeix per a dissenyar el DSM-III va ser disposar d'una eina que permetés englobar els pressupòsits de la CIE i de tots els corrents teòrics en Psiquiatria, donant com a resultat un conjunt de categories diagnòstiques que poguessin considerar-se en sí mateixes atèriques i que permetessin orientar de manera fiable el tractament dels pacients. Es tractava, per tant, d'elaborar una classificació que reduís al màxim la subjectivitat de la interpretació i minimitzés els biaixos per posició teòrica. Martínez (2000) afirma que, contràriament, el DSM-III i els

³⁵ L'article que aquí es menciona fa referència en concret al DSM-III, tot i que el mateix autor defensa que la crítica és extensible a la versió més actualitzada, DSM-IV (Martínez, 2000).

posteriors DSM-IV i DSM-IV-TR responen a un únic corrent que representa la tendència a la biològització de la Psiquiatria, denominada neokraepelinisme. D'acord amb l'autor, aquesta tendència s'observa, en primer lloc, en la pròpia definició del trastorn mental que pretén aproximar-se a les que utilitza la biomedicina per a la salut o la malaltia, en un intent per dotar de caràcter científic a la disciplina i fugir de subjectivitats i estigmatitzacions. En paraules de Martínez:

“La inspiración biomédica del DSM-III(R) y el DSM-IV queda patente, asimismo, en otra puntualización no menos importante: la definición de ‘trastorno mental’. En los diversos manuales de esta se advierte que el concepto de ‘trastorno mental’ no implica límites precisos, sino que adquiere un carácter ambiguo junto a otras nociones como las de ‘salud mental y física’ o ‘trastorno físico’ (APA, 1990, p. XXII; 1995, p. XXI). Se hace también énfasis en que una clasificación de trastornos como la que se presenta no trata de catalogar a los individuos particulares; una cosa son las enfermedades y otra muy distinta los individuos que las padecen (...).” (Martínez, 2000: 258)

“Con este principio se trata de quebrar un asunción tradicional que marginaba a la psiquiatría por el lado de su objeto de conocimiento; a saber: la idea de que si gran parte de las enfermedades físicas responden a un *padecer* o aun *tener*: ‘J padece una enfermedad cardiovascular’, los trastornos mentales aparecen principalmente asociados no al *tener* sino al *ser*: ‘J es un esquizofrénico’. Al romper los nuevos DSM con este presupuesto, se hace posible un acercamiento ontológico y epistemológico entre las enfermedades físicas y los trastornos mentales y, como contrapartida, la marginación del modelo psicoanalítico en beneficio del biomédico. Y es que para una psiquiatría científica, esta asociación entre *ser* y patología, entre biología y trastorno mental es inexacta, por no decir errada.

Al situar la enfermedad fuera del espacio del *ser*, los nuevos DSM ponen en juego presupuestos que, aunque fuertemente interrelacionados, pueden desgranarse a efectos analíticos. En una primera instancia, esta aseveración permite no generar una mayor estigmatización de los individuos que sufren un trastorno mental; un tipo de fenómeno también presente en gran parte de las enfermedades físicas que suponen una cronificación: ‘un diabético’, ‘un hipertenso’, etc. No obstante, en un segundo avance, esta forma de entender los fenómenos patológicos permite a la psiquiatría adelantarse a cualquier intento de marginalización con respecto al modelo biomédico, ya que el tener parece más pertinente al dominio del cuerpo (*soma*) que al de la mente (*psique*). En ello hay una necesidad de diferenciar la enfermedad del enfermo para justificar el carácter ‘científico’ del conocimiento psiquiátrico. (...)” (Martínez, 2000: 259, les cursives són seves)

A més de la crítica a la preeminència de les posicions més biologicistes, s'ha realitzat una altra respecte a la suposada validesa universal de les categories. I és que, tenint en compte el grau d'interpretació que cap en l'enquadrament dels símptomes del pacient en els ítems diagnòstics que s'ofereixen al clínic, el que resulta és que les categories que s'ofereixen són altament reproduïbles —és a dir, davant els mateixos símptomes, expressats de la mateixa manera, la majoria dels professionals (occidentals i per a pacients occidentals) diagnosticarien la mateixa entitat- la qual cosa, tot i essent molt valorable, no necessàriament significat que no càpiguen altres interpretacions, que aquestes siguin adequades o que el procés d'encaix sigui més o menys fàcil. El disseny d'aquest sistema de classificació respon, segons Martínez (2000), a un enfocament positivista, inductiu, és a dir, a una manera d'entendre el coneixement en el que l'elaboració d'una teoria té lloc a partir d'un conjunt de dades discret.

“Diagnosticar se convierte, en las taxonomías neokraepelinianas, en el simple ejercicio de otorgar los *nombres* ya preestablecidos de las *cosas*. Con esta maniobra se trata de reducir la inferencia teórica de una manera muy similar a como la orientación positivista tradicional trataba

de circumscriure el seu abast teòric a 'la còpia dels fets' (Habermas, 1989, p.93)." (Martínez, 2000: 268-269)

A part del que s'ha dit anteriorment, la principal crítica al sistema de classificació nord-americà se centra en que constitueix una tipologia en la que es privilegien els símptomes biològics i es fracassa en la identificació dels factors socials i culturals que delimiten el context en el que té lloc el procés. Malgrat l'existència de cinc eixos³⁶ a partir dels quals realitzar el diagnòstic, només els tres primers es perceben com a realment rellevants i, tot i que és possible complimentar-los tots, és a dir, diagnosticar l'existència de diverses entitats al mateix temps, no es permet establir relacions entre els trastorns, de tal manera que apareixen com a quelcom aïllat entre sí i sense possibilitat de relacionar-los amb la història biogràfica del pacient.

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

"Adicionalmente, y por lo que respecta principalmente a los tres primeros ejes, las diferentes enfermedades aparecen claramente delimitadas y sin anotaciones sobre sus posibles relaciones. Incluso el propio individuo en el que cobra realidad toda esta nómina de categorías, enfermedades y circunstancias aparece prácticamente anulado como referente, pues los diferentes trastornos se articulan a partir de una lógica propia que no necesita de su materialización en una biografía. Y es que el énfasis recae aquí sobre las enfermedades y no sobre los enfermos. (...) De poco servirá que en el DSM-IV se haya incluido un apéndice que incluye una guía para la formulación cultural y un glosario de síndromes dependientes de la cultura o que aparentemente se destaque la importancia de los factores culturales y sociales en la etiología, curso y pronóstico de los trastornos mentales. La voz del paciente, sus juicios y sus afirmaciones no tienen cabida en el sistema multiaxial del neokraepelinismo." (Martínez, 2000: 262-263)

D'acord amb l'esquema tancat de diagnòstic que ofereix aquesta classificació, els fenòmens socials i culturals, contextualitzats per a un determinat pacient i en un temps i entorn concrets, es tracten com si fossin fenòmens biològics. Les categories diagnòstiques acaben entenent-se com a universalment vàlides en lloc d'enquadrar-les en un determinat context sociocultural i es converteixen les realitats subjectives en fenòmens positius, suposadament objectivables i universals.

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

³⁶ Segons els DSM: Eix I: Trastorns clínics i altres problemes que poden ser objecte d'atenció. Eix II: Trastorns de la personalitat i retràs mental. Eix III: Malalties mèdiques. Eix IV: Problemes psicosocials i ambientals. Eix V: Escala d'avaluació de l'activitat global.

Respecte a això, l'autor (Martínez, 2000) aprofundeix en dues qüestions. Per una part, el qüestionament de la capacitat d'aquestes classificacions per a diferenciar allò mèdicament patològic d'allò socialment normatiu, és a dir, les dificultats per a distingir entre els aspectes psicològics o biològics dels símptomes i els factors culturals que els matisen i des dels que s'interpreten i classifiquen com a patològics o no. I crida especialment l'atenció la separació categòrica del trastorn mental del context social i cultural en el que apareix quan, entre altres criteris per a establir els diagnòstics, s'inclouen ítems que al·ludeixen clarament a comportaments fora d'allò normatiu per a la cultura occidental en la que s'ha desenvolupat la classificació. Martínez cita com a exemple d'això els criteris que s'utilitzen per a establir el diagnòstic de trastorn antisocial de la personalitat:

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

Per una altra part, aquests fenòmens subjectius, necessàriament mediats per la cultura de la que és portador el pacient i interpretats des de la que se situa el clínic, es presenten en els DSM com a fenòmens estables, directament observables i universals i constitueixen els criteris clínics, tot i quan això generalment no es reconegui.

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

¿sobre qué criterios determinar la baja autoestima?, ¿por qué entender la baja autoestima como una manifestación patológica?, ¿cuáles la ‘base suficiente’ para sentirse cuerdamente explotado? Por no entrar ya en preguntas como: ¿es verdad o es falso que el vecino saca la basura sólo para molestar al paciente?” (Martínez, 2000: 270-271)

En definitiva, segons Martínez (2000), la posició del qual comparteixo en línies generals, es tracta d’un model de classificació que, prenent ser biopsicosocial, atorga preeminència als fenòmens biològics i supedita i tracta de biològitzar els socials i culturals, per la qual cosa és qüestionable la seva adequació per a l’abordatge de pacients aliens a la tradició cultural occidental o, com a mínim, aquest s’hauria de fer tenint en compte les seves limitacions.

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

Tan sols afegir al que diu Martínez (2000) que la crítica als instruments diagnòstics disponibles no s’ha d’interpretar com una defensa de que la Psiquiatria occidental (i els seus instruments) estiguin incapacitats per a l’abordatge de persones que pertanyen a altres tradicions culturals, sinó que pretén posar sobre la taula que responen a una tradició cultural concreta, a una manera d’entendre el cos i la ment i d’interpretar el món, la malaltia i el procés de curació que no tenen per què ser l’única, la més correcta ni la més adequada per a cada un dels casos concrets. Es tractaria d’ésser capaç de reconèixer això, d’adquirir la humilitat necessària per a assumir que els propis paràmetres poden ser posats en dubte i ser capaç, llavors, *d’estar davant del pacient* d’una manera diferent, més humana, més modesta i necessàriament més propera. Això, a la vegada, permetria la construcció de categories i instruments amb una validesa més intercultural, tot i que difícilment sempre generalitzable i mai immutable.

2.3.5. Abordatge terapèutic en situacions d’interculturalitat

D’acord amb el què s’ha dit anteriorment, sembla evident que la salut mental de la població immigrada requeriria d’un abordatge interdisciplinari en el que es combinarien, segons els casos, el tractament farmacològic i la psicoteràpia, sense deixar de banda la intervenció de caràcter social i el paper que juga la tradició cultural. Seria necessari també, com en tots els temes relacionats amb l’assistència sanitària a aquestes poblacions, incrementar els coneixements dels professionals de la salut mental però, també i especialment de Medicina de Família i Comunitària, respecte a les variacions en les formes de presentació de les patologies i les limitacions dels nostres instruments diagnòstics, així com en aspectes bàsics de Psiquiatria Transcultural que els permetin identificar aquestes circumstàncies. Quelcom que hauria d’anar acompanyat, com ja s’ha dit i es tornaria a assenyalar reiteradament, de l’adequat suport en forma de recursos humans, tècnics, de temps, etc.

En relació amb el tractament farmacològic, i sense entrar en qüestions relacionades amb la major o menor indicació d’uns fàrmacs sobre altres, aspectes que s’escapen a l’àmbit d’interès d’aquest treball i que es poden trobar tractats per experts en farmacologia, sí

cal mencionar que en la seva eficàcia intervindran diferents factors, tant socioculturals com purament biològics. Així, serà necessari explicar adequadament al pacient la conveniència de prendre la medicació, la forma correcta de fer-ho, els resultats que s'esperen (positius o negatius) i el temps d'espera abans de l'aparició d'uns i d'altres. I tot això tenint en compte que el pacient pot no compartir el nostre idioma, pot no estar familiaritzat amb la forma de tractament de la Medicina occidental i pot tenir una explicació personal d'allò que li passa que sigui més o menys incompatible amb la ingesta de fàrmacs. I també sense oblidar que pot tenir tota una sèrie d'expectatives (bones i dolentes) respecte a la Medicina occidental, el professional que l'atén i el tractament concret que rep, pot tenir una idea molt clara de quin tipus d'intervenció requereix el quadre que pateix i pot estar combinant tractaments de la medicina tradicional o alternativa. Parlarem més detingudament d'aquestes qüestions en el següent capítol.

Des del punt de vista biològic, un dels aspectes que més interès han despertat, tant en el nostre entorn com, sobretot, a nivell internacional, és el que s'ha denominat *etnopsicofarmacologia* o *farmacologia transcultural*, és a dir, l'estudi de les variacions en la resposta a fàrmacs entre les diverses poblacions humanes, associades, segons les diferents definicions, a factors "racials, socials i culturals". Dir, en aquest sentit, que en la bibliografia consultada sobre el tema, l'aspecte central es refereix a característiques biològiques dels diferents grups (depenent de la font es referiran a ells com a "races", "grups" o "ètnies"), però que molt rarament s'analitzen els altres elements. Quelcom que, tenint en compte que els equips d'investigació rarament inclouen a antropòlegs sembla coherent, però tot i amb això, sí es pot observar que aquests "factors socials i culturals" semblen constituir una etiqueta políticament correcta, una espècie d'afegitó que en els estudis de tall més biomèdic s'inclou sempre darrera dels altres elements, considerats més importants i que se solen estudiar amb més profunditat. Alguna cosa així com si sempre que s'escrigués "immigrant" o "minoria ètnica", en algun punt de la frase haguessin d'anar els aspectes socials i especialment els culturals, tot i que quasi mai es defineixin ni s'intentin buscar i comprendre. Sens dubte, no es pot pretendre que es faci un acostament a aquestes qüestions per part de professionals de la biomedicina perquè poques vegades tenen la formació adient per a fer-ho, i fins i tot, essent així, s'ha d'agrair que no ho facin, però no es pot deixar d'assenyalar que caldria un esforç per incorporar als equips a professionals que sí la tinguin; esforç que redundaria en una millora de la qualitat de l'atenció que reben els pacients i també, de bon segur, en la sensació dels professionals de rebre suport per a afrontar l'assistència en un context intercultural.

En els darrers anys s'han realitzat diverses investigacions en diferents grups humans – tot i que no entrarem ara a qüestionar-los, els criteris emprats per a seleccionar i agrupar aquestes poblacions també podrien ser objecte de debat- i s'han trobat diferències genètiques en els sistemes enzimàtics que participen en la metabolització dels psicofàrmacs i algunes drogues d'ús de lleure (Lin, Smith, Mendoza, 1999). Les variacions en aquests enzims condicionarien una major o menor rapidesa en la metabolització dels medicaments, de tal manera que aquells individus (o grups) que metabolitzessin més ràpid presentarien en aparença una menor eficàcia dels fàrmacs en les dosis que s'utilitzen habitualment i també menys reaccions adverses, però requeririen dosis majors per a arribar als efectes terapèutics. Per la seva part, aquells que

ho fessin de manera més lenta necessitarien menys dosis per aconseguir els mateixos resultats, de tal manera que si s'utilitzessin en ells la dosificació habitual, apareixerien més efectes secundaris. S'entén tot això comparat amb un patró estàndard que estaria representat per població blanca occidental, en la que tradicionalment s'han utilitzat aquests fàrmacs i ha estat objecte d'interès i estudi per part dels farmacòlegs. Els estudis realitzats en aquesta matèria troben un gradient de latitud, de manera que els metabolitzadors ràpids augmentarien a mesura que aquesta disminueix.

A més de les diferències en la metabolització, la farmacologia actual està també interessada en les possibles interaccions entre els fàrmacs de la biomedicina i els remeis emprats en la medicina tradicional³⁷. Els experts en el tema han cridat l'atenció sobre la necessitat d'establir una regulació respecte a la comercialització d'aquests preparats, assumpte en el que entren en joc múltiples interessos no només sanitaris, sinó, també, econòmics i competencials³⁸. D'aquesta manera, un article publicat al butlletí d'Informació Terapèutica del Sistema Nacional de Salut (Serrano et al., 2003) mostra la preocupació dels autors pel greuge comparatiu que suposa que els fàrmacs hagin de passar estrictes controls sobre interaccions, efectes secundaris o eficàcia terapèutica que no s'exigeixen a la pràctica als preparats a base de plantes malgrat que alguns d'ells rebin la consideració de medicaments, quelcom, que juntament amb la falta d'estudis científics sobre les propietats mèdiques d'aquests productes i els seus possibles efectes secundaris i a la percepció de que la seva composició vegetal els fa més innocus, incrementaria la desprotecció dels usuaris i els riscos sanitaris del seu ús. Els autors citen diversos exemples d'interaccions de productes emprats freqüentment, entre ells l'hipèric³⁹ o la nou de betel⁴⁰, que disminuirien l'eficàcia i augmentarien els efectes secundaris d'alguns dels antidepressius més utilitzats.

³⁷ El vocabulari, com es pot observar, no és innocent.

³⁸ La normativa vigent està recollida, fonamentalment en:

- Orden SCO/190/2004, de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad. *Boletín Oficial del Estado*, 32, 6 de febrero de 2004, 5061-5065.

- Real Decreto 711/2002, de 19 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. *Boletín Oficial del Estado*, 173, 20 de julio de 2002, 26876-26882.

- Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales. *Boletín Oficial del Estado*, 65, 16 de marzo de 2001, 9746-9755. [Modificado en el *Boletín Oficial del Estado*, 166, 12 de julio de 2003, 27359-27360].

- Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 99, 24 de abril de 1996, 14670-14702.

- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento. *Boletín Oficial del Estado*, 306, 22 de diciembre de 1990, 38228-38246.

- Orden de 26 de septiembre de 1983 sobre control y registro sanitarios de determinados productos. *Boletín Oficial del Estado*, 238, 5 de octubre de 1983, 27012-27013.

- Orden de 3 de octubre de 1973 por la que se establece el registro especial para preparados a base de especies vegetales medicinales. *Boletín Oficial del Estado*, 247, 15 de octubre de 1973, 19866-19867.

³⁹ La denominació llatina és *Hypericum perforatum* i rep diferents noms populars, els més coneguts hipèric, herba de Sant Joan o santjoanera. S'utilitza en forma d'oli o pastilles i és àmpliament comercialitzat a Espanya i sobretot en altres països europeus. Els seus efectes antiinflamatoris, cicatritzants i analgèsics estan descrits, fins i tot, en els textos de Medicina d'Hipòcrates. S'utilitza també, en pastilles, per a estats depressius.

⁴⁰ El nom en llatí és *Areca catechu* i popularment es coneix com a areca o nou de betel. És menys conegut a nivell popular en el nostre entorn, però molt emprat per població immigrant de l'Índia i Pakistan pels

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

A part de les qüestions purament farmacològiques, no es pot perdre de vista l'efecte que poden tenir les diferències en la dieta o factors de caire encara més cultural com la forma de presentació o la via d'administració d'alguns fàrmacs –que, per altra banda, no són exclusius de la població immigrant: només cal assenyalar com a exemple el rebuig que provoca en bona part de la població general, especialment la masculina, l'ús de supositoris.

Pel que fa referència a la psicoteràpia, cal assenyalar que aquesta és especialment difícil en el context intercultural, per diversos motius. Entre els més obvis, les diferències idiomàtiques que limiten la capacitat de comunicació, però també altres com el concepte de persona, la manera de funcionament del cos i la ment o el fet de que les diferències en l'atribució causal que el pacient fa respecte a la seva malaltia (i, amb elles, les possibilitats de que ell o ella tinguin cap paper en la seva curació) facin que la psicoteràpia no sigui vista com a una opció vàlida per al pacient o, fins i tot quan s'accepti, el professional hagi de tenir en compte aquestes qüestions, per tal d'evitar-li al pacient la sensació de que la teràpia aprofundeix en aspectes que li són aliens i no respon a les seves necessitats percebudes ni manera de veure la vida, amb els conseqüents riscos d'incrementar-li l'estrès i la sensació de desemparament. Sorpren en aquest punt, la quantitat de pàgines científiques que s'han dedicat a l'estudi dels efectes secundaris dels fàrmacs i la poca atenció que s'ha prestat als que poden tenir les intervencions psicològiques mal orientades o parcials.

Tot i que aquest tema s'abordarà amb més deteniment en el següent capítol, dir en aquí que és necessari que el professional de la Psicologia o Psiquiatria que realitza la seva tasca en un context de diversitat cultural tingui en compte que la cultura i la identitat són entitats dinàmiques, de manera que cada un dels seus pacients, immigrants o no, -tot i que aquests en major mesura- tindran un grau d'adscripció cultural i d'aculturació variables i canviants tant a origen com en el decurs del procés migratori, quelcom que el professional ha de tenir present per evitar generalitzacions que puguin allunyar-se completament de la realitat del pacient. Així, el professional sanitari hauria de tractar de conèixer les representacions que el pacient realitza sobre la seva malaltia, les seves

seus efectes sobre el sistema nerviós central. A petites dosis, mastegar la fulla de la planta produeix un descens de la sensació de cansament i certa eufòria, mentre que en dosis més altes, té efectes relaxants i, fins i tot, sedants.

atribucions causals i els itineraris terapèutics que considera adequats, explorant, també, el recurs a la medicina tradicional i la seva alternança o simultaneïtat amb la biomedicina. Però no per això cal pressuposar que tots els seus pacients que pertanyen a minories ètniques creuen en la bruixeria o recorren als curanderos que s'anuncien als diaris, per posar dos exemples senzills. Tornarem sobre això.

En relació amb la medicina tradicional, autors com Atxotegui (2002) defensen la seva compatibilització amb els tractaments de la Psiquiatria o la biomedicina i proposen que s'explori amb naturalitat (i prudència), sense estigmatitzacions ni paternalismes, de forma que el metge pugui conèixer millor les expectatives del pacient i també les substàncies que pren per a enfrontar la seva malaltia i pugui tenir-ho en compte a l'hora d'enfocar el tractament.

No s'hauria de perdre de vista, per tant, que, d'una banda, el professional de la salut s'ha enculturat en un medi i en un temps concret, i pensa i actua –en tant que professional i persona- d'acord a certes pautes, tot i que –tampoc s'ha d'oblidar- amb certa variabilitat individual. D'altra banda, el pacient immigrant o pertanyent a una minoria ètnica diferent de la del professional ha estat també enculturat en un medi i temps concrets, ha tingut una biografia concreta i pensa i actua d'acord amb tot això, però, també, amb certa variabilitat individual. El professional de la salut hauria de tractar de comprendre això –de comprendre a l'Altre i a sí mateix-, de tal manera que així li resultaria més senzill entendre i tenir present durant la seva pràctica clínica l'existència de possibles dissonàncies i desconeixements mutus. Quan les persones s'estanquen en idees estereotipades sobre l'Altre –elaborades i transmeses per la seva mateixa cultura i societat- la comprensió corre el risc d'ésser impossible i la possibilitat d'errors i malentesos, és enorme. És cert, tanmateix, que això passa per ambdues parts – professionals i pacients-, però també és cert que, d'ambdós, és el professional sanitari el que està en millors condicions per a iniciar aquesta tasca de comprensió, per la seva posició social, per la seva autoritat i formació. En aquest sentit, destacar un cop més que, donada la dificultat per als professionals de conèixer per sí mateixos aquestes qüestions, es fan imprescindibles els equips interdisciplinaris en els que tinguin presència antropòlegs. Són aquests els que coneixen les claus no només dels diferents continguts culturals (depenent, és clar, de la seva especialització temàtica i experiència etnogràfica) sinó, sobretot, el coneixement de les característiques de la cultura, de la variabilitat cultural, els factors de vulnerabilitat social i dels processos d'adaptació, integració i marginació social.

Finalment, apuntar que un abordatge integral de la salut mental de la població immigrant no pot, tampoc, deixar de banda el vessant més purament social. És ben sabut que les difícils condicions en les que viu una part dels immigrants tindran relació amb el seu estat de salut físic i mental i que, a més del suport farmacològic o psicològic, bona part de la solució del problema recaurà en una intervenció de tipus social, actuant sobre qüestions com l'habitatge, la feina o els aspectes jurídics. Quelcom no sempre senzill de modificar, tenint en compte l'escàs marge de maniobra dels treballadors socials en qüestions de contingut polític tan clar com aquestes, però sí senzill de comprendre.

CAPÍTOL 3. L'ACCÉS A LES CURES DE SALUT

1. ACCESSIBILITAT. DEFINICIÓ I CONSIDERACIONS GENERALS

Se sol definir l'accessibilitat del sistema sanitari com la capacitat d'aquest per a adequar la seva oferta i característiques a les necessitats reals dels usuaris. En un document editat per la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Gámez, Galindo, 2002) s'explica de la següent manera:

“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, 1992)” (Gámez, Galindo, 2002: 18, les cursives són seves)

D'acord amb aquesta definició, l'accessibilitat hauria de ser una de les característiques constitutives del nostre sistema sanitari, en la mesura en que les lleis estableixen el dret a gaudir d'una assistència integral, universal i en condicions d'equitat. Segons la Llei d'Estrangeria –les implicacions de la qual sobre l'assistència sanitària a immigrants s'analitzaran amb més deteniment en la tercera part d'aquest treball, capítol 4- la major part dels immigrants tenen garantit el gaudi d'aquest dret en igualtat amb la resta de ciutadans⁴¹, per la qual cosa el sistema sanitari hauria d'adaptar la seva estructura i manera de funcionament per tal de cobrir les seves necessitats, per molt que aquestes puguin ser específiques i diferenciades, de la mateixa manera que es dona per fet que ha de respondre a les de la resta de la població.

“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).” (Gámez, Galindo, 2002: 18, les cursives són seves)

⁴¹ La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, coneguda com a Llei d'Estrangeria es va publicar al BOE n° 10 de 12 de gener de 2000 (correcció d'errates en BOE n° 20, de 20 de gener). Posteriorment, aquesta Llei ha estat reformada per la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre (BOE n° 307, de 23 de desembre de 2000; correcció d'errates en BOE n° 47, de 23 de febrer de 2001), per la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre (BOE n° 234, de 30 de setembre de 2003) i per la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre (BOE núm. 279, de 21 de novembre de 2003).

De manera resumida, assenyalar que l'article 12 d'aquesta Llei contempla que tindran dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols els estrangers en situació legal i, independentment de la regularització, aquells empadronats al municipi de residència, els menors de 18 anys, les dones durant l'embaràs, part i postpart i tots els que precisen atenció d'urgència. Així, en el cas dels immigrants en situació irregular l'única manera d'obtenir la TSI (i, amb ella, de poder ser atesos a la xarxa sanitària pública) és l'empadronament.

“(…) 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.” (Gámez, Galindo, 2002: 20-21)

No obstant això, l'evidència de que existeixen dificultats en l'accés als serveis de salut per part dels immigrants (regularitzats o no) posa en qüestió la seva capacitat per a oferir la mateixa protecció a tots els usuaris. Les necessitats i dificultats específiques que habitualment se senyalen per a la població immigrant quant a l'atenció sanitària són de naturalesa variada i la seva importància relativa sembla modificar-se en funció de si es pregunta a professionals de la salut o a pacients i també, depenent de la disciplina des de la qual s'abordi el tema. Així, de manera molt genèrica, alguns autors senyalen les qüestions legals, idiomàtiques i culturals com els principals problemes, mentre que altres apunten a la manca de formació del personal sanitari o al desconeixement del sistema per part dels immigrants. Ells, per la seva banda, acostumen a subratllar també això darrer però afegeixen els prejudicis dels professionals i dificultats en certa manera alienes al sistema sanitari –encara que no a la protecció de la salut pública- com poden ser la feina o l'habitatge.

“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. Suggerixen 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 estudi portat a terme per E. Maluquer (1997) respecte a les condicions d'accés dels immigrants als serveis socials i de salut a Barcelona mostra que mentre que els professionals dels serveis socials senyalen els factors econòmics i legals com a principals determinants de la limitació de l'accessibilitat, els sanitaris acostumen apuntar a qüestions d'organització de l'assistència i allò que denominen “factores culturals”.

El Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2003), en un document informatiu sobre immigració i salut, diferencia aquestes qüestions en dos grans tipus: restriccions internes (pròpies de l'immigrant) i externes, d'acord amb la següent classificació:

“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 divisió sembla poc encertada, per diversos motius, entre ells el fet de que es col·loquin els dèficits d'informació sobre els recursos o les experiències negatives prèvies com a problemes de l'immigrant i no del sistema sanitari o, almenys, de la qualitat de la relació que s'estableix entre ambdós. Però, independentment de l'adequació d'una classificació en aparença tan sols operativa, aquest tipus de consideracions subjeuen en bona part de les publicacions de tipus mèdic i institucional. Així, un dels termes més utilitzats és el de "barreres" i sovint es consideren com a tals els aspectes de la cultura del pacient que es relacionen amb les representacions sobre la salut i la malaltia i altres com ara l'alimentació o la influència de la religió en la vida quotidiana. Pel que fa a això, criden l'atenció dos qüestions: una, que, com ja hem anat veient, molt poques vegades s'aporten, en aquestes publicacions, exemples concrets i adequadament justificats que suporten tals afirmacions i demostrin la seva rellevància real en la pràctica clínica, i altra, que se sol oblidar el fet que la població autòctona disposa també de les seves pròpies atribucions causals, patrons de demanda d'atenció i remeis allunyats de la biomedicina, sense que la consideració que reben totes dues situacions sigui, ni molt menys, igual.

Entre alguns professionals i gestors sanitaris i també en algunes publicacions especialitzades és freqüent sentir afirmacions relatives a que la salut no és una prioritat per als immigrants, que tan sols acudeixen als serveis sanitaris quan els processos estan ja avançats i deixen de fer-ho tan aviat com desapareixen els símptomes. Independentment de calgui una anàlisi en profunditat, primer de l'abast real d'aquest fenomen i les seves implicacions clíniques i, després, de les possibles causes, cal dir que les explicacions serien gairebé sempre complexes i, en ocasions, crues. A les traves legals que dificulten l'accés –i de les quals es parlarà a continuació– s'ha d'afegir una realitat quotidiana en la qual la prioritat pot ser assolir uns mínims de qualitat de vida – quan no la mera supervivència–, per a la qual cosa cal atendre necessitats molt més apressants: els *papers*, l'habitatge, la feina, l'enviament de diners a la família, la realització d'un projecte personal en el qual es posen en joc la pròpia autoestima i el respecte dels afins... Tenint això en compte és més fàcil entendre que alguns immigrants –sobretot aquells acabats d'arribar o en pitjors condicions socioeconòmiques– esperin tot el possible per anar al metge, hi vagin quan les molèsties els impedeixin fer una vida normal i deixin de fer-ho en quant puguin reprendre-la. I això pot ser així, sobretot, si el contacte amb el sistema ha estat molt complex o poc satisfactori quant al tracte personal i els resultats obtinguts. Res, per altra banda, gens

diferent a allò que ocorre amb sectors de la població autòctona que es poden trobar en situacions de precarietat socioeconòmica.

“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, evidentment, tindrà un paper fonamental: la interpretació i l'atribució causal que es fa de la malaltia i, per tant, el tipus de resposta que es considera adequada davant d'aquesta influirà en que se sol·liciti o no ajuda sanitària, on i quan es faci i en quina mesura s'acompleixin els tractaments o es doni credibilitat a l'explicació obtinguda. De totes aquestes qüestions parlarem amb deteniment més endavant, tan sols aclarir aquí que no es tracta, com es diu a vegades amb massa lleugeresa, de que no s'atorgui valor a la salut, que no s'entenguin els riscos o no s'aprecii la possibilitat de l'assistència sanitària, és, simplement, que no sempre la primera opció ha de ser la biomedicina i que, encara que ho sigui, la qualitat de l'accés ofert condicionarà en bona mesura el tipus de relació que s'estableixi, a més a més que, a vegades, les necessitats preeminentes seran altres i aquestes tan sols s'aplaçaran quan la mala salut impedeixi atendre-les.

“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)

També s'acostuma a senyalar l'escassa participació i adherència a les activitats de caràcter preventiu i les raons serien, novament, similars. Per una part, les diferències en l'atribució causal i les indicacions dels tractaments entre alguns immigrants poden influir en com es percebi la utilitat de la prevenció: si determinades malalties són degudes a càstigs divins, al destí o al mal d'ull –atribucions, per altra part, freqüents en la nostra societat no fa tant i, encara avui, en certs sectors-, la prevenció, en el pla mèdic almenys, té poc sentit. Per una altra, de nou, serà la solució dels problemes immediats la qual capti l'atenció, i la preocupació per la prevenció de riscos o per problemes futurs passarà, comprensiblement, a segon pla o a accions extrasanitàries (com la confessió, certs rituals que restaurin l'equilibri...). Però, a més, si ja és freqüent que l'accés al sistema sanitari es percebi com a complicat quan existeix un problema no sembla que hagi de ser molt probable que acudeixin a serveis que viuen com aliens per a activitats de tipus preventiu. Novament, gens, en el fons, que sigui substancialment diferent al que ocorre en àmplies capes de la població autòctona, per més que les seves condicions de vida i els seus patrons culturals ens resultin més coneguts, fins al punt, moltes vegades, de no ser considerats.

“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 es pretén amb això restar importància a la prevenció i l'educació per a la salut, -ans al contrari, tractant-se precisament d'un grup de població que, en ocasions, pateix mancances i viu exposat a situacions de risc-, sinó simplement posar sobre la taula el fet que les qüestions que condicionen quan i com s'acudeix als serveis de salut responen a una realitat complexa que necessita d'anàlisis responsables i en profunditat. Ni sempre seran les condicions econòmiques les quals condicionin l'accés ni ho serà tampoc la diferència cultural, sinó un conjunt complex, heterogeni i canviant de circumstàncies. En aquest sentit, la recomanació genèrica aniria cap a la incorporació progressiva d'aquesta població a la sanitat pública, proporcionant major i millor informació sobre els seus drets i sobre la disponibilitat i manera de funcionament dels serveis de salut, juntament amb la necessària adaptació d'aquests per a donar cabuda a una població heterogènia, i la formació i suport dels professionals sanitaris perquè afrontin el repte amb garanties.

“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)

Analitzarem, a continuació, algunes de les dades disponibles sobre l'ús dels serveis sanitaris per part dels immigrants en el nostre entorn.

2. ÚS DELS SERVEIS SANITARIS PER PART DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT

Els estudis respecte a la utilització dels serveis sanitaris per part de la població immigrant en el nostre entorn són encara escassos, especialment aquells que estableixen comparatives amb la població autòctona. Els autors que escriuen sobre el tema solen assenyalar l'existència de diferents perfils quant a l'edat i al gènere, als motius de consulta i a la via d'accés al sistema sanitari, així com diferències en els costos associats a l'atenció entre la població immigrant i l'autòctona. Així, la primera seria més jove que la segona i predominaria el gènere femení, característiques que semblen explicar i condicionar al mateix temps el tipus de processos més freqüents que motiven la consulta: les causes ginecològiques i de salut materno-infantil.

L'estudi comparatiu del perfil d'hospitalització de la població immigrant amb l'autòctona realitzat per Cots et al. (2002)⁴² a través de l'anàlisi de les altes de l'Hospital del Mar de Barcelona en l'any 2000, esmentat ja en el capítol anterior, descriu que les corresponents a pacients procedents de països amb renda baixa suposen el 7,7% del total, essent els llatinoamericans el grup majoritari (3,5%).

“El 9,1% de las altas atendidas en el hospital estudiado era de pacientes con nacionalidad extranjera. El porcentaje de altas que calificamos como de IPRB [inmigrantes de países con renta baja] se cifra en el 7,7%. El grupo mayoritario es el de pacientes de América Latina, con el 3,5% de las altas totales. Los inmigrantes procedentes de África representan el 2% de las altas, y las altas de Asia representan el 1,7% (...).” (Cots et al., 2002: 379)⁴³

Segons aquest estudi, la població immigrant hospitalitzada és més jove que l'autòctona (edat mitja de 27 anys enfront de 54) i el percentatge de dones és major (68%). Les consultes més freqüents són les relacionades amb l'embaràs i part, cosa que els autors relacionen amb el perfil demogràfic i també, amb una major taxa de fecunditat respecte a la població autòctona. A més, ofereixen hipòtesis sobre les raons de les diferències en el patró d'ús dels serveis:

⁴² Destacar que es tracta d'un dels pocs estudis en el nostre entorn que realitza comparacions entre ambdues poblacions. A més, divideix als pacients estrangers en procedents de països de renda alta i baixa. Els propis autors reconeixen algunes de les limitacions de l'estudi:

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

⁴³ L'estudi no ofereix dades del volum de població immigrant que té assignat l'Hospital del Mar com a centre de referència, dades realment molt difícils d'obtenir, però aclareix que recull el 60% dels ingressos hospitalaris del districte de Ciutat Vella de Barcelona que, l'any 2000, tenia comptabilitzat un 20% de població immigrant.

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

Afegir, respecte a això, dues qüestions en la línia de les crítiques a la metodologia de les investigacions realitzades fins al moment. En primer lloc, i de nou, la necessitat de realitzar una contrastació de totes les hipòtesis que es formulen, i, segon, que, tenint en compte que el districte de Ciutat Vella és un dels més deprimits de la ciutat de Barcelona, seria interessant analitzar també fins a quin punt aquestes diferències es donen entre sectors socioeconòmics, independentment de la procedència.

A més de l'anterior, segons els autors, l'hospitalització a través d'urgències es dona en un percentatge major a la població autòctona.

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

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

No obstant això, el cost mig de les estades hospitalàries va ser menor, fins i tot tenint en compte les diferències en la casuística, dada molt interessant que, de confirmar-se i considerar-se reproducible per a altres centres, hauria de ser adequadament difosa.

“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)

Aquestes dades duen als autors a concloure que la hipòtesi que suposa als immigrants una major utilització de recursos sanitaris a causa de la seva pitjor situació econòmica és errònia, per a la qual cosa ofereixen diferents explicacions, entre elles, el diferent nivell de demanda (menor en la població immigrant), la tendència a escurçar les estades (se suposa que a causa d'obligacions laborals i menor protecció social en aquest terreny) i diferents traves legals i burocràtiques. Hipòtesis totes elles que, podent ser encertades, caldria posar a prova mitjançant estudis en profunditat.

A més de l'anterior, Cots et al. (2002) fan una reflexió sobre la qual val la pena detenir-se: accepten que poden existir també diferències en l'oferta de prestacions per part del sistema i els seus professionals però rebutgen que pugui ser deliberat i ho atribueixen tan sols a les dificultats de comunicació. Plantejar, si més no, la possibilitat d'un tracte desigual és tan honest com infreqüent, però, malgrat això, que es doni per fet que tals desigualtats siguin exclusivament inconscients i/o degudes a problemes de comunicació suposa no fer quelcom tan senzill i tan difícil al mateix temps com reconèixer que els professionals sanitaris estan subjectes al mateix tipus de prejudicis que la resta de la població i que, en alguns d'ells, aquests prejudicis poden dur, juntament amb molts altres motius, a que no realitzin el seu treball de la manera més correcta. Reconèixer això no seria ni de bon tros desprestigiar ni criticar al col·lectiu en el seu conjunt, sinó posar sobre la taula una realitat sobre la qual cal treballar i això, al mateix temps, per a millorar l'atenció als pacients i per a donar l'adequat suport a uns professionals que exerceixen la seva feina de vegades en condicions molt dures.

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

Un altre estudi realitzat a les urgències de medicina de l'Hospital Clínic de Barcelona (Junyent, Miró, Sánchez, 2006) va arribar a conclusions similars a l'anterior. S'estudia una mostra de 2819 pacients, 181 d'ells immigrants, entre els quals es destaca una edat més jove (uns 36 anys els immigrants enfront dels 53 de la població autòctona) i major

nivell de satisfacció respecte a l'atenció rebuda (8,2 enfront de 7,7). L'estudi no troba diferències significatives quant a la patologia que motiva la consulta⁴⁴, ni quant a les derivacions posteriors, però sí major sol·licitud de proves complementàries en el grup immigrant, circumstància que relacionen (encara que no aporten dades concretes ni altres explicacions possibles) amb l'existència de barreres idiomàtiques.

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

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

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

Un fet que crida l'atenció és que, una quarta part de totes dues poblacions, no tenia assignat metge de família:

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

Tan sols afegir un comentari més: l'estudi arriba a la conclusió que la demanda és quantitativament important (un 6,4% dels pacients són immigrants), pel que calen més recursos, però es troba a faltar una adequada explicació d'aquesta petició. D'una banda, no s'ofereixen dades que corroborin que els immigrants usin més els serveis que els autòctons (no s'aporten dades sobre percentatges d'uns i d'altres de l'àrea assistencial de l'hospital, per la qual cosa que no es pot saber si comparativament el percentatge de consultes és o no major), pel que l'increment dels recursos hauria de relacionar-se directament amb l'increment de la població i no exclusivament amb el fet que aquesta sigui immigrant. Per una altra, s'ha de tenir present que l'atenció d'urgències està garantida per llei, amb les mateixes garanties que per a la població autòctona, independentment de la situació de la regularització, de manera que l'únic argument vàlid perquè l'increment de recursos es derivés directament de que la població és immigrant serien les necessitats especials del conjunt d'aquesta població (contractació

⁴⁴ Cal tenir en compte que el servei d'urgències al que es refereix l'estudi abasta només l'àrea de medicina interna, de tal manera que altres tipus de demandes com les relacionades amb l'àrea maternoinfantil, per exemple, s'atenen en un servei d'urgències específic que no s'inclou en l'estudi.

de traductors, per exemple), quelcom que no es diu, almenys en aquests termes. L'increment de recursos i, també, la millor gestió dels ja existents, són demandes sembla que justificades però que convé contextualitzar i explicar adequadament per dona'ls-hi legitimitat i, també, evitar estigmatitzacions i usos interessats de la informació.

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

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

Pel que fa a l'Atenció Primària, en l'estudi, ja citat, de Sanz, Torres i Schumacher (2000)⁴⁵ entre 300 immigrants -predominantment marroquins- pertanyents a l'Àrea Sanitària 6 de Madrid, es troba que els serveis de salut més utilitzats van ser els de primària, seguits de les consultes als farmacèutics, mentre que el recurs a ONGs va ser escàs.

“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)

Es tracta aquesta última d'una dada molt significativa, en la mesura en que, en molts dels països d'origen dels immigrants, encara que això seria especialment entre els subsaharians, part de l'atenció sanitària és oferta per ONGs internacionals. A més, posa de manifest una realitat a la qual seria necessari prestar més atenció: el rellevant paper dels professionals de farmàcia en la salut de la població. L'estudi, no obstant això, no aprofundeix en les raons d'aquest patró d'ús dels serveis.

Sí assenyala que un 23,3% dels entrevistats havia estat hospitalitzat i, de manera similar al descrit per Cots et al. (2002), urgències va ser la via d'ingrés majoritària (81%) i les ginecològiques van ser les causes més freqüents.

“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)

⁴⁵ Com ja s'ha senyalat, la metodologia de l'estudi pot esbiaixar els resultats.

Aquestes dades són concordants també amb les obtingudes per Roca et al. (1999) respecte a les altes de la Unitat de Medicina de la Immigració i Tropical de l'Hospital de Mataró (Barcelona) i per Salazar et al. (2003) a partir de l'estudi de les altes hospitalàries en un centre de València, els quals van trobar que el 82,9% dels ingressos procedien d'Urgències i menys d'un 15% eren programats.

Respecte al nombre de dies d'hospitalització (i, per tant, els costos associats), les dades de Sanz, Torres i Schumacher (2000) són contradictòries a les presentades per altres autors, el que torna a reforçar la necessitat de realitzar estudis en profunditat sobre aquesta temàtica.

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

Destacar, finalment, que una mica més d'un 30% dels participants no estava regularitzat i gairebé una quarta part no tenia TSI (Sanz, Torres, Schumacher, 2000: 317).

A continuació, repassarem alguns dels factors que poden influir en l'accés de la població immigrant a la salut i a les cures de salut en el nostre entorn, sense perdre de vista que encara que s'analitzin per separat tots ells estan íntimament relacionats.

3. FACTORS RELACIONATS AMB L'ACCÉS A LES CURES DE SALUT

3.1. MARGINACIÓ SOCIAL I POBRESA

Tal com s'ha esmentat repetidament, existeix concordança en l'opinió de la majoria dels autors al considerar la situació de marginació social en la qual es troben alguns immigrants com un dels principals factors que influeix en el deteriorament de la seva salut i en la seva menor capacitat d'utilització dels serveis sanitaris.

Ara bé, al llarg del text hem anat utilitzant els termes marginació i exclusió social⁴⁶ sense definir-los adequadament, pel que val la pena detenir-nos un moment en la seva clarificació. Seguint a San Román (1990), entendrem la marginació en aquests termes:

“(…) ‘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

⁴⁶ Tot dos termes s'utilitzaran com a sinònims.

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)

D'acord amb aquesta definició, existeixen diversos factors relacionats amb els processos de marginació social de la població immigrant que tenen una especial rellevància des del punt de vista de l'atenció sanitària. Vegem-ne alguns d'ells.

3.1.1. Situació legal

Sens dubte, la situació de regularització jurídica dels immigrants és el primer factor que intervé en la generació de processos d'exclusió social i constitueix també un dels problemes més freqüentment assenyalats en relació a l'assistència sanitària a aquesta població.

Recordem que l'article 12 de la Llei d'Estrangeria contempla que tindran dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols:

- Els estrangers en situació legal.
- Independentment de la seva situació legal: aquells empadronats en el seu municipi de residència, els menors de 18 anys, les dones durant l'embaràs, part i postpart i tots aquells que precisin atenció d'urgència⁴⁷.

És a dir, es tracta d'una garantia d'assistència àmplia, major que la que imposa la legislació internacional⁴⁸, però no universal. Aquest fet ha valgut la crítica d'organismes nacionals i internacionals que defensen que no poden presentar-se arguments justificables per a la negació de l'assistència normalitzada a una part de la població per molt que es trobi en situació irregular: a més d'anar en contra del principi de solidaritat, aquesta limitació de drets no evitarà que continuïn arribant immigrants no regularitzats (com és obvi, simplement observant la realitat) i suposa posar en risc la salut no només d'aquestes persones sinó, potencialment, com s'ha vist, la de la resta de la població.

"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

⁴⁷ Crida l'atenció el desconeixement del contingut de la Llei no només entre els professionals sanitaris sinó també d'una part dels autors que escriuen sobre aquest tema. És freqüent, per exemple, la confusió entre immigrant regularitzat i empadronat.

⁴⁸ L'anàlisi d'aquesta legislació s'abordarà en la tercera part d'aquest treball, capítol 4.

immigrants would seriously limit the effectiveness of outreach, case finding, and prevention and treatment programs related to infectious diseases.” (OMS, 2003: 22)

Tampoc no sembla justificable l'argument que l'atenció es garanteix a través dels serveis d'urgències, en la mesura que és evident que poden quedar sense atendre situacions que no per no ser d'emergència deixen de ser rellevants i que aquesta població, precisament la qual podria trobar-se condicions socioeconòmiques precàries i més exposada a certs problemes sanitaris, quedarà fora de totes les mesures reglades d'educació, prevenció i promoció de la salut i no tindrà tampoc accés a altres prestacions bàsiques del sistema sanitari com les farmacèutiques, l'atenció domiciliària o el seguiment dels tractaments. En paraules de l'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)

Per altra banda, és ben conegut que els professionals dels serveis d'urgències rares vegades deixen d'atendre a aquests pacients, sigui la seva patologia motiu de consulta justificada o no en aquest tipus d'equipaments. Però aquest fet tampoc pot esgrimir-se com un element positiu en la mesura que el que suposa és derivar a aquests professionals una responsabilitat que no els correspon, contribuir a la saturació dels serveis i entorpir els processos d'educació de la població (de tota) en el bon ús dels recursos.

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

També és important tenir en compte que per a obtenir la TSI (Targeta Sanitària Individual) -i amb ella poder ser atès en la xarxa pública- l'empadronament és un tràmit imprescindible i en aquest aspecte existeixen variacions entre els municipis quant a les facilitats o impediments per a empadronar a persones sense habitatge estable.

“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)

Un altre fet que s'ha de tenir en compte és que la gestió de l'empadronament en aquestes circumstàncies depèn dels serveis socials municipals, de manera que la saturació i la limitació de mitjans que pateixen sovint -sobretot en aquelles zones més deprimides en les quals la població té un elevat volum de necessitats i demandes- pot tenir repercussions quant al temps de gestió de la TSI o les facilitats que els usuaris

percebin per al tràmit. Per altra banda, alguns immigrants no s'inscriuen en el padró per por de que els municipis facilitin les dades respecte a la seva situació legal a les autoritats amb competències en immigració, pel que serà necessari clarificar de manera inequívoca en quins casos es poden cedir aquestes dades. Per descomptat, allò desitjable seria que, en la mesura que l'empadronament és un requisit bàsic per a accedir a serveis socials entesos com a drets humans fonamentals, es garantís la confidencialitat d'aquesta informació i, de no ser així, almenys haurien de buscar-se altres mecanismes administratius, igualment clars, pels quals tots els immigrants poguessin accedir als serveis sanitaris tot i no estar regularitzats. Després de l'establiment d'una o altra normativa, quedaria publicitar adequadament la informació i facilitar el tràmit.

A més de la por a l'expulsió derivada de la situació d'irregularitat i probablement unides a ella, poden trobar-se altres factors que es relacionarien amb la preferència per no empadronar-se de determinats immigrants. La temporalitat de l'estada seria un d'ells: no tots els que en aquests moments es troben aquí tenen (o tenien) l'Estat espanyol com a destinació final pretès, de manera que la intenció (o esperança) de continuar viatge cap al lloc triat pot fer que molts visquin la seva situació com a temporal i no compleixin amb determinats tràmits administratius com l'empadronament (més encara si no existeix possibilitat de legalitzar l'estada). Uns altres entendran la sortida del seu medi d'origen com a una situació transitòria, de manera que, una vegada guanyada una certa quantitat de diners que permeti aconseguir alguns objectius (comprar una casa, muntar un negoci...) la seva intenció serà tornar el més aviat possible, per la qual cosa no es perceben a sí mateixos com a destinataris de serveis socials i, si no poden legalitzar la seva estada (per a aconseguir millors treballs), no veuran útil realitzar un tràmit del que entenen, a més, que pot tenir riscos. Existeix també una altra forma de temporalitat en la residència, en aquest cas dins de l'Estat, i que sembla ser la més comuna, que seria la característica de, per exemple, gran quantitat de treballadors (l'exemple típic és el dels agrícoles temporers, però hi ha molts altres) la residència dels quals és àmpliament mòbil, fins i tot entre Comunitats Autònomes, al llarg de l'any. La situació d'irregularitat administrativa d'alguns d'ells unida als continus canvis d'habitatge fa que l'empadronament no sigui senzill ni es vegi necessàriament com a útil. A totes aquestes situacions podria unir-se, possiblement, la percepció de la pròpia fortalesa física i psicològica d'unes persones joves i sanes que s'han embarcat en una dura aventura personal, el que fa que, fonamentalment entre els quals no tenen depenents al seu càrrec, l'assistència sanitària no es vegi com a necessària, de manera que la sol·licitud de la TSI coincidirà, sovint, amb la primera demanda d'atenció.

En definitiva, quan a la irregularitat jurídica i la impossibilitat que aquesta situació canviï en un futur proper se li uneixen altres tipus de dificultats o circumstàncies (temporalitat de l'estada, canvi d'habitatge, percepció d'absència de necessitat d'ajuda mèdica...) els avantatges que des del punt de vista d'accés a beneficis socials suposa l'empadronament poden passar a segon pla.

3.1.2. Situació laboral

És ben conegut que la irregularitat jurídica en la qual es troba una part de la població immigrant frena el seu accés al treball, ja que, especialment arran de l'últim procés de regularització extraordinària (2005) i l'increment dels controls laborals en aquest sentit,

no és senzill aconseguir ocupació si no es disposa de *papers*. I, encara quan s'aconsegueixi, serà de manera informal, al marge dels beneficis laborals dels treballadors regularitzats: baixes per malaltia, assegurança d'atur, protecció enfront l'acomiadament, prevenció de riscos, etc.

Ara bé, la situació de marginació respecte al treball no és, de cap manera, exclusiva dels irregulars. Bona part dels que no ho són queden fora d'algunes de les garanties de protecció que sí es concedeixen a treballadors autòctons (almenys als quals, al seu torn, no estan marginats). La contractació és altament inestable (segons les dades de la Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración per a l'any 2006 (2007a), més del 88% dels contractes a persones immigrants es van realitzar dintre de les diferents modalitats de contracte temporal) i la remuneració baixa (en ocasions, pitjor que per a la població autòctona que realitza el mateix treball, especialment en el cas de les dones). Els treballs que se'ls ofereixen són sovint d'escassa qualificació laboral fins i tot quan la formació disponible permetria accedir a altre tipus de lloc, donant-se una espècie de reclusió de la mà d'obra immigrant en determinats sectors laborals. Així, per exemple, segons les mateixes fonts, la majoria dels contractes realitzats a treballadors immigrants residents corresponien als sectors de l'agricultura, ramaderia i pesca, construcció, servei domèstic i hostaleria. Aquestes dades són concordants amb les que ofereix Kaplan (1998) per a població senegambiana resident a 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 paraules de San Román (2002):

“(…) Algunos son trabajadores cualificados en su lugar de origen, pero no son contratados como tales en Cataluña sino como no-cualificados, cortadores de brezo, peones o jornaleros. Y esto da qué pensar. Los jornaleros o los obreros que trabajan como peones, pueden de hecho competir con población de las mayorías étnicas autóctonas, aunque en Cataluña en algunas de estas ocupaciones hay más oferta que demanda en este momento. Sin embargo *no se les permite una competencia a niveles más altos. Esto es importante a la hora de pensar políticas de empleo y políticas educativas. Y es importante al hablar de explotación y de prejuicio, de marginación de ciertos medios sociales y reclusión, por muy integrada que sea, en otros.*

El tema de la exclusión social tiene por fuerza que recuperar éste de la reclusión en esferas cerradas o muy difíciles de traspasar (como las múltiples formas de practicar la exclusión laboral), que se realiza marginando a un nivel más alto para integrar a un nivel más bajo, aún a costa de perder buenos trabajadores cualificados y a costa de ignorar los niveles de formación de la gente a la que decidimos querer formar, empleando, de hecho, recursos públicos para ello. (...)” (San Román, 2002: 436, les cursives són seves)

D'aquesta manera, part dels immigrants viuen en una situació de desprotecció i abús que fa que el risc de perdre l'ocupació (i amb ella no només els ingressos sinó també la possibilitat de regularització jurídica i de reagrupament familiar) dugui a acceptar de vegades salaris baixos, horaris perllongats i menors mesures de seguretat. La limitació d'ingressos i la inestabilitat dels contractes duen molt freqüentment, a més, a la necessitat de simultaniejar activitats, amb el que s'incrementen les jornades laborals. Aquestes condicions de treball impliquen un increment dels riscos, que s'associen amb conseqüències negatives per a la salut: exposició a tòxics, lesions, accidents, fatiga, etc., al que caldrà sumar el cost psicològic de saber-se discriminat i explotat i de tenir la contínua sensació de viure en un equilibri molt fràgil. Segons l'OMS (2003):

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

Als riscos evidents per a la salut se li afegirà, a més, la limitació de les possibilitats d'accés normalitzat als serveis sanitaris, ja que no serà fàcil que aquests treballadors s'atreveixin a demanar unes hores lliures per a acudir al metge, a sol·licitar una baixa o a declarar que una lesió és fruit d'un accident laboral. Com a conseqüència, serà previsible que triguin més a acudir al metge davant la mateixa situació de necessitat -pel que és freqüent que s'alenteixin el diagnòstic i el tractament-, que tinguin menor seguiment de les consultes de control i dels tractaments (especialment els crònics), major ús dels serveis d'urgències (d'horaris més amplis) i més probabilitat de complicació dels quadres i que aquests condueixin a hospitalitzacions que haguessin pogut ser evitades.

3.1.3. Limitació d'ingressos i pobresa

La limitació d'ingressos, associada a la precarietat laboral, col·loca a certa part dels immigrants en una situació de pobresa que tindrà també conseqüències sobre la salut i l'accés i ús dels serveis sanitaris. Ara bé, convé, en aquest punt, tornar de nou a la distinció entre marginació social i pobresa. Segons San Román:

“¿Quiénes son los marginados? Me parece especialmente importante aclarar este punto. El hecho de que MARGINACIÓN Y MARGINADOS sean palabras de uso común, como religión, boda o solidaridad, no hace sino incrementar los problemas, porque tienen ya un contenido en nuestra cultura del que es difícil escapar. (...) Su uso fue primero dominio de las entidades caritativas y luego de los servicios sociales. Más tarde, los científicos sociales lo han entendido como conducta desviada o como carencia de poder, pero casi siempre ha coincidido (¿heredado?) con los anteriores en vincularlo unívocamente a los desposeídos, de forma que un pobre y un marginado llegan a ser lo mismo. Sin duda, los marginados, desde esta perspectiva, tenderían a tener un nivel de vida más bajo, dadas sus relaciones y posiciones en los límites del sistema ecocultural. Pero de ninguna forma sería cierto lo contrario, esto es, que los desposeídos sean marginados. Las propias posiciones del sistema prevén, precisamente, la desigualdad y la

pobreza como parte integrante de sus posiciones y propiedades definitorias. En este sentido, podría decirse que un paupérrimo peón agrícola está lamentable y perfectamente incluido en el sistema ecocultural, mientras que no lo está un busquero que rastrea residuos en el vertedero aunque pueda estar mejor alimentado que aquél.

Sin embargo, alguna vez se ha dicho también que la marginación puede producirse tanto por exceso como por defecto, o bien a partir de los límites económica y políticamente más altos y más bajos. Este planteamiento deriva, sobre todo, de algunas posiciones que hacen del concepto de marginación un sinónimo de conducta desviada. Sin embargo, desde el punto de vista que he explicado, las diferencias son claras, aunque la conducta pueda ser desviada a pesar de que (o precisamente en contraste con) las personas que las ejecuten se sitúen en posiciones de estatus y activen roles que son definitorios del sistema. (...)” (San Román, 1990: 117, les majúscules són seves)

“(…) 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)

D’acord amb aquest plantejament, un immigrant irregular, per posar un exemple clar, encara que la marginació no sigui ni de bon tros exclusiva d’ells, viurà en una situació clara de marginació, en la mesura que no pot accedir al mercat laboral regularitzat i als beneficis que se li associen ni a certs recursos de protecció social i es troba limitat en l’exercici de bona part dels drets ciutadans fins al punt que és possible que ni tan sols *existeixi* com subjecte administratiu. És a dir, es troba en una situació d’exclusió “de los espacios sociales, del acceso institucionalizado a los recursos comunes o públicos, siendo este acceso no-pautado, menor, limitado temporalmente y dependiente” (San Román, 1990: 119). No obstant això, aquesta exclusió dels espais socials normalitzats no va unida, necessàriament, a la pobresa: un irregular no podrà llogar (legalment) un pis al seu nom o sol·licitar un préstec a una entitat bancària, però pot realitzar algun tipus d’activitat laboral que li assegurin uns ingressos similars (o fins i tot, algunes vegades, superiors) als de la mitjana del seu entorn concret per a la població autòctona, ja sigui en l’àmbit de les activitats regulars (encara que el treballador no ho sigui, com és el cas de les que es realitzen en empreses legalment constituïdes en les quals l’immigrant treballa sense contracte), de les irregulars (la venda ambulant sense permisos legals, seria un dels possibles casos) o, fins i tot, de les il·legals (robatoris, tràfic de drogues, etc.)⁴⁹. Pot, d’una o altra forma, tenir uns ingressos que li assegurin un nivell de vida adequat per molt que continuï marginat.

⁴⁹ Les diferents situacions laborals estan extretes de la proposta de classificació de San Román (2002):

“(…) Los criterios para la clasificación son la regularización del trabajador, es decir, su existencia jurídica como tal o no, y la regularización positiva o negativa de la propia actividad, es decir, la existencia de la propia ocupación en términos jurídico-laborales tanto para ser ejercida como para prohibir su realización. (...) De esta manera he entendido:

- Un trabajador integrado (o trabajadora, pero no me pidan por favor, que lo escriba siempre) es aquel que realiza una actividad laboral estando regularizados normativamente tanto el trabajador como la actividad.

- Un trabajador sumergido es el que realiza una actividad regularizada normativamente sin estarlo él mismo (por ejemplo, el que trabaja en una obra sin contrato o quien confecciona pantalones para unos grandes almacenes en su casa).

- Un trabajador marginal o excluido sería aquel que no sólo no está regularizado para ejercer la actividad laboral, sino que la propia actividad carece de regularización (que es lo que ocurre, por ejemplo, cuando se limpian cristales en los semáforos).

I existeix la situació inversa, l'immigrant amb papers, amb nacionalitat espanyola fins i tot, que es mou dintre del sistema però que cobra un salari per sota de les seves necessitats o que ha tingut un accident laboral i percep una pensió mínima, per exemple, de manera que viu en condicions molt similars a les de sectors de la població general igualment no marginats però igualment pobres –l'exemple més clar en la societat majoritària és el nombre creixent de dones ancianes que viuen soles i perceben pensions molt baixes.

Les dades ofertes per Kaplan (1998) mostren aquesta diversitat de situacions:

“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)

Per altra banda, la situació de pobresa en els immigrants no necessàriament procedirà d'uns ingressos baixos sinó, com varem veure en el capítol 1, de l'existència d'obligacions diferents de les que tenen altres sectors de la població amb els mateixos ingressos: lloguers abusius (amb freqüència a causa de la discriminació) que obliguen a destinar al seu pagament gran part dels ingressos, pagament del deute adquirit per a venir o diferents obligacions de reciprocitat (remeses, finançament de viatges de familiars o persones del seu lloc d'origen, ajuda econòmica quan acaben d'arribar, préstecs, etc.). També pot existir la necessitat de gastar diners en qüestions que aporten prestigi i eleven la posició social dintre del propi grup (i amb això faciliten l'accés a altres recursos i beneficis): cotxes, rellotges, aparells electrònics, etc. En aquests casos, el nivell de vida pot arribar a estar per sota dels ingressos teòrics i pot ser, en certa manera, auto-imposat o triat (en la mesura que ho són les decisions preses per aquests criteris), però, en tot cas, seran altres necessitats les quals es vegin posposades o

- 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)

desateses, entre elles l'atenció a la salut. Fons (2004) descriu aquesta situació en el seu treball amb immigrants guineans a Barcelona⁵⁰:

“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 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, les cursives són seves)

Kaplan (1998) mostra un altre exemple:

“En este apartado sobre la religión y la migración nos parece importante considerar la prescripta 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)

⁵⁰ La investigació de Fons (2004) és de les poques que combinen treball de camp al lloc d'origen i a destí, el que el fa especialment interessant per a tractar aspectes socials i culturals d'aquestes poblacions.

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

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

En definitiva, sigui derivada de la precarietat laboral o associada a la reciprocitat obligada, les limitacions quant a la disponibilitat de diners tindran conseqüències per a la salut. La nutrició és, per exemple, un dels aspectes relacionats amb la salut que es pot veure's deteriorat arran dels processos de marginació i pobresa. Aquest fet pot ser degut, com ja s'ha esmentat, a qüestions diverses que van des del dèficit d'ingressos (que limitaria la possibilitat d'adquirir aliments, especialment aquells més cars com fruites, peixos o carns), les variacions en els hàbits dietètics (deguts a la impossibilitat de trobar o poder pagar productes que eren la base de la seva alimentació a origen), els horaris laborals intensius (que redueixen el temps per a cuinar i per a menjar) fins a les condicions de l'habitatge (on no sempre és possible cuinar ni conservar adequadament els aliments) i les modificacions en l'estructura familiar.

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

La limitació d'ingressos influirà també en la capacitat de l'individu per a accedir al sistema sanitari i a les cures de salut (per la impossibilitat de comprar fàrmacs, seguir dietes, deixar de treballar per a guardar repòs, etc.)⁵¹. D'aquesta manera, quan es diu que l'assistència sanitària a l'Estat espanyol és gratuïta convé puntualitzar que el transport fins als centres de salut o els medicaments que s'hi prescriuen no ho són, i, per tant, no estan a l'abast de tota la població, com no ho està tampoc la possibilitat de deixar de treballar durant la malaltia o la convalescència, canviar a una ocupació amb menors riscos laborals o perdre dies de treball per a acudir a les consultes. I no ho està, des de sempre i per a amplis sectors de la població, de manera que, de vegades, crida l'atenció el fet que sembli que partim de zero quan analitzem les circumstàncies de l'atenció sanitària a immigrants, com si tots els factors i circumstàncies fossin nous i els fossin exclusius. L'OMS ha destacat aquest fet en un dels seus documents sobre salut i immigració:

⁵¹ Un estudi realitzat amb una mostra de 78 immigrants irregulars en el Camp de Gibraltar (Vázquez, Mirall, Faus, 2006) troba que un 27,7% d'ells reben els fàrmacs en centres d'acollida o d'atenció a immigrants i que un 21,2% declara haver tingut dificultats per a l'adquisició de fàrmacs per motius econòmics. Encara que la mostra és molt petita i es tracta, exclusivament, d'immigrants irregulars, és un fet que s'ha de tenir en compte.

“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)

Altres aspectes lligats a la limitació d’ingressos com la disponibilitat de roba, les característiques d’aquesta i la possibilitat de mantenir-la en condicions d’higiene poden semblar menors però condicionen en certa mesura tant la salut (pensem, per exemple, en la falta de roba d’abric o calçat adequat) com l’accés a l’atenció sanitària (quelcom que es relacionaria amb el pudor de certs pacients, immigrants o no, a acudir al metge bruts o amb una roba que delata una situació de precarietat econòmica).

3.1.4. Habitatge

Un dels àmbits en els quals es conjuguen la marginació i la pobresa és l’accés a l’habitatge (i, més encara, a l’habitatge de qualitat). El ja esmentat estudi de Sanz, Torres i Schumacher (2000) sobre la morbiditat i ús de serveis sanitaris en immigrants de l’Àrea Sanitària 6 de Madrid troba que fins a un 11,3% dels entrevistats residien en barraques i un 19% afirmava no tenir les instal·lacions higièniques bàsiques.

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

No sembla necessari insistir en les negatives conseqüències per a la salut que comporta l’absència d’habitatge: exposició al fred i a la calor, limitació de la higiene i de les possibilitats d’alimentació, situacions de violència..., per citar només alguna de les més evidents.

Fins i tot quan en general sí es disposa d’ella, no és estrany que presenti deficiències més o menys greus quant a les condicions d’habitabilitat (aigua, serveis higiènics, ventilació, aïllament tèrmic, etc.), al que es pot unir l’amuntegament (donat l’elevat preu de l’habitatge i la necessitat de compartir-lo per a estalviar despeses), el que, en el seu conjunt, afavoriria la contracció i transmissió de patologies i dificultaria, en cas de ser

necessàries, les cures en situacions de malaltia. Les conseqüències psicològiques són també fàcils de suposar: falta de privadesa, fosc, fred, dificultats de convivència, etc⁵². A més, com ja s'ha vist, l'elevat preu i les condicions d'abús en les quals, de vegades, es lloguen els pisos (diversos mesos a la bestreta, avals bancaris exagerats...) duen a que bona part dels ingressos es dediquin al pagament de l'habitatge, el que limitarà les possibilitats de dedicar-ho a altres *partides*, com alimentació, roba i calçat, pagament del deute, o altres, directament relacionats amb la salut, com la compra de fàrmacs, el que, sens dubte, influirà directament en la qualitat de vida i en la vulnerabilitat enfront de la malaltia. Afortunadament, les situacions, encara que difícils, no sempre són tan precàries. Segons les dades de Kaplan (1998):

“Las condiciones residenciales de la población senegambiana en Salt tiene unas características particulares respecto a otros municipios catalanes. En primer lugar se trata de pisos con buenas condiciones de habitabilidad en términos generales. En segundo lugar, la localización de estas viviendas permite una distribución dentro de la ciudad relativamente equilibrada. Y en tercer lugar, el apoyo, el interés e implicación de los Servicios Sociales del Ayuntamiento contribuyen a que estas condiciones sean posibles.

Todas las viviendas poseen desagües y agua corriente. En el 85% de los pisos el suministro de agua caliente llega al baño y a la cocina, en dos pisos sólo al baño, y en uno no existe. Las viviendas suelen ser interiores, pero soleadas y con ventanas suficientes, que evitan ambientes insalubres de humedad y falta de ventilación. La gran mayoría (74%) tiene algo de sol durante el día y un 17% recibe muchas horas de insolación. La ventilación es suficiente en el 80% de los pisos y muy elevada en un 18%. Todas disponen de calefacción, mayoritariamente (82%) estufas de butano, y casi un 12% tiene radiadores, aunque un 3% no los utiliza debido al elevado coste de su consumo. Tampoco parecen tener aceptación las estufas y placas eléctricas. El suministro de gas en las viviendas es de butano en un 67% y de gas ciudad en un 33%.” (Kaplan, 1998: 106-107)

“Sin embargo, a pesar de que por el momento no se produce un fenómeno de ‘guetización’, las situaciones de hacinamiento son frecuentes. Los pisos son pequeños, tienen superficies que no superan los 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)

A tot l'anterior caldria afegir un altre factor rellevant per a la salut pública i també per als processos de generació d'exclusió social, i és la tendència a la concentració dels immigrants en determinades zones de les ciutats, moltes vegades les més degradades i amb pitjors serveis, aquelles on l'habitatge és més barat i les condicions de salubritat poden ser pitjors⁵³.

⁵² Els accidents tampoc són rars: pisos freds i humits, sense calefacció i amb instal·lacions elèctriques antigues i defectuoses que fan que els seus ocupants encenguin radiadors (quan es poden permetre la despesa), brasers o, fins i tot, petites fogueres, que poden provocar, com ja ha succeït, intoxicacions per monòxid de carboni o incendis.

⁵³ La dolenta qualitat de l'habitatge associat a un preu baix és una situació freqüent, encara que diversos estudis han assenyalat l'existència d'una ràtio desproporcionada preu/qualitat de l'habitatge, que apuntaria a altres factors com el re-lloguer per a obtenir beneficis, l'increment dels preus per discriminació o, també, per sensació d'inseguretat dels propietaris, o el lloguer d'habitatges com *negoci ètnic* (persones immigrants de determinats grups que compren o lloguen habitatges per a llogar-los, amb o sense la documentació adequada, a membres d'altres grups, com a forma de guanyar diners).

“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)

Aquesta situació de reclusió en determinades zones de les ciutats tampoc és nova. Parramón (2002) la va descriure també en un treball sobre migracions internes a L’Hospitalet del Llobregat entre els anys 60 i 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 ‘populosas barriadas’ cuyo caos urbanístico y desmesura humana reforzaban obviamente el espejismo del retorno, habitualmente más presente en los primeros tiempos de los procesos migratorios. Se trataba de aquellos barrios que la prensa estaba estigmatizando y en los que, como es sabido, durante años la vida fue francamente difícil ya que se caracterizaron, especialmente los de nueva construcción, por la falta de todo tipo de infraestructuras urbanas y equipamientos. Fueron años en que el proceso urbanístico hospitalense potenció el fenómeno de las poblaciones inmigradas y en torno al cual cuajan fabulosos negocios inmobiliarios.” (Parramón, 2002: 304)⁵⁴

Així, en aquests barris es concentra habitualment uns tipus molt concret de població: immigrants en condicions socioeconòmiques precàries o, com a mínim, al límit de la precarietat o inestables, juntament amb població autòctona en condicions similars i, molt freqüentment, elevats percentatges de població autòctona ja anciana que, per diverses raons, ha romàs als barris i que solen tenir un poder adquisitiu limitat, quan no francament baix. Tot això fa que, en conjunt, la majoria de la població atesa als CAPs d’aquests barris no es trobi dins de la mitjana quant a les necessitats assistencials, la qual cosa tindrà sens dubte repercussions sobre el funcionament dels centres, en la pressió real i percebuda sobre els professionals, quant als recursos específics dels que haurien de disposar (temps, traductors, especialistes...) i quant a les possibilitats concretes d’oferir una atenció de qualitat, en comparació, sobretot, amb altres centres amb una distribució més homogènia de segments de població. Molts professionals que

⁵⁴ Avui dia L’Hospitalet és un dels municipis de Barcelona amb major índex de població immigrant. Com ha succeït en d’altres ciutats i barris, s’ha anat produint a poc a poc una substitució demogràfica: a mesura que aconseguen millorar, especialment les segones i terceres generacions, aquests antics emigrants andalusos, extremenys.. han anat abandonant els barris i han estat substituïts per un nou perfil de població: senegalesos, marroquins, pakistanesos...

treballen en aquests tipus de centres senyalen que aquestes característiques i necessitats no sempre es contemplen a l'hora d'assignar recursos i valorar la pressió assistencial.

Pel que fa a l'accés al sistema sanitari, encara que l'absència d'habitatge, les característiques d'aquesta o el seu règim de tinença no poden ser, legalment, un motiu per a negar l'empadronament⁵⁵ (i amb ell, l'obtenció de la TSI), és clar que es tracta de situacions que dificulten el tràmit, ja sigui per les traves que, en la pràctica, posen alguns Ajuntaments, pel desconeixement de la persona interessada sobre els seus drets, les reticències a acudir als serveis socials o el retard amb el qual, en ocasions, aquests funcionen i els recursos limitats dels quals poden disposar. Per altra banda, els canvis d'habitatge són habituals, sobretot en les primeres etapes de la migració, de tal manera que és freqüent que les targetes sanitàries no arribin correctament als domicilis. A més, el canvi d'habitatge implica, de vegades, el de centre de salut de referència i de metge assignat, amb el que es redueixen les possibilitats de seguiment dels casos i es dificulta l'establiment d'una relació adequada amb el metge de família, primera via d'entrada al sistema sanitari, reiniciant-se de nou el procés d'adaptació i de presa de decisions respecte a l'accés.

3.2. FACTORS RELACIONATS AMB L'ESTRUCTURA I FONAMENTS DEL SISTEMA SANITARI

Encara que les qüestions relacionades amb les característiques del sistema sanitari públic català i els seus professionals s'abordaran amb més deteniment en propers treballs, ja es poden apuntar certes tendències o aspectes generals que s'han de tenir en compte.

3.2.1. Planificació de l'assistència

Com s'ha vist, existeixen restriccions per a l'atenció sanitària a persones immigrants que res tenen a veure amb qüestions estrictament mèdiques però que afecten en diferents graus a la planificació de l'assistència.

“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)

A més de les qüestions estrictament legals es donen altres, derivades d'aquestes, que dificulten la planificació de l'atenció: per exemple, com ja s'ha dit, no es disposa de xifres exactes del nombre total d'immigrants (regulars i irregulars), ja que respecte a aquests últims tan sols existeixen estimacions, que poden, fins i tot, variar

⁵⁵ La normativa d'empadronament es revisarà, amb major profunditat, en la segona part del treball, capítol 4.

considerablement en funció de l'entitat o Administració que les calculi. Tenint en compte que la delimitació d'Àrees Bàsiques de Salut i l'assignació de personal i pressupostos als centres es fan fonamentalment en funció del volum de població atesa, el repartiment pot no ser ajustat a la realitat, en la mesura que la població existent pot ser major a l'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)

Cal puntualitzar, no obstant això, que aquesta situació de dificultat per a calcular la població atesa no es deu exclusivament a la presència d'immigrants no regularitzats (o no empadronats). Un estudi realitzat per Salas et al. (2003) respecte a la taxa d'empadronament real dels pacients ingressats a l'Hospital de Poniente d'Almeria va mostrar que el 24% dels pacients estudiats no estaven empadronats en les poblacions en les quals deien residir (tres municipis triats, precisament, pel seu elevat creixement demogràfic). L'anàlisi de les dades mostra que, d'entre els pacients no empadronats, la majoria (75%) eren nacionals i majors de 70 anys (58%), el que s'explicaria pel desplaçament a aquests ajuntaments de familiars ancians de persones que sí ho estan, que generen un gran nombre d'ingressos i no consten en el padró. Dels no empadronats, només el 24% eren estrangers, fonamentalment immigrants, encara que també es comptabilitzaven alguns turistes.

“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)

Aquestes dades, duen als autors a defensar, molt raonablement, que el padró d'habitants no sigui l'única font de referència per a l'assignació de recursos sanitaris i reclamen la realització d'estudis que permetin conèixer les característiques reals de la població a la qual s'atén.

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

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

Fins i tot quan no es conegui en quina mesura aquesta situació és extrapolable a centres sanitaris públics catalans, sí val la pena tenir present que potser els mètodes d'assignació de cupos i pressupostos hagin d'afinar-se més, per tal de garantir la qualitat de l'atenció. La situació pot complicar-se, a més, perquè no només es desconeix el seu nombre exacte sinó moltes vegades també algunes de les característiques sociodemogràfiques d'aquestes poblacions (comptabilitzades o no), les seves necessitats en salut i, sobretot, les expectatives concretes que tenen en aquesta matèria. Les característiques sociodemogràfiques quant a edat i gènere poden ser molt diferents en els diversos col·lectius d'immigrants i, també, en funció del temps d'estada. Així, per exemple, a Catalunya, és freqüent que la immigració d'origen pakistanès i subsahariana (no guineana) sigui fonamentalment d'homes joves, sent menor el nombre de dones i diferents els motius i els moments en els quals aquestes emigren (sobretot, després de diversos anys d'estada dels homes i per reagrupament familiar). En el cas de la població procedent d'Amèrica Llatina, sol ser més freqüent l'emigració de les dones en primer lloc i més tard la seva tornada a origen o el reagrupament de la resta de la família. Kaplan (1998) parla d'aquestes diferències en els següents termes:

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

“Cerca de la mitad de la población masculina (44,6%) llegó a España hace más de ocho años, y sólo dos mujeres lo hicieron en el mismo periodo. Vemos claramente que son las mujeres quienes más recientemente han llegado, situándose casi el 40% de ellas en un período de residencia de un año o inferior a un año, frente al 20% de hombres; un 21,4% de mujeres llegó hace dos años, frente al 10,8% de hombres.

Cruzando las variables de la situación legal con los años de llegada, aparece un incremento de población femenina en años recientes a través de la reagrupación familiar, es decir, que se vio claramente favorecida por la regularización de extranjeros efectuada durante el segundo semestre del año 1991, en una campaña titulada ‘Sal a la luz, ponte en regla’ lanzada conjuntamente por el Ministerio del Interior y el de Trabajo y Seguridad Social. Este proceso de regularización permitió, por ejemplo, que el número de ciudadanos gambianos que tenían permiso de trabajo y residencia en la provincia de Gerona pasara de 778 en 1990 a 1968 en 1991, según datos oficiales del Gobierno Civil.” (Kaplan, 1998: 96)

“Como ya apuntábamos anteriormente, son los hombres quienes inician el proceso migratorio porque es a ellos a quienes tradicionalmente la sociedad de origen les ha reservado el papel de emigrar. Las mujeres permanecen en África, en la unidad doméstica, realizando tareas fundamentales para la supervivencia del grupo, como primeras productoras de alimento y energía, reproductoras biológicas y culturales, cuidadoras y administradoras de la economía doméstica. Las familias depositan en sus varones migrantes generosas expectativas que se comienzan a concretar, generalmente, en la construcción de una vivienda sólida.

Hemos visto que la población adulta de nuestro estudio es mayoritariamente masculina (casi el 70%), confirmando de este modo una trayectoria migratoria característica en el África subsahariana occidental: los hombres emigran solos y una vez alcanzan cierta estabilidad laboral, legal y residencial que les permite enviar dinero a origen y al mismo tiempo afrontar los gastos de desplazamiento, vivienda y manutención en destino, comienzan la reagrupación familiar.

De esta forma, las mujeres inician su proceso migratorio de manera inducida, con otros fines, y sin tener en principio estrategias familiares de movilidad, sino la voluntad de reunirse con sus maridos y empezar, o continuar, la construcción familiar. Por lo tanto, todas las mujeres adultas son mujeres casadas. Excepcionalmente, durante los últimos años algunos hombres que llevaban un tiempo de residencia prolongada en España han traído a sus hermanas o hijas mayores para brindarles la posibilidad de estudiar, y en algunos casos han sido acordados matrimonios con otros gambianos residentes en destino.” (Kaplan, 1998: 99)

Caldria, per tant, que cada Àrea Bàsica de Salut disposés de dades el més fiables possible de la població a la qual li correspon assistir (o que sol·licitarà assistència encara que no tingui dret legal a fer-ho o, tenint-lo, encara que no hagi completat els tràmits adients) i que emprengué, amb el suport suficient, activitats destinades a conèixer el seu estat de salut, les seves necessitats i demandes, establint també programes adaptats de promoció i educació per a la salut. I, indubtablement, això requereix estudis concrets, contextualitzats en temps i espai i realitzats per equips interdisciplinaris constituïts per professionals amb la formació adequada per a atendre a l'àmplia gama d'aspectes que entren en joc.

També és necessari tenir en compte que el flux migratori és continu i impredecible (se sol afirmar que simplement inatural), de manera que la població amb necessitat de ser atesa varia constantment, tant per l'arribada de nous immigrants com per la situació de temporalitat de la residència d'alguns d'ells o els canvis freqüents de domicili. Encara que, en realitat, aquesta afirmació no sempre és completament exacta, ja que l'arribada de nous immigrants a zones concretes sí és, en certes ocasions, predecible. Així, per exemple, l'últim procés de regularització extraordinària (2005) va permetre la legalització de l'estada de gran quantitat d'immigrants que tenien dret, d'acord amb la normativa legal, a sol·licitar el reagrupament familiar al cap d'un any. És a dir, ja en el moment en el qual es van conèixer les xifres d'immigrants acabats de regularitzar es podria suposar que una part d'ells sol·licitarien el reagrupament, el que hagués permès prendre, per endavant, algunes mesures. Però és que, a més, tenint en compte la lentitud dels tràmits, de manera que poden passar diversos mesos des que se sol·licita fins que es concedeix i s'aconsegueixen els documents (i els diners) necessaris per a portar a la família, encara es disposava de temps per a fer un càlcul exacte del nombre de persones que arribarien, quants eren adults i quants ancians o nens, realitzar una estimació de les necessitats específiques en salut que tindrien i planificar, aquesta vegada amb antelació, la seva assistència. Molts professionals, sobretot de centres de primària, són conscients d'aquesta situació i ho són també que no sempre es prenen les mesures necessàries per a assumir-la amb garanties.

I la situació, una vegada a la consulta, tampoc sempre serà fàcil, per diversos motius. El professional trobarà dificultats per a interrogar a alguns dels seus pacients a causa de diferències idiomàtiques, en girs i expressions, però també pel desconeixement per part d'alguns d'ells de l'estructura i criteris de funcionament del sistema sanitari, de les seves pautes de tractament i per diferències en l'atribució de causes a les malalties i en la manera d'entendre el cos, els tractaments, les jerarquies de valors respecte a la salut, etc. Però, a més, la consulta pot dur més temps a causa de la necessitat de recaptar més informació que en altres pacients: obrir històries clíniques per primera vegada, recollir dades sobre l'estat de salut en origen, vacunacions, determinades malalties, condicions de vida, etc. Tot en conjunt pot fer que el curs de l'entrevista clínica requereixi més temps i sigui més lent del normal, el que pot tenir diverses conseqüències. Al fer més lenta la marxa de la consulta, si no s'ha tingut en compte en la planificació de l'horari, aquest patirà retards. El professional pot estar prevenint contra això i per necessitat de veure a tots els pacients o per la seva pròpia comoditat, pot -conscientment o inconscient- arribar a atendre'ls amb menys deteniment del que les seves necessitats requereixen. Pot també assumir que no és capaç d'entendre's ni des del punt de vista lingüístic ni humà amb el seu pacient o que aquest marxarà aviat o canviarà de domicili o no seguirà les seves indicacions (perquè no pot o perquè no vol), de manera que pot tendir a simplificar l'atenció, el que incrementarà la frustració d'ambdós i pot augmentar el risc de cometre errors que complicaran l'assistència i la salut del pacient i no contribuiran, precisament, a que les relacions millorin. O pot, per contra, entendre que la seva responsabilitat és oferir a cada pacient concret l'atenció que requereix, dedicant-li el temps necessari o demanant-li que torni una altra vegada, amb el que perllongarà la seva jornada laboral, acumularà retards, incrementarà el nombre de visites, la llista d'espera i pot ocórrer que la direcció del centre li recrimini, que els usuaris autòctons acabin sol·licitant el canvi a un altre professional que els atengui abans o, també, que altres usuaris immigrants sol·licitin incorporar-se al seu cupo. En qualsevol cas, la seva posició serà complicada, l'equilibri entre necessitats i possibilitats d'atenció serà difícil d'arribar i haurà d'assumir, freqüentment en solitari, els riscos d'una o altra actuació.

Sigui com sigui, els augments de la població i les característiques concretes que aquesta tingui impliquen un increment en la càrrega assistencial que no recau per igual en tots els centres, en la mesura que, com ja s'ha explicat, els llocs d'assentament dels immigrants corresponen en ocasions amb les zones de les ciutats en pitjor situació socioeconòmica i freqüentment amb menor dotació de serveis. Aquests centres atendran a un tipus de població -tant immigrant com autòctona més pobre i/o marginal- amb necessitats peculiars, de manera que difícilment poden regir-se pels estàndards de funcionament que són vàlids per a altres serveis, amb un volum de població més estable i coneguda i en millor situació socioeconòmica.

També s'ha de senyalar que les diferències en la càrrega assistencial es donen també, dintre dels centres, entre els professionals, de manera que és als últims que s'incorporen als quals se'ls solen assignar la major part dels usuaris nous (en la mesura que s'obren cupos nous amb la població que va arribant). Així, no és estrany que en determinats centres els últims metges contractats tinguin un volum de població immigrant molt superior als més antics, en els cupos dels quals sol predominar la població autòctona.

Els gestors sanitaris haurien de tenir en compte totes aquestes qüestions i assumir que aquests centres han de posar en marxa activitats de promoció i prevenció de la salut que poden no ser necessàries en altres llocs (o ser-ho en diferent mesura o en diferent manera), que els professionals poden necessitar més temps per a l'atenció de cadascun d'aquests ciutadans i que probablement requeriran d'un suport quant a formació i recursos econòmics i humans diferent al d'altres llocs. Disposar d'ells, en el moment i en la mesura adequats, permetrà que puguin exercir la seva tasca amb garanties, evitant estrès i frustracions innecessàries i que només aniran en detriment de la salut, en aquest cas tant dels pacients com dels propis professionals. Vegem-ho amb més deteniment.

3.2.2. Organització i gestió de l'assistència

No es pot deixar de reconèixer que el sistema sanitari de tall occidental que existeix a Catalunya i l'Estat espanyol, com qualsevol altre dels nostres sistemes, respon a un model concret, dissenyat per i per a una tradició cultural i un tipus de societat determinades o, més aviat, per als sectors considerats estàndard d'aquesta societat. El nostre sistema sanitari està dissenyat, preferentment, per a un *usuari-tipus*, desproveït de diferències significatives respecte a la mitjana. De manera genèrica, podríem dir que es tracta d'un home (l'atenció a homes i dones és la mateixa i només molt recentment comença a tenir-se en compte una perspectiva de gènere), de nivell socioeconòmic mig, del que no s'espera (habitualment) que presenti dificultats econòmiques greus que causin o es relacionin amb patologies ni limitin la seva capacitat d'accés al sistema sanitari i als productes relacionats amb la salut (fàrmacs, dietes...). Se li suposa, a més, una capacitat bàsica per a entendre els missatges del seu metge i suficients possibilitats intel·lectuals, econòmiques i legals per a seguir-los. I es tracta, per descomptat, d'un usuari amb el qual no existeixen dificultats significatives de comunicació, ja que a més d'utilitzar el mateix idioma que el seu metge, comparteix, bàsicament, els seus codis culturals, s'identifica amb el sistema sanitari i el sent com propi, en la seva estructura i fonaments.

La biomedicina en el nostre entorn manté una estructura que troba dificultats per a adaptar-se a usuaris que s'apartin de la mitjana i tinguin necessitats o demandes específiques. I en això els immigrants són només un dels possibles casos, de manera que pot dir-se que la seva arribada l'única cosa que ha fet ha estat treure a la llum i exacerbar fenòmens que, en realitat, sempre havien estat aquí: la població a la qual s'ha atès en les nostres consultes no ha estat homogènia mai, sempre hi ha hagut individus o col·lectius amb necessitats diferenciades i els plantejaments culturals o situació social dels quals no es corresponien amb els suposadament comuns. No obstant això, no sempre es contempla que l'estructura del sistema sanitari s'hagi d'adaptar a les necessitats d'aquests nous usuaris: freqüentment s'espera que siguin ells els quals modifiquin els seus plantejaments i tractin de canviar aquelles circumstàncies que els limiten o compliquen l'accés.

Ja s'ha comentat en diverses ocasions el desconeixement per part d'alguns professionals sanitaris dels supòsits legals en els quals els immigrants tenen dret a l'assistència i, també, el fet que, una vegada que se'ls concedeix, independentment de la via per la qual sigui, aquesta atenció s'ha de realitzar en condicions d'igualtat a la resta dels usuaris.

No és estrany, en les converses més o menys informals, escoltar a alguns professionals comentar en la línia de suposar que la població immigrant manca de determinats drets o que aquests se li atorguen des d'un punt de vista de la solidaritat o la caritat i, per tant, en certa mesura, encara quan sigui de manera no conscient o no malintencionada, els seus drets, les seves exigències, haurien de ser menors a les de la resta de la població.

“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 aquest sentit, seria necessari informar clarament als professionals sanitaris i administratius dels centres dels supòsits en els quals pot tenir lloc l'atenció i deixar clar que es tracta d'una població amb drets comparables als de la resta dels pacients i que, per tant, la seva atenció entra dintre de les obligacions normals dels professionals per molt que pugui ser menys senzilla. Però, al mateix temps, s'ha de reconèixer això: que moltes vegades aquesta atenció pot resultar més complexa i que el professional pot necessitar major formació, més recursos i més esforç que, per a ser justes, les administracions haurien de reconèixer-los i actuar per a resoldre-les. Gestors, professionals sanitaris i usuaris haurien d'assumir que el sistema ha de guanyar en flexibilitat, que ha de donar resposta a les necessitats de tota la població i, per tant, no ha de confondre diferència amb desigualtat: haurà d'atendre a les necessitats de tots i, per tant, no podrà tractar a tots igual, siguin o no immigrants. Existeix, podria dir-se, una certa falta de consciència que la societat que vivim és pluricultural -ho és des de fa molt, de fet-, i, al mateix temps, desigual, sense que ambdues condicions siguin el mateix ni la resposta que hagin de donar-los les administracions i els seus professionals ho siguin tampoc: es tracta de respectar la primera (d'acord amb el respecte, també, a la resta dels drets humans) i lluitar contra la segona.

Per altra banda, el sistema sanitari espanyol i català correspon (o tracta de fer-ho, almenys) als paràmetres d'un Estat de benestar, però es troba, per a respondre a ells, limitat per qüestions polítiques i econòmiques. Encara que l'anàlisi en profunditat de les causes de l'increment dels costos de l'assistència sanitària s'escapa a les possibilitats d'aquest treball, val la pena recordar ara alguns dels factors que poden estar intervenint. En primer lloc, l'esperança de vida s'ha incrementat molt en les últimes dècades, la població està cada dia més envellida i existeixen tractaments per a malalties que permeten guarir o perllongar la vida a pacients que fa no gaire haguessin mort, de tal manera que s'ha incrementat de manera molt significativa el nombre de persones ancianes i/o dependents i que necessiten atenció específica i continuada. Al mateix temps, es dona, per part dels ciutadans, una major exigència quant a la qualitat de l'atenció i la capacitat resolutiva de la mateixa, buscant-se majors estàndards de

benestar. En un document publicat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2006a) per a conèixer les visions i valoracions de professionals, gestors i usuaris sobre el sistema sanitari català⁵⁶, que se citarà àmpliament al llarg de les pròximes pàgines, s'esmenta aquest fet:

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

Els professionals i especialistes sobre el tema senyalen encara l’existència de dos factors més: l’increment en els recursos tècnics de la Medicina en les últimes dècades i la tendència a medicalitzar certes situacions (processos psicològics lleus o de canvi vital, per exemple, i, sobretot, problemes d’índole més social que biològica), que contribuirien a l’increment dels costos i de la pressió assistencial, cada vegada més difícils d’assumir pels sistemes públics. En el document esmentat abans (Departament de Salut, 2006a) es destaca que tant els professionals sanitaris com els gestors responsabilitzen als usuaris d’aquesta tendència a la medicalització, tractant d’evitar que es generalitzi. Els usuaris, per la seva banda, afirmen no estar medicalitzant problemes que els generen malestar i semblen viure com un descrèdit que els professionals redefeixen les seves demandes com psicològiques o no mèdiques:

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

“[Els usuaris] No consideren que estiguin construint (traduint/expressant) com a problemes de salut gran part dels malestors 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, 2006a: 33-34)

“[Els professionals] 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, 2006a: 34)

“[Els gestors] 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

⁵⁶ El document presenta els resultats d’un estudi sobre les experiències, percepcions i valoracions d’usuaris, professionals i gestors sobre el sistema sanitari català. Utilitza entrevistes en profunditat, relats biogràfics i grups focals, amb un total de 254 persones de diferents àmbits: professionals, gestors, usuaris, cuidadors i no usuaris. No especifica el perfil quant a gènere ni edat, ni el tipus de professional o de centre per a cada tipus de resposta, pel que és difícil establir matisos o fins i tot contextualitzar-les.

d'atenció que fan fora aquestes demandes i inhibeixen la hiperfrequentació.” (Departament de Salut, 2006a: 34)

Quant a la sobreutilització dels recursos tècnics, se sol senyalar que estaria relacionada amb la valoració positiva de la tecnologia mèdica per part dels usuaris (que poden arribar a interpretar com desatenció que no se'ls realitzin proves que, en realitat, no sempre estan indicades) i com un mecanisme de protecció del professional, en una doble vessant: d'una banda, tractar de fer més ràpides les consultes sol·licitant proves complementàries que podrien -en alguns casos- suplir-se amb una anamnesis i exploració més perllongada (per a la qual no sempre disposen de temps) i, per una altra, respaldar-se en les proves com mitjà d'evitar demandes i conflictes i, també, d'augmentar la seva pròpia seguretat respecte a les accions terapèutiques.

“[els usuaris] Veuen la utilització de les proves complementàries com a signe d'una bona atenció sanitària i no hi consideren la sobreutilització.” (Departament de Salut, 2006a: 25-26)

“[Els professionals] Reconeixen que en fan una sobreutilització, però la consideren necessària per les condicions actuals en què han de fer l'atenció sanitària (manca de temps i pressió/por dels usuaris)” (Departament de Salut, 2006a: 26)

“[Els gestors] Creuen que hi ha sobreutilització, a causa de les condicions actuals en què es fa l'atenció i per l'excés d'una pràctica innecessàriament defensiva i tecnocràtica del personal mèdic.” (Departament de Salut, 2006a: 26)

Quant a la immigració, alguns dels professionals i, part de la població, solen assenyalar-la també com a un dels factors que influeix en la pressió assistencial, l'increment dels costos i el deteriorament de la qualitat de l'assistència. En el mateix document els professionals s'expressen en els següents termes:

“[Els professionals] Reconeixen que l'envelliment de la població i la immigració generen pressió sobre la pràctica quotidiana i això repercuteix sobre la qualitat assistencial i el judici que mereix la pràctica clínica, tant per als usuaris com per als mateixos professionals.” (Departament de Salut, 2006a: 15)

“[Els professionals] Mencionen que la immigració ha contribuït a incrementar la demanda sanitària actual. Afirmen que es veuen obligats a desenvolupar més feina i a atendre un nombre extraordinari d'usuaris sense que s'hagin modificat les condicions d'atenció i de plantilla existents.” (Departament de Salut, 2006a: 17)

Alguns usuaris autòctons, per la seva banda, poden tenir la sensació que els immigrants fan mal ús dels serveis, que abusen d'uns recursos que alguns pensen que no tindrien dret a tenir i, sobretot, que això repercuteix en la qualitat de l'atenció que reben qui sí ho tenen (o ho tenen en major mesura), o sigui, ells. Al mateix temps poden sorgir informacions manipulades interessadament (o simplement simplificadores) que generin estereotips i prejudicis cap a aquests pacients: “vénen a fer ús dels nostres recursos”, “consumeixen més del que aporten”, “generen problemes”, “acaparen els recursos públics”, etc., que no contribueixen a facilitar la seva integració social ni a millorar la convivència. Diversos autors, no obstant això, contradiuen que l'increment de la despesa sanitària pública es pugui deure, en la mesura alarmista que sol assenyalar-se, a la immigració i l'envelliment de la població:

“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)

Tenint en compte tot això, l'organització de l'atenció, igual que la planificació de la mateixa, hauria de fer-se d'acord amb les necessitats de la població en concret a la qual s'ha d'atendre i de cada individu en particular. I, cal tornar a insistir en això, per a això cal conèixer a la població diana, les seves característiques, necessitats i demandes i establir uns paràmetres de funcionament quant a nombre de pacients que cal veure i temps que cal dedicar-los que sigui veritablement adaptat a la realitat. Caldrà realitzar una adaptació també a la realitat social dels pacients (de tots), adaptant els horaris si fos necessari, disposant d'intèrprets i mediadors, etc.; a la realitat clínica, assumint que pot haver diferències en les patologies, en la seva prevalença, en el tipus i en la forma de presentació, pel que serà necessari disposar dels recursos necessaris; i a la realitat cultural, reconeixent que existeixen diferències que són absolutament legítimes i que és necessari reconèixer.

En qualsevol cas, i evitant sempre informacions esbiaixades o tendencioses, sí sembla raonable la sol·licitud d'increment dels recursos -i, cabria afegir, les millores en la gestió- especialment en aquells centres que hagin vist incrementada la seva càrrega assistencial (per la raó que sigui):

“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)

Com a un dels possibles mitjans per a tractar de fer més àgil l'assistència, reduir costos, augmentar l'eficiència i la sensació de seguretat del personal i oferir, suposadament, una atenció equitativa, la tendència és cada vegada més a establir protocols que guïïn l'actuació dels professionals sanitaris. Aquests, per la seva banda, poden sentir-se així més protegits i recolzats enfront de les exigències dels seus pacients, cobreixen les exigències dels centres que els contracten (estiguin o no totalment d'acord amb elles) i, al mateix temps, alguns, no es plantegen conflictes ètics o ho fan en menor mesura i

creuen aconseguir amb certs estàndards científics dictats, sovint, per professionals d'altres latituds.

La contrapartida a això és, com sembla evident, una rigidesa en els patrons d'atenció que, encara que afecta a tots els usuaris farà recaure les seves pitjors conseqüències sobre aquells pacients que no corresponguin a aquest *usuari-tipus* que descrivíem abans i sobre aquells professionals per als quals l'atenció a la salut s'entén en termes més amplis. Si a més de característiques socials i econòmiques, al pacient el separen de la mitjana factors culturals lligats a la seva interpretació de la malaltia i a les expectatives i demandes al sistema sanitari i si té experiències molt diferents en aquests temes i interessos molt diferents als usuals, la seva atenció resultarà encara més complexa i amb major possibilitat de no ser adequada des d'un punt de vista humà i, pitjor encara, tampoc clínic.

La posició del metge respecte a l'existència dels protocols és, segons es recull en el document ja citat del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2006a), ambigua:

“[Els professionals] 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 pugui fer fora del que és relacional, com si fossin merament funcions de cada rol professional.” (Departament de Salut, 2006a: 26-27)

“[Els professionals] Presenten ambivalència entre donar més valor al coneixement basat en l'evidència científica i a la pràctica estandaritzada i subjecta als protocols, o al mètode i els criteris clínics que els capaciten per fer front a la complexitat i diversitat que configuren cada cas en la seva pràctica diària.

L'atenció fonamentada en protocols basats en l'evidència científica resulta altament asseguradora per a la major part del personal mèdic i d'hospital; però no a l'atenció primària ni en infermeria. En aquesta forma de pràctica, interessa el coneixement que compta amb evidència científica, que facilita el sistema, la indústria farmacèutica o grups experts, i els fragments d'informació que pot donar l'usuari com a resposta a demandes concretes del professional.

En canvi, en l'atenció guiada pel criteri professional resulta imprescindible disposar de coneixements rellevants per construir el cas. I per això es veu també necessari conèixer l'experiència i la perspectiva, tal com la relaten les persones usuàries.” (Departament de Salut, 2006a: 29)

A més de l'anterior solen assenyalar-se altres fets que, sense estar exclusivament relacionats amb l'assistència a població immigrant influiran, sens dubte, en la qualitat mateixa i en els quals cal insistir, encara que aquí s'esmentin només breument: els canvis en l'estatus dels professionals, les condicions de treball sota les quals exerceixen i la distància que s'estableix entre aquests i els gestors del sistema sanitari. Vegem-ho breument.

La posició social del metge i el seu grau de poder està patint modificacions importants: tot i quan es manté una relació jerarquitzada en la qual el metge (i no tant altres professionals de la salut) ocupen una posició més elevada que l'usuari, la diferència que s'estableix és cada vegada menor. Com es deia abans, el nivell d'exigència, quant al tracte i als resultats, s'ha incrementat considerablement i la informació dels usuaris

respecte a qüestions relacionades amb la salut és cada dia major (encara que freqüentment gens precisa ni contextualitzada) de manera que el metge pot veure qüestionades les seves actuacions i se li exigeix en major mesura que les expliqui i les justifiqui. Existeixen dificultats per a transmetre a la població que la Medicina no és una ciència exacta, que la tecnificació i la formació especialitzada no garanteixen l'èxit de les actuacions i que les respostes a les mateixes depenen de factors que, en certa mesura, poden escapar al control del metge i del sistema sanitari en general.

A això s'afegeix, freqüentment, el bagatge d'experiències prèvies dels pacients, en l'àmbit sanitari o en uns altres, on algun d'ells pot haver sofert situacions de discriminació o abús per part de superiors o que la seva opinió o capacitat individual de decisió hagi estat menyspreada o simplement no tinguda en compte, amb la qual cosa, una vegada en la consulta, és més fàcil que estiguin menys disposats a tolerar situacions que perceben -objectivament o no- com a discriminatòries o abusives. En el cas de certs immigrants és així moltes vegades: la discriminació, explotació i abús que pateixen en ocasions en altres àmbits -o fins i tot la discriminació que puguin haver patit en altres moments en el sanitari- els durà amb facilitat a que circumstàncies que poden ser normals o, almenys, similars per a tots els usuaris (temps d'espera perllongats abans que el visitin, rapidesa del professional a atendre'l...) s'interpretin com actituds discriminatòries i derivades de la seva condició d'immigrant.

No obstant això, persisteix en l'imaginari col·lectiu la imatge del metge de posició alta, sou elevat, gran autoritat i treball còmode que fa que les circumstàncies en les quals exerceixen siguin poc reconegudes per la població a la qual atenen. I més encara, la tendència al traspass de certs sectors de la població a la medicina privada, redueix, en la pràctica, la possibilitat que la situació millori, al disminuir la presència d'aquells sectors que tenen més capacitat de pressió.

“[Els professionals] Qualifiquen la provisionalitat, la rotació i la precarietat laboral en les places ocupades, com a elements que generen disfuncionalitats per la marxa del sistema.” (Departament de Salut, 2006a: 16)

“[Els professionals] Perceben una tendència perquè la seva experiència i coneixements no siguin valorats per l'organització i, per tant, creuen que s'està produint una pèrdua creixent de capital humà ja format i expert.” (Departament de Salut, 2006a: 17)

“Una part del personal mèdic i el d'infermeria veu que les condicions actuals justifiquen àmpliament diferents formes de mala pràctica, la no implicació dels professionals en les organitzacions i l'obtenció de beneficis secundaris al problema (com els derivats d'una dedicació limitada i burocratitzada a allò pel que són contractats, i una altra intensa a la privada). I una altra part deixa d'implicar-se amb l'organització, però intenta mantenir una forma de pràctica que considera acceptable/possible. Qualsevol de les dues posicions implica dosis altes d'insensibilització i submissió en els professionals per tal de portar a terme el treball diari. I en els casos que no volen/poden renunciar a realitzar el que consideren una pràctica de qualitat, implica també alts nivells de malestar, fins mostrar símptomes de patir la síndrome d'estar cremat (*burnout*).” (Departament de Salut, 2006a: 32-33)

Finalment, es constata també un altre fet: la llunyania entre professionals de la salut d'assistència directa i els gestors del sistema sanitari. Així:

“[Els professionals] Troben divergència entre els criteris d’avaluació del sistema i els dels professionals. Es posa de manifest que l’Administració primer fa una avaluació on el que prima és la dimensió econòmica i, subsidiàriament, es valora la part qualitativa.

Creuen que l’Administració té més interès en mesurar l’assistència amb criteris quantitatius d’eficàcia que en la millora de la qualitat de les pràctiques. Aquest interès quasi exclusiu pels criteris d’eficàcia creuen que produeix un deteriorament de la qualitat assistencial.

Esmenten que aquesta concepció rendibilista de l’atenció sanitària que estimula l’Administració acaba desfigurant formes de treball professional i adúltera el funcionament dels serveis.” (Departament de Salut, 2006a: 13)

“[Els professionals] Consideren que les polítiques definides des d’una concepció gerencial i administrativa del sistema -despersonalitzada i desprofessionalitzada- són les que condicionen la pràctica professional i les que interfereixen de forma determinant sobre la seva qualitat.” (Departament de Salut, 2006a: 13)

“[Els professionals] Intenten conciliar demandes que sovint són discordants i es troben entre la pressió que prové de l’Administració i, simultàniament, amb la dels usuaris.” (Departament de Salut, 2006a: 15)

I al mateix temps, el professional sanitari es trobarà sovint, per dir-ho així, entre dos focs, tractant de conciliar les demandes de pacients i gestors, que poques vegades van en la mateixa línia.

“[Els gestors] Veuen que les condicions actuals generen desimplicació i malestar en una part significativament ampla dels professionals, però desestimen aquests problemes considerant-los efectes col·laterals d’haver aconseguit una gran cobertura i una suposada millora de l’eficiència del sistema (s’aconsegueix més quantitat d’activitat mesurable, encara que se sap que no d’objectius de salut); per això intenten pal·liar el conflicte potencial intentant posar en marxa polítiques d’incentius.” (Departament de Salut, 2006a: 33)

“[Els professionals] 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 medidora, sinó estratègica: ho transmeten als usuaris que comparteixen gran part dels seus interessos i demandes, i fan una pràctica significativament consistent amb els interessos representats pels gestors, encara que cada vegada la facin amb menys convenciment.” (Departament de Salut, 2006a: 34-35)

“[Els gestors] Mantenen dos interessos centrals a l’hora d’incidir en els processos: l’optimització i l’augment de l’eficiència. Les necessitats i la satisfacció de les persones usuàries no es central, ja que consideren que es produirà com a efecte directe de la millora del tracte (que situen al marge de la durada de la consulta). Així és com les necessitats dels professionals (principalment del personal mèdic) i del sistema esdevenen centrals en el disseny dels processos.” (Departament de Salut, 2006a: 27)

3.2.3. Estructura burocràtica

Pensem ara el que el circuit d’accés al sistema sanitari públic català pot suposar per a un usuari immigrant. Una vegada obtingut el dret teòric a l’assistència sanitària, l’immigrant -i la resta d’usuaris- s’enfronten, per a poder-ho fer efectiu, a un entramat burocràtic complex i no sempre ben explicat per part dels responsables de la seva organització. De manera genèrica, el procés podria ser com segueix: en primer lloc, ha de conèixer quins són els seus drets a nivell d’assistència mèdica i saber que necessita obtenir una Targeta Sanitària i que, per a això, primer ha d’empadronar-se. Per a fer-ho haurà de dirigir-se a l’Ajuntament -ha de, per tant, conèixer on està i que és aquí on ha

d'anar- i dur la documentació necessària -que també ha de conèixer. Després, amb el volant o certificat d'empadronament, ha d'anar al Centre d'Atenció Primària (CAP) que li correspongui -de nou, haurà de saber quin és- i sol·licitar la TSI. Després d'això, se li assigna un metge de família (i un pediatre) i, en cas de necessitar-ho, ha de demanar cita i acudir a ella en el lloc i l'hora indicats, establerts dins d'uns horaris limitats (que sovint coincideixen amb les jornades laborals) i per als quals els temps d'espera poden ser perllongats (o, en tot cas, relativament impredecibles). Freqüentment, el metge de família indicarà proves diagnòstiques, que haurien de sol·licitar-se i realitzar-se, de vegades, fora del CAP. El pacient també haurà de saber quan recollir per sí mateix els resultats i quan se li envien directament al seu metge, per al qual haurà de sol·licitar una nova cita. En altres ocasions, el metge de família el derivarà a un especialista, situat en el mateix centre, en un altre o en un hospital i aquest, al seu torn, sol·licitarà més proves complementàries. Els uns i els altres oferiran explicacions -de les dificultats en aquest punt parlarem més endavant-, indicaran tractaments -és a dir, expediran receptes, per a fàrmacs que cal comprar, i pagar, a la farmàcia, duent, a més, la TSI- i donaran indicacions respecte a com prendre'ls. A més, inclouran recomanacions quant a dieta, exercici o altres hàbits de vida. I tot això en un temps rècord: menys de deu minuts de mitjana en les consultes de primària.

Explicat així, el procés en el seu conjunt sembla una carrera d'obstacles, sobretot si es té en compte que els immigrants poden no dominar l'idioma i no sempre estan familiaritzats amb la nostra complexa organització sanitària, encara que, també és cert que la situació de desconcert, les dificultats de maneig i els problemes de comunicació no són tampoc aliens a bona part de la població autòctona, socialitzada ja en aquesta estructura burocràtica. De fet, quan se'ls pregunta, aquesta complexitat en l'estructura és un dels factors que més ressalten els usuaris autòctons.

Pel què als immigrants es refereix, els sistemes sanitaris dels seus països d'origen (encara corresponent a la biomedicina) poden tenir funcionaments molt diferents i és fàcil també que comparin aquestes complicacions amb l'atenció generalment desburocratitzada que ofereixen algunes ONGs. Resulta difícil d'entendre també el lapse de temps (de vegades alt) que intervé entre la sol·licitud de la consulta i que aquesta es porti a terme, la realització de les proves o la derivació a l'especialista, en contrast, sobretot, amb el poc temps disponible una vegada que es troba en la consulta (encara que en això darrer tampoc difereix tant amb la resta de la població).

Tot aquest procés burocràtic, juntament amb la sensació de dubte, desconeixement i desprotecció poden limitar l'accés efectiu dels immigrants als serveis de salut. Serà freqüent que difereixin en tant que sigui possible el moment d'acudir al metge i, quan ho facin, triïn de preferència els serveis d'urgències, més coneguts i on l'assistència és immediata i *in situ* en totes les seves fases. Com ja s'ha dit, això implica, d'una banda, que l'atenció a la seva salut no sempre serà la més desitjable (pel retard a sol·licitar la consulta i per les limitacions pròpies dels dispositius d'urgències per al seguiment a llarg termini o les mesures preventives), però, per una altra, també es contribuirà a un funcionament poc adequat dels serveis, a la prolongació de la situació de desconeixement i, freqüentment, a la generació en els professionals sanitaris i la resta

dels pacients, de prejudicis relatius a una població que sembla fer un mal ús -percebut fins i tot com un abús- dels recursos sanitaris⁵⁷.

Es fa necessari, per tant, insistir en la realització d'activitats d'informació de la població immigrant respecte a la manera i criteris de funcionament dels serveis: quins són els seus drets, quan i com acudir al metge, on fer-ho a cada moment, quin tipus d'atenció és esperable i justificable en cadascun dels serveis, etc⁵⁸. I, al mateix temps, educar a tot el conjunt de la població respecte al dret que els assisteix a una atenció sanitària de qualitat (a tots), però també en l'ús responsable dels recursos.

Finalment, aclarir, per a evitar malentesos, que reflexionar sobre aquestes mancances o punts febles del sistema sanitari no implica que no es reconeguin les seves forteses i que es valori com un dels millors del món, amb una cobertura de prestacions molt àmplia, assistència gairebé universal i un elevat nivell de formació dels seus professionals. Es tracta, ni més ni menys, que de defensar el nostre sistema sanitari amb la mateixa convicció amb la qual es defensa que pot millorar.

3.3. FACTORS RELACIONATS AMB LA TRADICIÓ CULTURAL

Al llarg del text s'ha anat esmentant reiteradament l'existència d'elements lligats a la cultura que influencien el procés d'atenció a pacients immigrants i pertanyents a grups minoritaris. L'abordatge que es realitza d'aquestes qüestions en les diferents disciplines que les tracten, des del nostre entorn, és variat i desigual: és freqüent (encara que no ocorri sempre) que en les publicacions de tall biomèdic, sobretot (però ni de bon tros en

⁵⁷ Cal assenyalar, respecte a això, que estudis referits als motius de consulta a urgències senyalen que fins a un 37% del total de pacients (de tots) que acudeixen no presenten patologies que justifiquin la consulta urgent (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)

⁵⁸ Existeixen diferents documents editats per organismes oficials per a servir d'ajuda als immigrants en el procés d'empadronament i accés a l'atenció sanitària, encara que la seva difusió és limitada. Destaquen, en l'àmbit català, la publicació *El sistema sanitari: Fuente de salud. Cuaderno sobre el sistema sanitario para inmigrantes extranjeros* (Diputació de Barcelona, 1997), la *Guia informativa d'accés a la Sanitat Pública* (Ajuntament de Barcelona, 2007) o la *Guia d'acollida a població immigrant* de la Generalitat de Catalunya (2007), aquestes dues últimes penjades a la web i disponibles en diversos idiomes.

exclusiva) en les més biologicistes es parli de “xoc cultural”, “barreres culturals”, “dificultats derivades de la idiosincràsia dels immigrants”, etc. En la majoria d’aquests treballs no se sol fer una anàlisi crítica d’aquestes afirmacions i allò habitual és que la diferència cultural s’abordi tan sols des del punt de vista del pacient: “la cultura”, percebuda o suposada com a exòtica, curiosa o estranya i poc adaptativa, radica exclusivament en el pacient i se solen obviar els posicionaments culturals i ideològics del personal, de la resta dels usuaris i els fonaments culturals en els quals descansa l’estructura del sistema sanitari i les conductes i expectatives dels professionals que hi treballen. Des de l’Antropologia, l’errada és moltes vegades (encara que tampoc no sempre) la inversa, la focalització en els continguts culturals (en el millor dels casos dels uns i els altres) però la menor atenció al context en el qual té lloc la relació terapèutica i, més encara, el desconeixement de la distància que en ocasions media entre les condicions en les quals el professional desenvolupa el seu treball i en les quals seria desitjable que el realitzés. Desconeixement també d’alguns aspectes del funcionament del sistema sanitari, de què en ell respon a criteris biològics o mèdics, què als paràmetres de la cultura que ho ha definit o a criteris administratius, d’operativitat o d’altra índole, de vegades aliena als seus objectius d’assistència. I, sobretot, en quina mesura aquests aspectes es creuen i es fan, en ocasions, molt difícils de distingir. Quan, per citar un exemple ja clàssic de dificultat, l’obligatorietat que només un acompanyant romanguí amb el pacient en els hospitals respon a criteris mèdics de necessitat d’aïllament biològic (per a evitar contagis i contaminacions a ell i a aquells amb els quals comparteix habitació o planta) i quan a la limitació física d’espai, a la necessitat de reduir el soroll i a vetllar per la comoditat de la resta dels pacients i dels professionals, i quan, també, a criteris més relacionats amb la manera en la qual s’entén la individualitat, en els quals la malaltia la pateix només la persona i no el seu cos social. En l’un i l’altre cas, és necessari prestar molta atenció a l’abast de les afirmacions que es realitzen, per als immigrants, per a la resta de la població i per al manteniment i adequat funcionament d’un sistema sanitari públic i universal.

Vegem alguns exemples d’elements definits per la tradició cultural de pacients i professionals que poden tenir rellevància en el procés assistencial i en la relació metge-pacient⁵⁹.

3.3.1. Comunicació metge-pacient

La relació que s’estableix entre el pacient i el personal sanitari que l’atén constitueix un model d’interacció social en el qual cadascuna de les persones que intervé aporta a la relació el seu bagatge cultural, les seves experiències i expectatives personals. La trobada terapèutica no es refereix exclusivament a dues persones, la relació s’estableix entre dos rols: el del metge (o personal sanitari) i el del malalt (o usuari), que tenen coneixements i graus de poder molt diferenciats i que són portadors de cultures diferents, en ambdós casos molt més àmplies del que estrictament correspondria a la ciència mèdica.

⁵⁹ Aclarir que la divisió temàtica que es presenta a continuació està justificada tan sols per la intenció de facilitar l’anàlisi. Se’n poden fer d’altres igualment adequades.

Els pacients autòctons tenen entre les seves principals demandes la millora en la comunicació metge-pacient⁶⁰ i el reconeixement de la seva condició de subjecte de drets. En el ja esmentat informe del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2006a) sobre les percepcions de professionals, gestors i usuaris sobre el sistema sanitari, aquests últims assenyalen que la interacció té dèficits i demanen informació comprensible sobre el seu estat de salut, l'itinerari terapèutic i el funcionament del sistema, els seus drets i obligacions. Els professionals, per la seva banda, semblen valorar desigualment la informació privilegiada als usuaris, entenent que pugui ser important per a la seva satisfacció però no necessàriament ho és per a la pràctica clínica correcta, entesa en aquest cas com a eficàcia terapèutica.

“[Els usuaris] Aprecien, en conseqüència, que el reconeixement de l'usuari com a persona i com a agent competent, la seva consideració ètica, moral i política com a persona, el seu reconeixement com a interlocutor, no sempre està garantit pel sistema. Denuncien críticament la manca de credibilitat davant els professionals, aspecte que es relaciona amb la seva deslegitimació.

Reconeixen, al mateix temps, altres aspectes del comportament dels professionals sanitaris com: el compromís, la responsabilitat, la competència, la consideració, la bona disposició, la modèstia, la confiança o l'empatia. Valoren altament que es confereixi credibilitat a les aportacions experiencials de l'usuari respecte a la vivència de la seva situació de salut.” (Departament de Salut, 2006a: 7)

“[Els usuaris] Demanen i necessiten informació sobre el seu estat de salut, que sigui entenedora i comprensible, incloses les conseqüències que se'n deriven, tant pel que fa als seus efectes com a les accions que hauran de desenvolupar.” (Departament de Salut, 2006a: 7)

“[Els usuaris] 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, 2006a: 8)

“Es produeix una tendència creixent en els usuaris a expressar la voluntat de prendre part activa en les decisions que afecten la seva salut. Majoritàriament, no es conformen amb assumir automàticament les prescripcions que tant el coneixement professional com les exigències sistèmiques els imposen.” (Departament de Salut, 2006a: 10)

“[Els professionals] Expliquen la condició de la relació entre professional i usuari per les condicions de l'exercici de l'activitat, la pressió, l'agenda, el volum de demanda i -amb freqüència- pel desenvolupament dels rols adscrits a cada tipus d'activitat professional.” (Departament de Salut, 2006a: 15)

“[Els professionals] Desitgen que les persones usuàries tinguin una competència igual a la seva per entendre la informació. Valoren de manera desigual la informació privilegiada que té l'usuari sobre allò que li passa. Tots veuen que la relació és la clau per generar satisfacció en els usuaris, però no tots veuen que sigui imprescindible per a una bona pràctica (p.e. per l'eficàcia terapèutica o l'eficiència) en tots els casos.” (Departament de Salut, 2006a: 37)

Així doncs, quan la relació té lloc en un mitjà marcadament intercultural, es troben, a més, diferents maneres de veure el món i d'entendre les relacions socials i la comunicació, no sempre coincidents. La relació metge-pacient i les possibilitats reals de

⁶⁰ Encara que seria preferible i més precís emprar l'expressió *comunicació entre personal sanitari i usuari*, es mantindrà la de *metge-pacient* perquè és la que s'utilitza habitualment en la bibliografia especialitzada en el tema.

comunicació entre ambdós es veuran afectades, entre altres qüestions, per les diferències en l'idioma, en els estils de comunicació, els estereotips mutus o les experiències prèvies d'ambdós. Vegem-ho.

Un dels elements que intervé en la possibilitat d'obtenir una atenció de qualitat és l'idioma. Les diferències lingüístiques entre l'usuari i els professionals que exerceixen en l'àmbit de la salut (no només mèdics, sinó també personal d'infermeria i administratiu) limiten l'accés al sistema sanitari i compliquen el maneig dintre d'ell. Limiten l'accés perquè restringeixen la capacitat -en aquest cas, de l'immigrant- per a accedir a la informació respecte als seus drets en aquesta matèria, per a efectuar els tràmits necessaris i per a sol·licitar l'atenció. I compliquen el maneig perquè, encara que s'hagi aconseguit accedir, la capacitat de comunicació sol ser menor, amb el que existeixen menys possibilitats que el pacient pugui transmetre la seva demanda i que compregui correctament els missatges terapèutics, amb les conseqüències, a nivell mèdic, que ja s'han anat esmentant. Quan les possibilitats de comunicació no són bones es produeix amb freqüència un canvi en la manera en la qual es transmeten els missatges i, per tant, en la manera en la qual són percebuts pel pacient: és habitual que el professional tracti de millorar la comunicació a força de simplificar el missatge tot el possible, amb el que, freqüentment, la manera en la qual es dona la informació és més simple, podria dir-se fins i tot que més infantil o, també, tot el contrari, més directa i dura, el que pot ser fàcilment percebut pel pacient com a una agressió. La comunicació es torna més difícil perquè la capacitat per a introduir matisos, indirectes que suavitzin la relació o bromes i missatges empàtics que la facin més agradable i propera pot disminuir considerablement. A més, les diferències lingüístiques, que fan més lenta i dificulten el curs de la consulta, contribueixen, com ja s'ha explicat, a deixar al clínic i a la resta dels pacients una sensació que es tracta d'usuaris que compliquen, entorpeixen i consumeixen més temps i recursos, al que caldrà afegir la incertesa del professional respecte a estar assolint els seus objectius, la frustració de no disposar dels mitjans necessaris per a fer-lo i, per part del pacient, la desconfiança cap al sistema sanitari i el metge concrets.

“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)

L'ús de traductors o intèrprets està poc regulat en el nostre sistema sanitari⁶¹ i la seva figura es confon, sovint, amb la del mediador cultural i l'agent de salut⁶². A més, encara

⁶¹ A més de diferents iniciatives en centres de salut i hospitals concrets, la Generalitat de Catalunya ha habilitat un servei telefònic denominat *Sanitat Respon* (902111444) en el qual, a més de diverses orientacions a personal mèdic i usuaris, existeix la possibilitat de proporcionar traductors. No obstant això, el nombre limitat d'aquests i el seu horari de treball fa que la seva disponibilitat real no sigui gens ampla, que moltes vegades la seva intervenció sigui telefònica i, quan acudeixen al centre sanitari, puguin

que la seva ocupació generalment millora la comunicació, és necessari que tant el personal sanitari com el propi intèrpret coneguin bé les peculiaritats de l'entrevista clínica en aquests casos i, també, les pròpies característiques de la tasca d'interpretació, per al que ambdós haurien d'estar adequadament formats.

Per altra banda, la influència de la diferència lingüística entre metge i pacient no només es dona quan les llengües d'ús en la consulta són diferents sinó també en dues circumstàncies més. Una, quan la llengua és la mateixa però presenta, entre els qui l'empren, diferències dialectals o, simplement, en girs, expressions o en la construcció de les frases, que puguin dificultar la comprensió mútua, tal com passa, per exemple, amb els pacients llatins que parlen castellà. Una altra, aquella en la qual, encara quan el metge i el pacient són capaços d'emprar el mateix idioma, tenen com a llengua d'ús habitual una diferent (per exemple, el català i el castellà), donant-se, llavors una situació de disglòssia, en la qual la llengua del poder, del prestigi, és l'emprada pel personal sanitari i la que no el té és la que empra l'usuari. Les conseqüències en aquest últim cas no es refereixen només a la capacitat de comunicació entre ambdós sinó, també, a les posicions d'estatus i de poder relatives que es defineixen, en aquest cas, a través de la llengua. En relació amb això, el 2004 es van publicar els resultats d'una enquesta realitzada en centres sanitaris catalans amb l'objectiu de descriure les dimensions de l'ús lingüístic, els factors que ho condicionen i les actituds sociolingüístiques, mitjançant entrevistes a directius i professionals i observació directa dels centres i la documentació que manejava (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consorci Sanitari de Barcelona, Secretària de Política Lingüística, 2004)⁶³. El document no inclou cap referència a la immigració, no s'investiguen els usos lingüístics dels usuaris ni les possibles diferències de perfils d'aquests en els diferents tipus de centres, ni tampoc s'elaboren hipòtesis que tractin d'explicar les diferències trobades en els diferents tipus de centres i Àrees Sanitàries, però s'ofereixen dades interessants que val la pena reproduir⁶⁴. Encara que les xifres d'ús global del català arriben a un 86,7%, el document conclou 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, Secretària de Política Lingüística, 2004: 33)

I aporta una dada significativa:

trigar cert temps en fer-ho, pel que la seva utilitat es veu reduïda, especialment a situacions d'urgències. Algunes ONGs, consolats i ambaixades ofereixen també serveis similars, però no reglats ni sempre professionals.

⁶² El tema de la mediació intercultural i la traducció s'abordaran en propers textos.

⁶³ S'ofereixen dades de criteris d'atenció oral, escrita, de qualitat en l'ús lingüístic i de suport a la formació del personal, desglossats per Àrea Sanitària. En total, es van realitzar 416 entrevistes, 185 a hospitals grans (més de 400 llits), 123 a hospitals petits i 108 a CAPs.

⁶⁴ Destaquen els següents: un 48,6% dels centres no ha adoptat cap criteri sobre ús de llengua en l'atenció oral i en un percentatge molt similar s'atén per defecte en català. El 81% dels entrevistats afirma que canvia a la llengua de l'interlocutor quan aquest empra una diferent (encara que no ho explicita, s'entén que es tracta canvis castellà-català i viceversa) mentre que un 9% no ho fa. No obstant això, tots ells afirmen canviar d'idioma si l'usuari ho demana. En un 63% dels centres la documentació escrita és, per defecte en català i un 5,8% afirma que hi ha una adaptació a la llengua del receptor. La documentació d'ús extern dirigida a “clients” (sic) és en català en un 76,2% i en castellà en un 23,6% (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consorci Sanitari de Barcelona, Secretària de Política Lingüística, 2004).

“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)

Les dades que ofereix el document no permeten deduir el per què d'aquest fet, ni s'ofereix cap hipòtesi temptativa. Entre els aspectes que es conclou que s'han de millorar està el foment de l'ús del català en l'atenció oral, especialment en aquells centres com els de Barcelona ciutat on l'ús és menor.

Ara bé, no totes les qüestions que intervenen en la comunicació es refereixen a les diferències quant a l'idioma sinó també al que s'ha anomenat *estils de comunicació*, o, en altres paraules, la manera considerada correcta en cada context d'establir relacions entre les persones i de transmetre la informació. L'existència de diferents estils de comunicació és un clàssic en els estudis lingüístics i en la Psicologia i d'ells s'han ocupat també, les branques de la Medicina i l'Antropologia interessades en l'estudi de la relació metge-pacient. En aquest tema influiran qüestions com la formalitat de la relació, el grau de concreció amb que s'emeten els missatges, les diferències en l'expressivitat de les emocions i el dolor o la comunicació no verbal, com veurem a continuació.

El tipus de relació que s'estableix amb el metge pot ser més o menys formal dependent de la tradició cultural a la qual pertany l'individu, com de jeràrquica sigui aquesta i el rol que ocupa en ella el metge o la figura equivalent. En el nostre context, com ja s'ha esmentat, la relació ha canviat significativament en les últimes dècades. Fins no fa molt, es tractava d'una relació molt formal i distant, en la qual el metge pertanyia a una categoria superior, i que ostentava poder, tant per la seva posició socioeconòmica (generalment mitja o alta) com per ser posseïdor de coneixements que no estan a l'abast de la resta de la població, que, a més, els precisa. En l'actualitat, la relació, encara mantenint un cert grau de distància i conservant el metge bastant del seu poder, tendeix a ser menys distant: la posició social ja no és tan elevada, la formació en Medicina s'ha obert a sectors socials menys elitistes, existeix més informació de caràcter mèdic a l'abast dels usuaris i hi ha una tendència a entendre el sistema sanitari i al metge com simples prestadors de serveis, entre altres possibles factors. En altres tradicions culturals, la distància entre l'especialista en salut i el pacient pot ser major, determinada tant per la seva posició social privilegiada en la comunitat com per ser posseïdor de coneixements especials, de vegades lligats al plànol sobrenatural, però, per altra banda, tampoc és estrany que l'especialista sigui algú pròxim, amb qui les relacions són múltiples i guiades per l'acompliment de diferents rols, el que, sens dubte, pot canviar la naturalesa de la relació i els papers que en ella es defineixin.

Aquesta distància jeràrquica influirà en la relació que s'estableix entre el metge i el pacient i en els paràmetres que es tinguin en compte per a considerar-la correcta. La correcció de la relació vindrà llavors determinada per variables com la posició social, el gènere i l'edat: el metge no es dirigirà de la mateixa manera a una dona jove que a un home ancià, a un nen o a algú que consideri que té una posició social superior, per molt que ens agradi creure que la relació és igualitària, i tampoc tolerarà segons quines

maneres de dirigir-se a ell en funció de les mateixes variables. En aquest sentit, en la consulta en un mitjà intercultural, en la qual sovint el pacient procedeix d'una tradició cultural en la qual la distància jeràrquica amb el seu metge és considerable i en la qual, al mateix temps, el pacient es pot sentir discriminat, explotat o infravalorat, és important tenir cap a ell detalls que denotin respecte: dir-li de vostè, convidar-lo a seure..., actituds que transmeten al pacient una sensació que se'l respecta, que la seva comoditat importa i no se'l discrimina.

“Son muy importantes los detalles que denoten respeto y aceptación de los inmigrantes y las minorías, ya que estos grupos humanos se sienten con frecuencia rechazados por amplios sectores de la sociedad autóctona y tiene, en general, una baja autoestima (D'Ardenne, 1999); así, por ejemplo, es importante anotar cuidadosamente el nombre del paciente, intentar pronunciarlo correctamente (no siempre es fácil), o tratarle como 'Sr.' como muestra de respeto, algo que en un autóctono se da por supuesto pero desde 'la piel' del inmigrante no está tan claro.” (Atxotegui, 2002: 57)⁶⁵

També caldrà tenir en compte que en determinades cultures tendeix a limitar-se al màxim el contacte físic, sobretot si la persona pertany a determinats grups d'edat i sexe, com els ancians i les dones:

“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 SAPPPIR se ha comprobado que las mujeres 'tapadas' dan la mano a los terapeutas hombres con más facilidad que las mujeres sin pañuelo, seguramente porque se sienten más protegidas, guardando más las distancias entre sexos, y piensan que habrá menos equívocos cuando dan la mano a un hombre estando 'tapadas'.” (Atxotegui, 2002: 57-58)

Però no només influiran qüestions relacionades amb l'edat i el gènere sinó altres com el grau d'importància que en cada cultura es doni a les relacions personals i als termes en els quals tenen lloc. Hi ha cultures, incloses les de segments socials autòctons, en les quals establir relacions interpersonals de qualitat és prioritari -fins i tot per a sobreviure- en qualsevol interacció social, mentre que en unes altres la relació en determinats àmbits pot entendre's com un intercanvi de serveis on no necessàriament ha d'haver un contacte personal estret entre els qui l'estableixen. El significat concret d'una conversa o de la informació que es transmeten metge i pacient ha de ser valorat dintre del context cultural concret al que pertany cadascun i, també, en el context del sistema sanitari. Quin tipus i quina quantitat i en quines circumstàncies i davant qui es pot donar una informació és quelcom que també està influenciat per la tradició cultural. Determinades cultures valoren la concreció i l'estil directe, mentre que en unes altres no és correcte donar la informació directament sinó a través de marrades i en el context d'una conversa més àmplia. Òbviament, no es tracta d'una situació dicotòmica, sinó que és quelcom que estarà mediat també per les característiques de la persona i sobretot, en l'àmbit sanitari, pel tipus de situació que s'estableixi: que un pacient autòcton expressi directament i de la manera més concreta que li és possible la seva queixa o la seva demanda no significa necessàriament que això no li resulti violent o que no preferiria iniciar la conversa amb una xerrada més informal abans *d'anar al gra*; simplement pot ser que conegui i tingui més experiència en el sistema sanitari i sàpiga del temps escàs,

⁶⁵ Dir, és clar, que l'anterior hauria de valer per a tots els pacients, independentment de la seva procedència i característiques socioeconòmiques o culturals.

o pot, també, que conegui al seu metge i aquest, en anteriors ocasions, li hagi fet veure la necessitat de ser concret. Tot i així, l'estil directe, de vegades cru, amb el qual el metge comunica la informació i demana al pacient que expressi els seus símptomes, pot resultar violent i cohibir a pacients de tradicions culturals que valoren la conversa prèvia, el context en el qual es produeix allò que expressaran, el coneixement mutu i les mostres de respecte i senten, també, pudor al comunicar certa informació.

L'expressivitat de les emocions està també intervinguda, en gran mesura, pels patrons que cada tradició cultural estableix com a correctes. El professional sanitari hauria de conèixer que tota tradició cultural i religiosa (inclosa la seva de pertinença) defineix les maneres en las quals és correcte expressar les emocions i el dolor (físic o psicològic): algunes prevaldran la contenció i restringiran l'expressivitat, unes altres, tot el contrari, però sempre dependent d'allò que motiva la reacció i també en funció de criteris d'edat, gènere, posició social i, amb freqüència, rol que s'ocupa en aquest moment concret. L'expressivitat del sofriment que es considera acceptable en una mateixa cultura no necessàriament és la mateixa per a homes que per a dones, per a adults que per a joves o ancians, ni per a aquells als quals se suposa una posició de poder o per als quals no la tenen. Els professionals sanitaris estan acostumats a una determinada manera d'expressar les emocions d'acord amb els paràmetres que es consideren normatius en el grup social i cultural al que pertanyen. En funció d'aquesta expressivitat, coneixent les seves claus, són capaços de fer estimacions sobre la intensitat del dolor que pateix un pacient, el seu grau d'afectació per la malaltia, el seu comportament normatiu o no, etc., però quan s'enfronten a pacients que tenen una expressivitat diferent, aquests paràmetres no sempre funcionen: es pot interpretar com a fredor emocional situacions de contenció del dolor (físic i psicològic) per part d'homes indis o pakistanesos o exageració i teatralitat en la manera d'expressar-lo de dones rrom de Romania, per posar dos exemples. Els seus paràmetres habituals poden deixar de tenir validesa i és necessari que n'estableixi d'altres per a poder interpretar correctament les situacions. En qualsevol cas el necessari de manera més urgent és que sigui conscient d'aquestes variacions, el que generarà actituds més obertes i receptives.

A més, serà necessari també tenir en compte la comunicació no verbal: la postura, el contacte visual, els gestos o, fins i tot, els silencis, estaran en bona part mediat per les normes culturals, de la mateixa manera que la comunicació verbal.

Finalment, com es deia al principi d'aquest apartat, i ja s'ha anat esmentant al llarg del text, a més de les qüestions relacionades amb l'idioma i els estils de comunicació, en la relació metge-pacient influiran també les expectatives i prejudicis mutus i les experiències prèvies. Situant-nos en l'actual context de la immigració, és fàcil comprendre que els pacients puguin sentir desconfiança o recel cap als professionals: tant ells com el sistema sanitari en general formen part de la societat majoritària, una societat que de vegades els rebutja, els explota i pretén expulsar-los. El pacient pot desconfiar de les possibles relacions de complicitat del metge amb les estructures de poder amb competència en immigració i pot témer ser expulsat. I al contrari, la consciència del secret professional pot establir una relació de paral·lelisme amb els sacerdots o líders espirituals i, en una espècie de secret de confessió, el pacient pot explicar-li al seu metge qüestions referents a la seva situació que aquest no contempli com a rellevants per a la consulta o simplement no tingui temps d'escoltar, el que pot

ser interpretat pel pacient com a desinterès. Les reaccions, en definitiva, dependran de multitud de factors, des de la tradició cultural d'origen, el grau d'aculturació, les condicions en les quals s'ha realitzat l'emigració i ha tingut lloc l'adaptació o els processos concrets que motivin la consulta i, òbviament, les característiques personals.

La reacció del metge pot ser també, com ja s'ha vist, variada. Des d'aquells que, conscientment o inconscient, neguen l'existència d'una diferència cultural i, per tant, obvien el paper que pot tenir en la relació, en les diferents fases del tractament i en l'acompliment del mateix, fins, en l'altre extrem, aquells que la posen en primer pla, responsabilitzant-la de tot allò que succeeix a la consulta. No pot negar-se tampoc que el personal sanitari està subjecte a estereotips i prejudicis i també a actituds de racisme franc igual que ho està la resta de la població. La reacció pot orientar-se també cap al paternalisme, assumint el professional que la diferència col·loca al pacient en una situació de desprotecció. Els pacients es queixen sovint també d'una falsa complicitat d'alguns professionals, aquells que volent minimitzar la diferència i les dificultats que se li poden associar tracten de fer veure els seus coneixements sobre la realitat social i cultural del pacient, recurrent sovint a estereotips que, sense pretendre-ho, poden resultar ofensius o simplement absurds. No és un tema gens fàcil, i, no obstant això, pot ser central en la relació. El professional pot, a més, sentir-se insegur per ser conscient que pot no entendre del tot ni l'idioma ni la cultura ni les condicions de vida del pacient o, fins i tot, algunes situacions clíniques, de manera que és possible que prengui una actitud defensiva. La seva reacció pot estar també mediada per les circumstàncies sovint difícils en les quals exerceix la seva professió, de tal manera que, en ocasions, el pacient d'origen estranger o pertanyent a grups minoritaris passa a ser vist com algú que dificulta el procés i fa més difícil encara l'exercici.

3.3.2. Xarxes socials i de suport

L'emigració, com ja s'ha dit reiteradament, implica moltes vegades la separació de la xarxa social i familiar de la qual es disposava en origen, amb el que es perd el contacte estret amb persones i circumstàncies que constituïen els referents en els quals s'ha basat la personalitat i la forma de vida del pacient. Això, juntament amb els canvis de rols que imposa en ocasions el procés migratori entre els qui l'emprenen (incorporació de la dona al treball, paper destacat dels fills menors que manegen millor l'idioma, etc.), impliquen, com també s'ha dit, un increment del risc d'aparició de patologia psicològica, però també, sovint, un empitjorament de les condicions de vida (dèficits en l'alimentació, en la recepció de cures durant la malaltia o en la prevenció de la mateixa).

L'aïllament es produeix també, freqüentment, pel que fa a la societat d'acollida. Així, la situació de marginació en la qual viuen alguns o les dificultats d'integració que pateixen la majoria limita la seva incorporació a noves xarxes de població autòctona, persones que per la seva posició en la societat majoritària constitueixen un valuós capital social, en la mesura en la qual poden proporcionar recursos de molt diversa índole: informació (sobre tràmits legals, recerca de treball, accés al sistema sanitari,...), recursos econòmics (préstecs, treball,...), suport psicològic (interès per la seva vida aquí i allà, respecte i reconeixement al seu esforç,...), etc.

Ara bé, no es pot perdre de vista que les situacions d'aïllament total no són les més freqüents, ja que l'immigrant sol triar la destinació per diferents criteris, entre ells, la presència de persones de la seva família o lloc d'origen. Aquesta xarxa social proporcionarà un suport inestimable en molts sentits: psicològic (suport afectiu de la família amb la qual es conviu o es té a prop, notícies del seu lloc d'origen, persones amb les quals compartir les seves circumstàncies actuals de vida...), informació (els que duen aquí més temps poden proporcionar indicacions sobre tràmits i drets, per exemple), recursos econòmics (en forma de préstecs, treball, possibilitat de compartir l'habitatge o posar-lo a nom d'algú amb *papers*...), i d'altre tipus (persones que cuiden als fills mentre es treballa, que s'ocupen de tràmits administratius...) i, també, ajuda en relació amb la salut, ja sigui per a la prevenció (persones que s'ocupen de la higiene i l'alimentació, que proporcionen consells sobre seguretat en el treball...) o quan apareix la malaltia (membres de la xarxa social que acompanyen a la consulta o durant l'hospitalització, que fan de traductors, cuiden al malalt o atenen a fills o familiars mentre es recupera, que proporcionen diners o menjar mentre no pot treballar, etc.).

D'acord amb això, s'ha defensat que afavorir els processos de reagrupament familiar i l'associacionisme de persones immigrants tindria efectes positius en la seva integració social i en la seva salut (Atxotegui, 2002). Altres autors, com Kaplan (1998) ha ressaltat també la importància de l'associacionisme en el manteniment de la cultura i les estructures socials d'origen:

“Es realmente difícil separar aspectos sociales que afectan ámbitos religiosos, de otros aspectos más convencionales que se refieren a la readaptación funcional de los migrantes. En este sentido, parece existir una cierta tendencia, aunque no generalizable, a constituir asociaciones donde los aspectos territoriales y étnicos substituyan la disponibilidad de una amplia red de parentesco en origen. Las asociaciones no son de carácter religioso, pero ofrecen un marco cultural específico, que ayuda a conformar una cierta estructura social propia en destino.” (Kaplan, 1998: 127)

“Estas asociaciones sirven de apoyo a quienes han llegado recientemente e intentan ofrecer información sobre temas relacionados con permisos de residencia y trabajo, contratos laborales, reagrupación familiar, y facilitan en la medida de lo posible la tramitación de distintas solicitudes, particularmente entre aquellos que no saben leer ni escribir.” (Kaplan, 1998: 127-128)

“Las mujeres tienen su propia asociación, Musu Kafo, cuyos miembros mayoritariamente son mujeres mandigas y cuyo ámbito territorial abarca toda Cataluña. Las funciones de esta asociación son distintas a la de los hombres, ya que sirve de red de apoyo a las demás mujeres, especialmente a las madres primerizas, y es la encargada de la celebración de rituales específicos, como los bautizos (*kulyó*), y de la preparación de festejos, como el *tobaski* y la fiesta de la independencia (*independango Lungo*), el 18 de febrero. Es decir, que son las mujeres quienes han asumido responsabilidades reproductivas culturales, de carácter intraétnico, mientras que los hombres se ocupan más de cuestiones administrativas y políticas, cuya cobertura afecta ámbitos públicos interétnicos.” (Kaplan, 1998: 128)

A tot això, caldria afegir, que el suport a l'associacionisme necessàriament hauria d'anar unit a la promoció de la participació social en tots els àmbits i a la formació de xarxes pluriculturals, que evitin la consolidació de l'aïllament i la incomunicació social i afavoreixin els processos d'adaptació.

3.3.3. La persona: components, rols i individualitat

Components de la persona

Cada cultura ha elaborat una cosmovisió, una manera d'entendre el món, que li és pròpia i que inclou, entre d'altres, la definició de persona, els elements que la constitueixen i el paper que ocupa en la societat. La tradició judeocristiana, per exemple, ha distingit tradicionalment entre cos i ànima i la biomedicina ha establert una manera concreta de definir els components del cos i la seva manera de funcionament. Altres cultures, no obstant això, manegen concepcions diferents, com els ndowé de Guinea Equatorial, descrites en el ja esmentat treball de Fons (2004) i que prendrem com exemple-base en aquest apartat⁶⁶. Per a aquest grup humà, els components de la persona inclouen una part visible i una invisible que la conformen i la doten de determinades qualitats o capacitats i, al mateix temps, es relacionen amb la malaltia i amb la manera que caldrà actuar per a tractar-la. Així:

“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, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

“Según la conceptualización ndowé, todo el mundo tiene *muendi* (espíritus) en su cuerpo. Pero hay dos clases de *muendi*: los que ya hemos visto que aportan ciertas habilidades a la persona y otros que pueden ocasionarle algún daño, es decir, le pueden provocar alteraciones en su cuerpo. A los primeros se los debe conservar, en cambio, los otros que hacen enfermar son considerados malos espíritus que deben extraerse del cuerpo: especialmente el *mabambu* que produce locura, el *melogo* que anula todas las constantes vitales, el *meñambe* que alarga todos los músculos y otros que provocan ataques o convulsiones.” (Fons, 2004: 48, les cursives són seves)

Les diferències es troben també quant a la formació de la persona durant l'embaràs, a les forces que hi intervenen i el paper que juguen cadascun dels progenitors. En l'exemple dels 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

⁶⁶ Les descripcions extenses d'elements culturals de diferents grups i també dels aspectes claus de diverses pràctiques mèdiques allunyades de la biomedicina es justifiquen per la intenció de mostrar la varietat i riquesa d'interpretacions i, també, per la seva rellevància per als professionals sanitaris.

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 vivos⁶⁷.

Cuando el hombre *deja ir agua* (semen) al entrar en contacto con el fruto, fecunda a la mujer, y esta agua transporta un espíritu, un principio de vida (*edimo*), que se nutrirá del fruto de la madre durante todo el periodo de gestación. Con el contacto del agua del hombre, comparable a la savia del árbol o de la planta, en el fruto de la mujer aparece una mancha blanca. Esta mancha blanca es el bebé. Es cuando se forma *dyemi* (embarazo), en *edyai* (matriz), que significa ‘algo que puede producir, algo que puede dar frutos’. La nueva vida se forma en *edyai*, que está conectado con el *ibumu* (‘vientre’, a veces denominado en castellano por los ndowé como ‘el saco’). Por esta razón exist toda una serie de prescripciones y prohibiciones alimentarias durante el embarazo y se practican lavativas por el ano para limpiar a la criatura.” (Fons, 2004: 95, les cursives són seves)

“El feto se forma con dos sustancias: el agua y la sangre. El hombre aporta el agua, que es el semen (*homo*) y la mujer la sangre (*machia*). En ndowé, *mbanga* es el principio de la vida hasta los tres o cuatro meses. *Mbanga* no tiene hueso, es todo líquido, ya que está formado por el agua del padre y la sangre de la madre y cuando la carne empieza a formarse deja de ser *mbanga* para convertirse en *moana* (niño). (...)

Durante el embarazo, los dos progenitores colaboran en la formación del feto: la madre aporta la sangre y el padre el agua (semen). Estas dos sustancias son imprescindibles para dar vida y desarrollar el feto. Mientras el padre colabora en la formación de los huesos del niño (asociados al color blanquecino del semen), la mujer aporta la sangre, que formará más tarde la carne. Así pues, es a través de las relaciones sexuales que el padre alimenta a la criatura. De aquí que durante estos meses sea fundamental la aportación periódica de esperma paterno. Si una mujer no mantiene relaciones sexuales, el feto no podrá desarrollarse con normalidad, y podría nacer con los huesos blandos o huecos.” (Fons, 2004: 96, les cursives són seves)

Aquestes creences influiran en gran mesura en els comportaments i pràctiques respecte a la fertilitat i la reproducció i, paral·lelament, condicionaran l’atribució causal que es faci de les malalties que apareixen en aquests períodes i els procediments que, tenint en compte la causa, estan indicats per a tractar cada disfunció. Així, per als 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 perjudicar a la criatura en el momento del parto, ya que la podría ahogar. A partir este momento, la embarazada ya no debe mantener relaciones sexuales, no debe *ensuciar* a la criatura, pues para una mujer ndowé es una vergüenza tener un parto *sucio*. Por esta razón la mujer *limpia su interior* ya desde el principio del embarazo. Se baña en el río y se frota el vientre (*ibumu*) con arena o con una piedra de mar, para mantener limpio su vientre de toda suciedad (en parte provocada por la alimentación y por las relaciones sexuales prescritas) y evitar que se acumule en exceso en su interior durante todo el embarazo. Aunque, es a partir de los ocho meses, ya sin miedo de un posible aborto, que realiza numerosas lavativas para limpiar definitivamente su interior.” (Fons, 2004: 97, les cursives són seves)

“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,

⁶⁷ Sens dubte, es tracta d’una informació útil per als professionals en el moment d’elaborar la història clínica d’una pacient.

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)

Les diferències quant a l’atribució de la qualitat de persona influeixen també en l’actitud cap a la mort. Segons Kaplan (1998):

“(…) Como decíamos en la primera parte, un niño no es considerado ‘persona’ hasta que es bautizado, se le impone un nombre y es aceptado por la comunidad como un nuevo miembro, al séptimo día. Esta ceremonia recibe el nombre de *ñyamboo* y forma parte de la tercera fase, la de agregación, del ritual del nacimiento. Cuando un niño fallece antes de ser bautizado, se le da el nombre de *atambitah*, que podríamos traducir como que ‘ha pasado de largo’, y es enterrado sin plegarias en algún lugar del bosque por la abuela o la *ding-mutalaa*, la comadrona tradicional. Sin embargo, cuando un niño muere después del *ñyamboo*, es decir que ya tiene entidad de persona, recibe el nombre de *afaatah*, es bendecido con plegarias y enterrado en el cementerio de la comunidad.” (Kaplan, 1998: 151, les cursives són seves)

Poden posar-se encara més exemples. La Medicina Tradicional Xinesa -que habitualment continuen practicant els immigrants xinesos a Catalunya, fins i tot en detriment de la Medicina occidental- es basa en la consideració que l’ésser humà constitueix una unitat en sí mateix i amb l’Univers. Els principis fonamentals en els quals es basa són, de manera molt resumida, la Teoria del Yin-Yang i dels Cinc Elements. Com sabem, la Teoria del Yin-Yang afirma l’existència en tot fenomen de la Naturalesa de dos pols oposats, el yin i 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)

Aquesta teoria serveix per a explicar els processos estructurals i fisiològics bàsics del cos humà:

“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)

Per la seva part, la Teoria dels Cinc Moviments explica els elements constitutius bàsics de la matèria i les relacions que existeixen entre ells:

“[Teoria dels 5 Moviments] 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)

A més a més, es descriuen un seguit d'elements que constitueixen els òrgans del cos i que regeixen el seu funcionament:

“Jing (Esencia), Qi [Energía], Xue (Sangre), Jinye (Líquidos) y Shen (Espíritu), son los elementos básicos imprescindibles para la actividad funcional de los ZangFu, y a la vez, son también productos de la actividad funcional de los mismos. Por tanto, existe también entre éstos, una interrelación de mutua génesis, y es por esto que, tanto en la fisiología como en la patogenia, están interrelacionados, pudiendo afectarse mutuamente como consecuencia de la alteración de cualquiera de ellos.” (Lafuente et al., 2006: 115)

I és especialment important la procedència que s'atribueix a cadascun dels elements:

“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)

Tenint això en compte podrem comprendre millor situacions freqüents en les consultes com el fet que els pacients d'origen xinès comencin moltes vegades la descripció dels seus símptomes fent referència a elements considerats, sovint, intranscendents per al professional de la biomedicina: al·ludiran, per exemple, al nombre de germans que té i el lloc que ocupa entre ells (fent referència al ‘Cel Anterior’, a tot allò adquirit a través de la mare), a la seva dieta (‘Cel posterior’) o mostraran la seva preocupació per la contaminació de l'aire (respiració: ‘Cel posterior’).

Vegem, ara, el paral·lelisme d'aquesta manera d'entendre la fisiologia humana amb la qual estableix l'Ayurveda, sistema mèdic procedent de l'Índia i els fonaments de la qual segueixen -encara que amb grans variacions entre uns grups i altres- immigrants procedents de l'Índia i Pakistan:

“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, les cursives i les negretes són seves)⁶⁸

“Los cinco elementos se condensan en las tres *doshas*: *vata*, *pitta* y *kafa*, que son en realidad aire, fuego y agua respectivamente. *Vata* es el principio de energía cinética del cuerpo. Está relacionada sobre todo con el sistema nervioso y regula todo el movimiento del cuerpo. *Kafa* es el principio de energía potencial, que regula la estabilidad y lubricación del cuerpo. Los tejidos y desechos corporales que *vata* mueve de un lado a otro son competencia de *kafa*. *Pitta* regula el equilibrio en el cuerpo de las energías cinéticas y potencial. Todos los procesos de *pitta* suponen digestión o ‘cocción’, aún cuando se trate de cocer pensamientos para elaborar teorías. Los sistemas enzimático y endocrino son los principales campos de actividad de *pitta*.” (Svoboda, 2003: 35-36, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

Igual que en la Medicina Tradicional Xinesa, aquestes tres forces procediran, entre d’altres, de les influències materna i paterna i la seva combinació defineix la constitució de cada individu:

“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

⁶⁸ La inclusió de fonts bibliogràfiques destinades a la seva lectura per occidentals (en el cas de la Medicina Tradicional Xinesa, elaborats per professionals de la biomedicina) no respon, com sol passar, a un intent de dotar de lògica científica a aquests sistemes mèdics, descrivint-los des de l’òptica dels seus paral·lelismes o explicacions des de la biomedicina. Es tracta, més aviat, d’una doble intenció: d’una banda, mostrar precisament aquesta tendència per part de la biomedicina i, per una altra, fer comprensibles aquests sistemes mèdics per al lector no especialitzat (i més familiaritzat amb les nostres estructures biològiques que amb les pròpies d’altres latituds).

se pueden alterar de manera permanente. Nos guste o no, la constitución, como los genes, es para toda la vida.” (Svoboda, 2003: 57-58, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)⁶⁹

Així mateix, la quantitat de cada *dosha* al cos depèn –també com en la Medicina Tradicional Xinesa- de l’alimentació, que podrà doncs tenir efectes beneficiosos, perjudicials o terapèutics sobre l’organisme:

“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, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

Els aliments digerits adequadament donen forma i permeten la funció del cos i de la ment:

⁶⁹ La constitució s’estableix tenint en compte les característiques, en funció de les tres *doshas*, de: l’estructura corporal, el pes, el color, aspecte i característiques de la pell, la suor, el cabell, les ungles, els ulls, la boca, l’apetit, el desdejuni, la digestió i l’evacuació, la menstruació, les preferències climàtiques, l’instint sexual, la força i resistència físiques, el pols, la son, els somnis, les qualitats vocals, l’emoció característica, els trets de la personalitat, la manera d’expressió predominant, la ment, la memòria i l’estil de vida (Svoboda, 2003: 64-93).

“Existen ocho tipos de constitución posibles: V, P, K, VP, PK, VK, VPK, y equilibrado.” (Svoboda, 2003: 61) [La denominació de les constitucions correspon a l’abreviatura, efectuada per l’autor, de cadascuna de les doshas]

“La comida digerida nutre tanto al cuerpo como a la mente y da fuerza y soporte a *ahamkara*⁷⁰ y su querida personalidad. El ayurveda divide todos los tejidos corporales en siete grupos denominados *dathus*, siendo un *dathu* todo aquello que da firmeza⁷¹. 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, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

Però l'alimentació no serà l'única influència sobre l'organisme:

“*Prana* es la fuerza vital, equivalente al *chi* o *ki* [Qi] de la medicina oriental. Enhebra el cuerpo, la mente y el espíritu en una única hebra de aliento, como perlas en un hilo, y los hace vivir, actuar de concierto como un único organismo. *Tejas* es la fuerza de la transmutación, que da lugar a que el cuerpo, la mente y el espíritu se influyan mutuamente a pesar de sus distintos planos de existencia. *Ojas* es la manifestación más sutil de la fuerza de la inmunidad, lo que constituye la individualidad, la cola que cimenta la unión entre esas piezas e integra el Yo. *Prana*, *tejas* y *ojas* unen el cuerpo, la mente y el espíritu.” (Svoboda, 2003: 199, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

Així, no podrà estranyar-nos l'enorme importància que els pacients que tenen com a referència els principis de l'Ayurveda li donen a la seva dieta, la seva insistència en descriure-la en la consulta, a detallar la freqüència i característiques de les seves deposicions i la seva estranyesa quan no se'ls mesuri el pols o els tractaments no són individualitzats i tenen fàrmacs i no aliments com a base (Svoboda, 2003: 105-122).

Com és obvi, no hauria de ser necessari senyalar que els pacients, habitualment, no arriben a les consultes (o a les entrevistes amb els antropòlegs) mostrant aquest corpus de coneixements, que no sol estar al seu abast, com tampoc ho està, per a la majoria dels pacients autòctons, les bases fisiològiques de l'ésser humà que estableix la biomedicina. Es tracta tan sols de situar alguns possibles comportaments i creences en el conjunt de la

⁷⁰ “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, les cursives són seves)

⁷¹ Els *dathus* són: rasa (líquids titulars), sang, greix, os, medul·la i Shubra (fluids sexuals) (Svoboda, 2003: 133-134).

cosmologia i la visió del cos humà en la qual troben la seva explicació. I serà necessari que el professional sanitari conegui, no tant el contingut concret d'aquestes creences, quelcom que òbviament s'escapa a les seves possibilitats, sinó la seva mateixa existència, el seu paper en la vida quotidiana de les persones i en les conductes relacionades amb la salut. Encara que no sàpiga exactament en què consisteixen, saber que existeixen, que cada poble té les seves, en una immensa varietat, i ser conscient de la rellevància que tenen li permetrà explorar-les amb naturalitat, conèixer fins a quin punt són o no compatibles amb la seva pràctica clínica i en quina mesura poden adaptar-se a aquesta -quelcom possible en la majoria dels casos-, el que redundaria en una millor atenció dels seus pacients i en la reducció del risc d'abandonament de les indicacions i els tractaments. Al cap i a la fi, les creences religioses, les conviccions ideològiques, els valors que seleccionen la nostra actuació i fins i tot la nostra percepció, els prejudicis i estereotips -tantes coses que escapen a la constatació científica- estan absolutament arrelades en la cosmovisió de la nostra pròpia societat i en cadascun de nosaltres, el personal sanitari inclòs. La base del canvi d'actitud és precisament el reconeixement d'aquests continguts i biaixos culturals en nosaltres mateixos i en el nostre medi i, a partir d'aquí, el pas de comprendre a altres pobles és possible i més fàcil.

Separació ment-cos

A més de pel que fa a la manera d'interpretar el funcionament del cos existeixen també diferències en la consideració de la separació ment-cos. En la tradició occidental (en la seva versió actual més estesa) aquesta separació es manté de manera bastant estricta i fins i tot influeix clarament en la manera d'organització dels serveis sanitaris i en la consideració que aquests atorguen als diferents quadres patològics. En altres cultures, aquesta separació no existeix o no és tan marcada, per la qual cosa la Psiquiatria Transcultural s'ha afanyat a assenyalar, per exemple, una tendència entre els membres d'altres tradicions a dur al cos els símptomes de la ment, a somatitzar les manifestacions psicològiques. Desconèixer aquests fets durà, com hem vist, al risc de tractar de buscar una explicació en termes de malaltia somàtica al que no és sinó una expressió de malestar psicològic que respon a una manera de conceptualitzar el cos diferent a la qual maneja la biomedicina.

En definitiva, la manera d'entendre el cos i la ment de la Medicina occidental és una i no necessàriament l'única, ni en cadascun dels seus enuncisats necessàriament la més correcta, per molt que aquesta afirmació pugui molestar a part del sector i per molt també que no es deixi de reconèixer la innegable utilitat social que aquesta interpretació ha tingut per a les poblacions humanes al llarg de la Història. Existeixen altres models mèdics ben establerts que han demostrat la seva capacitat per a complir el paper per al qual van ser dissenyats en cada societat en concret i que desperten un interès creixent i van sent a poc a poc reinterpretats per la biomedicina i incorporats a la seva pràctica, com l'Acupuntura o l'Homeopatia. Cada vegada són més, també, les persones que acudeixen a aquests serveis buscant no només solucions que no els ofereix la biomedicina sinó també altres interpretacions de la salut i la malaltia, altra manera d'entendre el cos i la ment que doni millors explicacions als seus malestans. L'absència de dogmatisme, el dubte, l'obertura a la comprensió i al coneixement són, no obstant això, la base més sòlida de l'èxit de la nostra pròpia ciència i el seu oblit en la pràctica dels científics té l'altíssim cost de la presumpció i l'error. No es tracta, per tant, de

convertir-nos a cap tradició estranya sinó, més aviat, de respectar més sincerament, humilment i profundament el millor de la nostra.

Concepció de la individualitat

Cada cultura ha manejat també, al llarg de la seva història, nocions distintes respecte a la posició de l'individu en el món i en el grup al que pertany i en relació amb les seves possibilitats d'adquisició d'individualitat i posició social.

De manera genèrica, es defensa l'existència de dues grans formes de definir les relacions entre l'individu i el grup en el qual s'inscriu: una concepció sociocèntrica, que subordina a l'individu a la seva comunitat, i una egocèntrica, en la qual la societat està al servei de la persona i aquesta es col·loca en el centre (Shweder, LeVine, 1984). Ara bé, ambdues categories s'han d'entendre com els extrems d'un *continuum* en els punts intermedis del qual caben multitud d'interpretacions o definicions de la qualitat de persona i el seu paper en la societat. La posició sociocèntrica es caracteritzaria per la tendència a considerar que la persona adquireix el seu ple sentit en el context del seu grup social i familiar, però no ho té, o ho té en molta menor mesura, aïllat d'ell. La identitat de l'individu vindrà definida per la seva posició en el grup i en la família i les seves eleccions i comportaments es consideraran normatius o no en funció d'aquests rols. La concepció egocèntrica, pròpia de la societat occidental, col·loca, per contra, a l'individu en sí mateix com centre d'interès i li suposa capacitat i llibertat per a triar el seu rol.

I de la mateixa manera que la interpretació que cada cultura fa del comportament i els rols dels seus membres respon a les seves idees sobre el món i sobre la persona, les institucions que estableixi per a ocupar-se de la salut i les pautes de tractament de que disposi ho faran també. Des del paradigma biomèdic, la malaltia és una qüestió individual, afecta a l'individu com a tal i, per tant, és en ell en el qual s'han de centrar els tractaments. En algunes cultures, no obstant això, la malaltia pot situar-se no tant en el plànol individual, sinó -en diferent mesura- en el social, de tal manera que, independentment que es reconegui que els seus símptomes afecten al cos físic de la persona (i es busqui ajuda especialitzada per a alleujar-los), serà a nivell grupal on caldrà buscar la veritable solució. Tenint això en compte no ens podem sorprendre de que en certs casos no sigui només el pacient el qual acudeixi a la consulta, que romangui sempre acompanyat en l'hospital i, fins i tot, que no sigui ell qui dialogui amb els metges ni que sigui a ell a qui s'autoritzi a aquests a donar la informació. Si l'individu ho és mentre que pertany a un grup, no necessàriament serà el pacient qui prengui les decisions sobre el maneig de la seva malaltia, sinó les persones que en la seva cultura i en el seu àmbit social tinguin aquest paper. No obstant això, tot això no ocorre ni de bon tros en totes les cultures diferents a la nostra, pel que tampoc aquí podem suposar-lo.

L'enfocament de la malaltia i el seu tractament basat en un concepte individualista de la persona no seran, llavors, els més adequats quan es tracti d'un pacient procedent d'una cultura de tendència més sociocèntrica. El professional sanitari hauria d'estar en condicions d'entendre aquestes qüestions i tenir-les presents, estar obert a aquesta existència encara que no conegui el seu contingut, funcions ni significats concrets, per a no interpretar la situació en termes de conflictivitat de determinats grups, per a saber on

i com buscar la informació, a qui dirigir els seus missatges i amb qui establir la col·laboració perquè se segueixin les seves indicacions. No fer-ho així podria derivar en conflicte però, sobretot, en menor adherència i major incompliment dels tractaments. En general, és possible la negociació i l'establiment de ponts i acords; el conflicte sorgeix gairebé sempre quan una de les dues parts pretén no escoltar per complet a l'altra, de manera que entén que la seva posició és la *normal* i la de l'altre l'errònia. La capacitat del personal sanitari per a imposar-se en general està garantida, encara que de vegades pugui produir-se l'autoritarisme per part del pacient i la seva família -i això no necessàriament en situacions de diferència cultural, sinó, cada vegada més, en contextos en els quals el pacient (o la seva família) encara compartint, bàsicament, la cultura d'origen del professional, es distancien dels paràmetres concrets de la biomedicina o de determinades actituds dels sanitaris. El millor camí, en qualsevol cas, no sembla el de la imposició per una banda a l'altra, sinó el de l'enteniment i la negociació, sens dubte, possible, més fructífera i també, més equitativa.

Per a trobar un cas pràctic que il·lustri tot això no cal, si més no, recórrer a grups d'immigrants, ja que tenim un exemple molt més proper (encara que no per això millor entès): els gitanos espanyols i catalans. En general, entre el poble gitano que està més arrelat a les seves tradicions la malaltia, quan es reconeix com a tal, es percep com un procés essencialment agut, lligat al dolor, a la incapacitat i, implícitament, a la possibilitat de mort. Aquesta interpretació porta a que, habitualment, es busquin solucions ràpides i resolutives, per la qual cosa la consulta es realitzarà, de preferència, en els serveis d'urgències, dels quals se sol·licita una solució completa i immediata al problema. Per altra banda, la pauta general és que un individu es defineixi en tant que pertanyent a un grup de parents i en funció de la seva posició en ell. I en aquest context la malaltia representa una situació de crisi enfront de la qual es respon com davant qualsevol altra, en família, de vegades en el més ampli sentit del terme, pel que pot entendre's, llavors, que l'acompanyament i el suport del grup familiar constitueixen no només un suport en un mitjà estrany ni només una expressió de solidaritat en un moment difícil sinó, més encara, un element fonamental en el procés de curació: un pacient sol a l'hospital no pot guarir-se, necessita a la seva família, a la seva gent, tant com als metges. D'acord amb aquesta interpretació, el nombre de familiars serà major com més elevat sigui el prestigi del pacient en el seu grup i la seva família i també si es considera que pertany a grups d'edat i gènere dignes d'una especial protecció (ancians, nens, homes de respecte). La pràctica evangèlica d'alguns dels gitanos afegeix, a més dels familiars, als membres de la seva comunitat religiosa.

Succeirà també amb freqüència, que aquell que es dirigeixi als metges o que sigui triat pel grup per a transmetre la informació al pacient no sigui necessàriament el que el personal sanitari sol entendre pel familiar més directe, potser serà el seu pare, el seu fill major, un oncle o, fins i tot, el pastor de l'Església Evangèlica. Es tracta de persones que dintre del grup gaudeixen d'autoritat, prestigi i respecte i que són les que prenen les regnes en les situacions de crisi (i la malaltia ho és) i les quals s'encarreguen de les relacions amb els membres de la societat majoritària (en aquest cas, els metges). S'estableix, llavors, una relació entre qui, des de la perspectiva d'aquest grup humà, s'entenen com els membres amb autoritat de cadascun dels grups: d'una banda les persones de respecte gitanes (homes i d'una certa edat, gairebé sempre), per un altre, els metges (sobretot, també, si són homes, encara que això sigui menys estricte). Així les

coses, és freqüent que el personal sanitari interpreti aquesta situació com un abús dels recursos, com una font de problemes i una actitud desafiadora i intimidadora que no sempre sabrà manejar. El pacient i la seva família, per la seva banda, poden interpretar la prohibició a la seva presència amb el malalt en termes de prejudicis, i la falta d'enteniment en la manera de valorar la situació sovint estendrà la desconfiança cap a les indicacions terapèutiques. En qualsevol cas, l'atenció sanitària es complica. Si el personal conegués la interpretació de la situació per part del pacient i dels seus familiars, a quins supòsits culturals respon, en funció de quins paràmetres es defineix la qualitat de l'atenció i a qui ha de dirigir-se per a evitar un conflicte i transmetre adequadament els seus missatges, la relació seria millor i la qualitat de la resposta, des del punt de vista humà i biològic, s'incrementaria. I, també, cal reconèixer-ho, aquest coneixement li permetria detectar aquelles situacions en les quals el pacient es parapeta darrere de la seva cultura, reverteix els prejudicis a favor seu i utilitza la seva fama de conflictiu per a generar una situació d'intimidació en la qual sigui atès abans, se li donin millors condicions d'estada i el que percep com una millor atenció encara que, en realitat, no ho sigui més que en alguns aspectes materials.

Diferències en l'atribució de rols per gènere i edat

Paral·lelament a l'existència de diferents maneres d'entendre què és una persona i els paràmetres que la defineixen, entre els diferents grups humans es donen diferències en la definició de les etapes del cicle vital i en l'assignació de rols en funció del gènere i l'edat, de manera que els comportaments considerats adequats en funció d'aquestes variables, els papers que se li atribueixen i les responsabilitats que se'ls hi assignen poden variar considerablement d'unes cultures a unes altres. Continuant amb l'exemple dels ndowé:

“Las diferentes etapas del ciclo vital son: *motyetye* (bebé), *eumbe* (niño), *epatyé* 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, les cursives són seves)

“(…) 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, les cursives són seves)

Kaplan (1998) estableix, en la seva etnografia de població senegambiana a Catalunya, la importància dels grups d'edat i el seu paper en l'estructura social, en els següents termes:

“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, *les cursives són seves*)

“Los grupos de edad o *kafo*s, 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 período 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, *les cursives són seves*)

Aquestes diferències en l’atribució de rols es faran presents en la consulta: per exemple, si els qui tenen l’autoritat i són objecte de respecte són els homes adults, els metges que siguin dones i/o joves poden tenir dificultats per a imposar-se o veure minvada la seva credibilitat; si es percep que la dona ha de ser objecte d’especial protecció (i fins i tot domini), poden existir reticències a que l’atengui un metge home, que la vegi nua tot sol o que aquesta dialogui directament amb ell; si el nen és considerat ja adult pot acudir sol al metge, negar-se a anar al pediatre o assumir-se com a normal que una noia estigui embarassada. Es tracta, de nou, de qüestions en les quals habitualment cal la negociació però que és necessari reconèixer que la seva existència és possible per a fer més fàcil la consulta, per a augmentar la comoditat dels uns i els altres, per a saber a qui dirigir-se i

per què i a qui acudir per a buscar suport en les actuacions o per a evitar problemes o solucionar-los.

3.3.4. Concepció del temps i de l'espai

La concepció del temps i de l'espai tampoc és necessàriament la mateixa en totes les cultures, ni tan sols en tots els sectors de la població que comparteix una mateixa societat. Pensem, per posar un exemple proper, en les diferents maneres d'entendre la puntualitat o el transcurs del temps, aquí mateix, entre el medi rural i l'urbà o entre una gran ciutat i una de més petita.

Aquestes nocions tenen rellevància des del punt de vista clínic, sobretot en psiquiatria, on les diferents interpretacions del transcurs del temps i de la situació en l'espai poden conduir a un diagnòstic de deliris o desorientació a pacients que simplement utilitzen una narració del què els passa basada en paràmetres diferents als que el seu metge considera normals (Atxotegui, 2002).

La manera en la que els pacients entenen el transcurs i el ritme del temps pot diferir considerablement de la forma estricta en la que l'interpreta el seu metge i els organitzadors del sistema sanitari. Tenir això present ajudaria també a comprendre que certs pacients no vagin a les cites, que ho facin quan no correspon o sense demanar hora, que arribin tard, etc., situacions que fàcilment poden ser interpretades pels professionals com a una falta de respecte, escàs interès per la teràpia i el mal ús dels serveis (sense perdre de vista tampoc que, a vegades, sí és això el què passa). I també convé conèixer-ho per a poder educar als pacients en que el sistema, per a ser operatiu i optimitzar l'ús d'uns recursos limitats, ha de tenir uns criteris de funcionament a vegades estrictes. El respecte als horaris serà més possible si en lloc de la ruptura de la comunicació o dels enfrontaments s'ofereixen explicacions oportunes i comprensibles (a aquells que les necessitin, evidentment) del per què és necessari i si s'insisteix, al mateix temps i per a tots, en l'acompliment de la pràctica.

3.3.5. Concepte de salut i malaltia. Itineraris terapèutics

Com ja s'ha dit en diverses ocasions, les concepcions que es manegen en diverses tradicions culturals poden ser molt diferents quant a què és la malaltia i quines circumstàncies es conceptualitzen com a tal i, per tant, quines i quan han de rebre un tractament especialitzat, sigui aquest del tipus que sigui. Descriurem, a continuació, de manera molt esquemàtica, el possible itinerari que una persona segueix des de que interpreta que li passa alguna cosa que se surt de la normalitat fins a que busca (o no) ajuda per a resoldre-ho. L'esquema que es presenta no pretén, en absolut, se exhaustiu, ja que els itineraris concrets i els sistemes mèdics escollits en cada moment, dependran de qüestions molt variades que no es poden abordar aquí⁷².

⁷² Per aquest motiu ens referirem tan sols a dos sistemes mèdics: la biomedicina i la medicina tradicional, però no s'ha d'oblidar que existeixen d'altres que també poden entrar en joc.

Conceptualització com a problema de salut

D'acord amb això, es comprèn que els processos de recerca d'ajuda especialitzada en salut (*help-seeking process*, en la bibliografia especialitzada internacional) passen necessàriament per una primera fase en la que la situació ha de ser interpretada com a una sortida de la normalitat, com a un problema. Però, a més, aquesta situació ha de ser conceptualitzada en termes de salut, és a dir, per a que es busqui ajuda mèdica del tipus que sigui, el quadre ha d'ésser interpretat com a una malaltia, física o mental (quan aquesta diferenciació s'utilitzi) i no com a un comportament no normatiu en termes legals o socials. Si el pacient interpreta que el que li passa no és un problema o no ho és en termes de salut, no cercarà ajuda en aquest sentit per molt que la biomedicina així ho entengui i, al revés, anirà al metge (o a altre especialista) buscant atenció si interpreta que és qui li pot solucionar el que ell viu com a una malaltia fins i tot quan la biomedicina no disposi d'una categoria per a definir-ho ni ho qualifiqui de patològic. Posem-ne alguns exemples d'ambdues possibilitats.

Una situació coneguda entre els professionals sanitaris que atenen a aquestes poblacions és el cas dels homes que consulten per pol·lucions nocturnes. Des del punt de vista biomèdic no existeix cap disfunció i el que es considera veritablement estrany és que aquest fet motivi la consulta. El professional sanitari, per a donar una resposta humana i eficaç haurà, en aquesta ocasió, de deixar en un segon pla els seus coneixements de fisiologia de l'aparell genital masculí i també la seva ideologia pel que fa a les relacions sexuals, per a centrar-se en els factors socials i culturals que estan presents en aquesta situació i que són els que influeixen en que el quadre aparegui i que s'interpreti com a clarament o potencialment patològic. Factors socials i culturals que es barregen en la situació d'uns homes generalment joves, que poden ser solters o tenir a les seves dones en el seu país d'origen i que moltes vegades viuen en una situació de marcada soledat i carències afectives i sexuals. Que puguin tenir unes creences ètiques i/o religioses que els impedeixin la masturbació (o fan que es visqui com a un comportament pecaminós que acabarà desembocant en algun tipus de càstig, igual d'altra banda, que molts pacients autòctons que són catòlics estrictes) i que, juntament amb la limitació dels diners disponibles, allunyin la possibilitat d'anar a prostitutes o facin que l'únic contacte d'aquest tipus que es puguin permetre sigui amb aquelles que cobrin menys i que poden transmetre'ls malalties de transmissió sexual⁷³. En aquestes circumstàncies, el metge

⁷³ El recurs a la prostitució i els riscos per a la salut que això comporta per als homes i, també per a les seves parelles, ha estat destacat per, entre d'altres, Kaplan (1998):

“Averiguamos que, en dos casos, las mujeres tenían hijos nacidos en Gambia y no respondían a ninguna patología que pudiera impedir su fecundidad. Sin embargo, sus maridos presentaban esterilidad secundaria, probablemente como consecuencia de infecciones producidas por enfermedades de transmisión sexual, contraídas en destino, lo que contradice los extendidos rumores y prejuicios sobre la importación de estas enfermedades, junto con el sida, de África. Coincidentemente, estos hombres, mientras residieron solos en España, compartieron la misma vivienda durante muchos años. En muchos casos, la población masculina establece relaciones sexuales ‘a domicilio’ con prostitutas toxicómanas que tienen localizados algunos pisos donde habitan africanos. Estos hombres manifiestan enormes dificultades para acceder a un tipo de ‘servicios’ en condiciones de higiene controlada ya que, cuando intentan hacerlo, con frecuencia son detenidos por la policía en la calle para su identificación. De esta forma, jóvenes heroinómanas que difícilmente tendrían otro tipo de clientes, se ofrecen a domicilio durante los fines de semana a un precio muy económico (1.000/2.000 pts.), que varía según el número de individuos que quieran mantener contactos sexuales, ya que su finalidad es conseguir la cantidad

podrà comprendre la presència de pol·lucions nocturnes, però li restarà encara un factor més per entendre per què motiven la consulta. Haurà de conèixer la interpretació que alguns d'aquests homes fan del semen i de les conseqüències de la seva pèrdua, haurà de saber que sovint es lliga a l'energia vital, de tal manera que la seva emissió, fora de les relacions sexuals, pot conduir a la minva de la força i de l'ànim, a sensació de fatiga, de malestar general i temor a que acabi apareixent alguna malaltia greu. Només coneixent totes aquestes qüestions o, al menys, sabent que poden donar-se aquest tipus d'interpretacions, el professional podrà entendre realment què és el que li passa al seu pacient, per què la consulta, fins i tot quan sembli immotivada, té raons arrelades en les circumstàncies culturals i vitals d'aquest pacient i té també conseqüències físiques i psicològiques davant de les quals la seva obligació ètica i professional és prestar atenció.

Un exemple més. D'acord amb els paràmetres de la Psiquiatria occidental, els deliris són sempre categoritzats com a un símptoma indicatiu de patologia, però en altres tradicions es poden interpretar en termes de contactes amb el món dels avantpassats, com a l'expressió de capacitats espirituals avançades (el que, per altra banda, atorga a aquestes persones una sortida digna, integrada en el seu sistema social i cultural i no disruptiva ni necessàriament estigmatitzada) o, simplement, poden correspondre a una narrativa peculiar de la història de vida o de determinats esdeveniments vitals, en els que es barregen els temps i els espais, els éssers humans i la naturalesa humanitzada, els vius i els morts, allò real i allò somniat.

La consideració d'un quadre com a corresponent a una malaltia podrà canviar també, al llarg de l'evolució d'una mateixa cultura, entre diferents segments socials de la mateixa o depenent de l'època: l'exemple més clar i més proper en aquest cas seria la concepció per part de la biomedicina, fins no fa molt, de l'homosexualitat coma a un comportament desviat o una disfunció psíquica, mentre que, avui, la gran majoria dels psiquiatres ho consideren una opció sexual normal. Però no tots. I precisament el fet de que alguns no ho entenguin així ens posa de manifest, de nou, la influència dels valors consagrats com a vàlids i normatius en una època concreta i per una determinada tradició cultural sobre els sistemes mèdics que construeix i en les actuacions que des d'ells s'estableixen, com aquests són variables al llarg del temps, i com, depenen també, indubtablement, de l'adscripció sociocultural individual de cada professional. Taussig (1995) ho expressa de la següent manera⁷⁴:

“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

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)

⁷⁴ En el mateix text al que pertany aquesta cita es realitza una interessant descripció de la representació personal de la malaltia per part d'una pacient afectada de polimiositis.

mencionar a los críticos de una sociedad que deja a sus enfermos y sus familias que se defiendan como puedan). Esto le proporciona al médico una poderosa puerta de ingreso a la psique del paciente, y también supone una desestructuración de la comprensión convencional del paciente y de su personalidad social. La función de la relación entre el médico y el paciente es la de reconstruir ese entendimiento y esa personalidad: recuperarlos para el seno de la sociedad e insertarlos firmemente dentro de los principios epistemológicos y ontológicos de los cuales surgen las premisas ideológicas básicas de la sociedad. En la práctica clínica moderna y en la cultura médica esta función está camuflada. El tema del control y de la manipulación se oculta bajo el aura de la benevolencia. El carácter social de la entrevista médica no se hace inmediatamente evidente de la misma forma que en los ritos curativos comunales de las sociedades ‘primitivas’. Entre nosotros la consulta y la curación ocurren en ámbitos privados e 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 Sontag, 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 sevas)

I, evidentment, les tipologies que s'estableixin per a les malalties i la consideració que rebien variaran segons les diferents tradicions culturals. Així, per exemple, els ndowé, distingeixen dos tipus de malalties, les “grans”, provocades per esperits o bruixeria, que necessiten de la intervenció d'un terapeuta tradicional, i les “petites”, provocades per altres causes i que es poden tractar en l'àmbit domèstic sense la intervenció de cap especialista. Vegem, en paraules de Fons (2004) aquesta tipologia de les malalties:

“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, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

Kaplan (1998), per la seva part, descriu la tipologia de malalties dels pobles mandinga en els següents termes:

“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, les cursives són seves)

L’atribució causal

Un cop que a una determinada situació se li atorga la categoria de malaltia, el que és habitual és que es realitzi una atribució causal o es tracti de buscar una explicació d’allò que ocorre, en la que influiran qüestions molt variades, algunes de les quals ja han estat mencionades: la concepció de la persona i dels seus components, la separació ment-cos o certs continguts culturals i/o religiosos.

La Medicina Tradicional Xinesa, per exemple, explica l’aparició de la patologia, fonamentalment, com a una alteració en l’equilibri dels elements que constitueixen l’organisme:

“Para mantener la actividad funcional normal del organismo, se necesita el normal equilibrio de opuestos del yin-yang, por lo que el estado de salud es la manifestación del estado de colaboración equilibrada del yin-yang. La aparición de la enfermedad y su desarrollo supondrá, por tanto, la alteración o pérdida de dicho equilibrio.

Teniendo en cuenta que el yin y yang se intergeneran mutuamente, que colaboran en simbiosis, y se interfieren e intermodulan, la pérdida de regulación yin-yang dará lugar a excesos o defectos de yin o yang. La medicina tradicional china considera que la patología aparece cuando se pierde el equilibrio relativo entre el yin y el yang.

En la patología por afección por Patógenos Externos, se produce una lucha entre los factores endógenos que componen el Zheng-qi (totalidad de estructura y función del organismo, que abarca a la capacidad defensiva) y los exógenos, Xíeqi (factor agresivo). Podemos distinguir entre elementos Yin (Líquidos, Esencia, Sangre...) y Yang (Qi, Yang) en los elementos

endògenos, y también los Factores Patógenos externos son de naturaleza Yin (Frío, Humedad), o Yang (Fuego, Viento, Calor de Verano, Sequedad...). La lucha entre Zhengqi y Xieqi va a producir un balance hacia el exceso de uno de ellos, o al defecto del opuesto, o a ambas cosas, por lo que, con independencia de lo complicado de la enfermedad, en última instancia, siempre se manifestará como un exceso o una insuficiencia de yin y yang (...)." (Lafuente et al., 2006: 80-81)

"El exceso de yin produce enfermedad del yang, y el exceso de yang, enfermedad del yin; el exceso de yin produce frío, y el exceso de yang calor" (Suwen, Tiaojing Lun). Se debe a la ley de mutua inhibición, y crecimiento-decrecimiento." (Lafuente et al., 2006: 81)

"Debido a que las alteraciones patológicas y desarrollo de la enfermedad radican en el desequilibrio yin-yang, cualquier enfermedad, por complicada que parezca, se puede explicar en términos generales como alteración del yin o del yang. 'Un buen médico observará la complejidad del paciente, tomará el pulso y de este modo determinará si se trata de una enfermedad yin o yang'." (Lafuente et al., 2006: 83)

I, lògicament, orientarà el tractament a la restauració de l'equilibri perdut:

"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)

Tenint això present, es podrà explicar que, en certs casos, el pacient decideixi no prendre una medicació que considera contraproductiu (no prendrà un medicament que consideri calent si la seva representació personal atribueix la seva malaltia a un excés de yin i, a la inversa, no prendrà fàrmacs que defineix com a freds si creu tenir un excés de yang), de la mateixa manera que exclourà de la seva dieta certs aliments i n'incorporarà d'altres, d'acord amb el mateix raonament, i independentment de les indicacions del seu metge en aquest sentit.

En la tradició ayurvèdica, la patologia –i, per tant, també el seu tractament-, es definirà en funció de l'excés o defecte d'alguna de les *doshas*, i el seu tractament consistirà també, per pura lògica, en retornar l'equilibri perdut: mitjançant el dejú, dietes, massatges, olis o, fins i tot, l'ús de minerals i metalls (Svoboda, 2003: 208-227)

“*Kafa*, la *dosha* acuosa, está asociada en realidad tanto al elemento agua como al elemento tierra, que no tienen ninguna afinidad real entre sí. Por ejemplo, cuando se vierte arena en agua, aquélla baja hasta el fondo de la vasija y se queda allí. Por mucho que nos empeñemos, la arena sólo seguirá suspendida en el agua mientras sigamos removiendo. Aunque algunas sustancias sólidas se disuelven en agua, como la sal común, la mayoría no lo hace. *Kafa* es la fuerza que nos ha dado la naturaleza para mantener la tierra del cuerpo (sus sólidos) suspendida en su agua (sus líquidos) en la adecuada proporción.

Dondequiera que el cuerpo se vuelva demasiado sólido aparece siempre un problema. Por ejemplo, los cálculos biliares y renales. Se trata de concreciones de tierra en las que el agua se ha secado demasiado para permitir que se mantenga el flujo libre. Del mismo modo, cuando en el sistema hay demasiada agua y escasez de tierra, se producen trastornos como el edema. *Kafa* obliga al agua y a la tierra, que de otro modo rehusarían actuar conjuntamente, a combinarse adecuadamente y permanecer en equilibrio.

Pitta, el elemento ígneo, está asociado tanto al fuego como al agua. Mientras que al agua y a la tierra les gustaría poder ignorarse mutuamente y son recíprocamente inertes cuando se mezclan, el fuego y el agua son siempre 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, aún hirviendo, apaga el fuego. La función de *pitta* es hacer que semejantes contrarios cooperen entre sí.

Todos los ‘fuegos’ del cuerpo están contenidos en agua. El ácido del estómago, por ejemplo, es un ácido extremadamente potente, con un pH de 2. Quema todo lo que toca, exactamente igual que un fuego vivo o un rayo. El ácido es fuego contenido en agua. Cuando el fuego predomina en la mezcla, el ácido quema a través de los medios que, como contenedor natural, 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, los cursives són seves)

Kaplan (1998) descriu així la causalitat de les malalties entre els mandinga subsaharians:

“Sin embargo, [Sankung, un terapeuta tradicional] intentaba despistarse y no responder a una cuestión que le había planteado hacía tiempo sobre el porqué de la enfermedad. Se limitaba a decir que ‘Dios trajo la enfermedad y el sufrimiento, la luna y el sol, el frío y el calor. La vida conlleva sufrimiento y la enfermedad es una de las maneras de sufrir’. Luego me decía que ‘enfermedad y salud han estado siempre unidas y que Dios creó la enfermedad para que la gente entendiera que Él ha sido creador de todo y que puede hacerlo todo. Si eres fuerte en espíritu y cuerpo como un monstruo, serás muy sano. Cuando te enfermas, te das cuenta de que Dios existe y recurres a Él. No puedes ir independientemente por el mundo porque cuando algo te ocurra, recurrirás a Dios. Tú solo no eres nadie’.

Cuando le pregunté entonces porqué los niños enfermaban, aseguró que ‘los niños enferman como forma de alertar a los padres, para que sepan que deben cuidar de sus hijos. Según la enseñanza básica el islam, los niños pertenecen y vienen de Dios. Cualquier enfermedad que sufren debe ser entendida como enviada por Dios y los padres tienen la obligación hacia Dios de

mantener a los niños limpios para que puedan adorarle correctamente; de alimentarlos y cuidarlos para que, cuando crezcan, cumplan los deseos de Dios.” (Kaplan, 1998: 140)

“El viejo Sankung me relató una historia sobre el origen de la enfermedad:

‘El mundo fue creado por Dios. Adama y Awa (adán y Eva) fueron parte de esta creación. Awa comió el primer pecado mordiendo y comiendo la fruta prohibida que le dio la serpiente. Adama mordió la fruta pero 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)

L’assignació de causes o d’explicacions condicionarà, llavors, dos processos més: el tipus d’ajuda que el pacient cerqui i també el grau de responsabilitat que li és atribuïble.

Quant a la responsabilitat individual, si la causa és externa (per bruixeria o mal d’ull, per exemple) la persona pot no tenir responsabilitat sobre el què li passa. Si la causa és la voluntat de Déu, si la salut és un regal que Déu fa i que Déu treu, el paper que l’individu interpreta tenir en la seva curació es redueix i les respostes que cercarà per a solucionar aquests problemes seran diferents. I ho seran també si la malaltia o la desgràcia s’interpreten com a resultat de conductes antisocials o inapropiades. En aquest sentit, el catàleg de “malalties maleïdes” s’ha anat modificant en el decurs del temps: la lepra s’entenia com a càstig per transgressions sexuals, l’incest especialment; la tuberculosi s’ha associat amb la vida “bohèmia”; la SIDA, com la conseqüència de comportaments sexuals desviats i promiscus, etc.

Itineraris terapèutics

L’atribució causal i l’explicació que es faci de la malaltia condicionaran el tipus de tractament que es busqui. En resum, una persona pot interpretar que una malaltia, tot i sent-ho, no necessita de la intervenció de cap especialista (ni biomèdic ni tradicional ni de qualsevol tipus) i es pot resoldre en l’àmbit privat, amb remeis casolans, mitjançant l’ajuda de persones properes amb certs coneixements, etc. o, pot arribar a la conclusió de que sí es requereix a un professional, recurrent, llavors, bé a la medicina tradicional, a la biomedicina, a diferents tipus de teràpies de les que s’anomenen alternatives o a la intervenció d’especialistes religiosos o espirituals, i en aquesta decisió influiran diversos factors, alguns dels quals veurem a continuació.

Els ndowé (Fons, 2004), per exemple, tenen tant en el seu medi d’origen (especialment a les ciutats i, en menor mesura, a l’àmbit rural) com a destí, la possibilitat d’accedir a les cures procedents de la biomedicina, però el fet de que es vagi o no a ella dependrà de la valoració que es faci del quadre i si s’interpreta que el resultat pot ser millor utilitzant un o altre sistema.

“Actualmente, los ndowé también aceptan la medicina occidental como un sistema que proporciona buenos remedios curativos muy efectivos, pero para ellos, en realidad, ésta sólo proporciona buenos ‘medicamentos’ (*bwanga*) para curar los desarreglos ocasionados por las fuerzas no visibles en el propio cuerpo. (...)

En este sentido se valora muy positivamente su poder efectivo, y los medicamentos se interpretan como dotados también de una fuerza específica que trata de combatir aquel mal provocado y que ha dañado el cuerpo.

En la actualidad, los ndowé manejan perfectamente estos dos códigos interpretativos. Acuden a ambos tipos de medicina, una que trata el cuerpo y otra que ataca lo que la produce. Tratan las disfunciones del cuerpo en el hospital, ya que entienden que para ello hay buenos remedios occidentales. En cambio, si consideran que la enfermedad es *grande*, tratan de eliminar sus causas acudiendo al *nganga*. A veces optan por un sistema y otras combinan ambos sistemas para las mismas enfermedades. Y esto no plantea ningún problema.” (Fons, 2004: 61, les cursives són seves)

Vegem un exemple concret: és freqüent que les dones ndowé utilitzin l'hospital per a donar a llum (tant a destí com, quan és possible, a origen) cercant una major protecció en el moment del part per si es presenten problemes greus; malgrat això, les cures a la mare durant el puerperi i els mesos següents i els que es proporcionen al nounat segueixen fent-se, en gran mesura, mitjançant les pràctiques tradicionals, que es valoren més adequades per a això que la medicina occidental. Tal i com ho descriu 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, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

“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 *itatwaka*, 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, les cursives són seves)

Recerca d'ajuda: Medicina tradicional

En el cas de que la malaltia sigui interpretada en termes no biomèdics, també es realitzarà una atribució causal o es farà una interpretació del motiu pel qual apareix la malaltia: bruixeria, acció d'esperits malignes, incompliment d'un tabú, disseny diví, efecte necessari de desordre social, etc. i, de manera absolutament lògica, el tipus de solució que es cercarà serà diferent per a cada una de les causes.

El més probable és que el pacient tracti de consultar a un terapeuta tradicional, preferentment de la seva mateixa comunitat i del qual existeixin referències o experiències prèvies positives. En general, el terapeuta tradicional és un individu, de reconegut prestigi i paper destacat dins de la comunitat, que pot exercir la seva tasca per diferents mitjans, fonamentalment mitjançant la seva capacitat per a comunicar-se amb el món dels esperits i/o un ampli coneixement dels preceptes religiosos i/o del medi natural que el rodeja. D'aquesta manera pot tractar malalties, prevenir-les i, també –a través del seu coneixement del grup al que pertany, de les seves normes i tradicions i de cada un dels seus individus- intervenir en la resolució de conflictes socials. Les seves habilitats en un o altre àmbit definiran el tipus de terapeuta de que es tracti i el tipus de dolences en les que s'especialitza. Tornant al cas dels ndowé, el terapeuta tradicional, anomenat *ngangan*, està dotat d'aquestes capacitats:

“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, les cursives són seves)

“Por lo tanto, el *nganga* debe visualizar un universo poblado por múltiples espíritus (como pueden ser los antepasados, *bedimo*, y diferentes clases de genios y espíritus, llamados con el término genérico *muendi*) o por fuerzas específicas (ya que cada persona tiene su propio poder o poderes no visibles, como veremos más adelante), a fin de interpretar el mal que ha ocasionado alguna enfermedad. Debe controlar estas numerosas fuerzas que pueblan el mundo: las provocadoras de desgracias y las que, por lo contrario, pueden intervenir a favor de la curación. Para sanar debe manipular el poder de las plantas y los árboles, también dotados de fuerza o poder no visible. Es así como, a parte de conocer la clasificación y nombres de su mundo vegetal, debe controlar su fuerza para combatir algún mal.

Los ndowé suponen que algunos objetos y las especies naturales están dotados de un poder inherente, aún cuando no se trata de un ser personalizado. Como la mayoría de los tratamientos son a base de plantas y de cortezas de árboles, los *nganga* tienen conocimientos de etnobotánica y su propia fuerza les permite invocar y dominar el poder curativo de estos elementos. Como a los árboles se les considera seres vivos, se los respeta y se les pide que curen al enfermo. Los

ndowé creen en el poder de la palabra. Según la concepción ndowé, las palabras que una persona pronuncia cuando habla, pueden ser muy efectivas y poderosas: pueden llegar a invocar espíritus, e incluso pueden volar lejos para ir a otros lugares y ser escuchadas por otras personas: tienen la facultad de viajar a mundos lejanos y desconocidos. Por ello siempre se pronuncian unas frases en cualquier acto ritualizado, para que éstas actúen a favor de la persona.” (Fons, 2004: 40, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

Quant al seu mètode de curació, dir que, generalment, el terapeuta tradicional tracta d'esbrinar les causes que condueixen a la disfunció que pateix el pacient i actuar sobre elles i no tant sobre els seus símptomes. Tal i com ho 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, les cursives són seves)

Un exemple clar és la manera en que els terapeutes tradicionals ndowé tracten una malaltia provocada per bruixeria:

“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 trueno, desentierra el cadáver y se apodera de él. Le pone un polvo en la lengua que provoca que pierda el control sobre su *doble*. A partir de este momento,

lo hace trabajar en su propio beneficio. Se interpreta que los muertos de *ekong* son como fantasmas, también llamados *muertos vivientes*, al servicio de la persona que los ha matado. Según los *ndowé*, quien mata de *ekong* acostumbra a tener muchos muertos vivientes que trabajan para ella y, de esta manera, consigue enriquecerse gracias a esta mano de obra. Podría ser, por tanto, que esta creencia en el *ekong* se utilizara, pudiendo ser anterior, para interpretar así el esclavismo que marcó profundamente la memoria histórica de estas poblaciones.

Cuando una persona enferma de *ekong* tiene toda una serie de síntomas que pueden ser muy variados: dormir sin descansar, fiebre, gran sudoración, hipertensión, soñar mucho, pérdida de peso, fuertes dolores en alguna parte del cuerpo... Pero ningún medicamento mejora su estado de salud. Nada le hace efecto. Incluso puede medicarse sin mejora aparente. Por lo tanto, tal como se conceptualiza esta enfermedad, no puede curarse en el hospital. La persona debe acudir a un *nganga* para curarse. Para evitar que se la lleven de *ekong*, el *nganga* trata de proteger su cuerpo y, por tanto, su *doble* haciéndolo invisible con las hojas de *eviti* de color lila fuerte y verde oscuro y el aceite negro (*mavule mua vinda*) que le oscurece el cuerpo. De esta manera esconde a la persona a los ojos de los que la quieren coger en *ekong*, ya que el tratamiento le otorga el poder de la invisibilidad.” (Fons, 2004: 53-54, les cursives són seves)

Kaplan (1998), per la seva part, descriu l'ús d'amulets:

“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, les cursives són seves)

I, precisament, aquesta recerca de la causa primera que provoca les malalties és, al mateix temps, una de les diferències més importants amb la biomedicina i el motiu pel qual, en moltes ocasions, ambdues pràctiques són compatibles. A més, aquesta forma d'actuació mostra també que el paper dels terapeutes tradicionals no s'ocupa aïlladament de la curació o prevenció de la malaltia sinó, que freqüentment, abasta el control del sistema social al que pertany:

“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, les cursives són seves)

Segons Kaplan (1998), això tampoc no es pot separar d'altres funcions dels especialistes sanitaris:

“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, les cursives són seves)

Tanmateix, trobar un terapeuta tradicional (i amb una xarxa de suport domèstic experimentada) no sempre serà possible en el context de l'emigració, de manera que es cercaran opcions alternatives, depenent de la causa de la malaltia, la seva gravetat i les possibilitats individuals: anar al país d'origen a rebre tractament, tractar d'establir una consulta telefònica o a través d'un intermediari, fer-se portar determinats remeis o tractar de trobar, a destí, un terapeuta que, sense ser necessàriament el que s'hagués escollit de preferència, presenti capacitats similars, entre altres. En general, la major part dels immigrants semblen ser conscients de que els suposats terapeutes tradicionals que poden trobar en el seu lloc de residència actual no sempre ho són o no són experts en el què els hi passa, però poden recorre a ells en moments puntuals perquè creguin que per al seu procés sí segueixen tenint una utilitat que no trobarien en un altre lloc, perquè no tinguin accés a la biomedicina o no contempen que aquesta hagi de servir per a res.

Una dificultat afegida, fins i tot per als terapeutes tradicionals reconeguts que es poden trobar en el nostre entorn, és la dificultat per a trobar a destí plantes i altres substàncies que són la base dels seus preparats terapèutics, la qual cosa limita considerablement les seves possibilitats de tractament. També ho faran les restriccions quant a l'espai físic disponible per a determinats rituals (sobretot tenint en compte que l'exercici professional d'aquests terapeutes no està reconegut o pot ser legalment perseguit i socialment malentès i rebutjat) i les clares dificultats per a encaixar el medi real en el que es realitza el tractament amb el significat que se li atorga.

“Muchos de los estudios etnobotánicos que se realizan intentan sólo recoger los principios activos de los vegetales, sin tener en cuenta cómo las poblaciones los conceptualizan. Según esta visión etnocéntrica, no se tiene en cuenta el sentido ‘emic’ que las poblaciones dan a estos elementos, que según entienden están dotados de una fuerza suficiente capaz de enfrentarse a las que provocan la desgracia. En este sentido se trata de cómo ‘el ‘«espíritu» de la hierba lucha contra el «espíritu» de la enfermedad’ y no tienen por qué establecer la misma distinción que nosotros. Pero pueden creer en el poder de la planta y del árbol y, al mismo tiempo, conocer que cada uno tiene su función curativa, su fuerza específica para determinada enfermedad” (Fons, 2004: 41)

No es pot deixar de mencionar que el fet de que les pautes de tractament siguin diferents tindrà una influència en la valoració que el pacient realitza del tracte rebut a la consulta: serà més habitual que el terapeuta tradicional s'interessi per la història vital del pacient, per la seva família i el seu medi social (de fet, és freqüent que les conegui per endavant si pertanyen a la mateixa zona), quelcom que no se sol fer –al menys amb la mateixa profunditat– en la consulta del metge (excepte en algunes consultes de Psicologia i Psiquiatria) i que pot ser interpretat pel pacient com a una falta d'interès del metge per la seva persona i les seves circumstàncies de vida. El terapeuta tradicional (fins i tot quan les seves maneres d'actuació són, com ja s'ha dit, molt variades) sol oferir una detallada explicació causal de la malaltia al pacient, la qual cosa no sempre és possible en la Medicina occidental (bé perquè no es coneix la causa o perquè s'estimi que no és necessari explicar-la o no hi hagi temps per a fer-ho i, fins i tot quan es proporcioni, és possible que no es faci en termes comprensibles). La comparació també es pot donar quant al tipus de tractament: entre els terapeutes tradicionals aquest és, freqüentment, únic o en tot cas breu i rarament presenta efectes no desitjats, de tal manera que per al pacient que va al metge pot resultar difícil d'entendre haver de prendre fàrmacs durant setmanes o mesos, que a més presenten efectes secundaris que el pacient no pot relacionar amb la causa de la malaltia ni amb els seus símptomes i, per tant, es poden interpretar en termes de fracàs del tractament, com a mínim.

Tampoc es pot perdre de vista que, a vegades, el motiu per anar a un terapeuta tradicional o similar vindrà determinat no tant per la interpretació de la malaltia sinó per les limitacions en l'accés als sistemes biomèdics. L'absència de drets a l'assistència, la llunyania geogràfica, la incompatibilitat d'horaris o altres qüestions com l'escassetat de diners per a pagar els fàrmacs poden condicionar que s'esculli el tractament amb un terapeuta tradicional, els quals, sovint, no cobren pels seus serveis o ho fan de manera diferida o en espècie.

És cert també que l'escassetat de terapeutes tradicionals en el nostre entorn i la manifesta falta de professionalitat d'alguns d'ells limita els efectes beneficiosos i pot exacerbar els negatius: retards en els diagnòstics, en l'aplicació de tractament, consum de recursos econòmics que limitarà la compra de fàrmacs, tractaments agressius... En aquest sentit, des de l'Antropologia de la salut i alguns sectors de la biomedicina s'insisteix en la necessitat d'un coneixement mutu i un esforç de comprensió i compatibilització, racional i sensible a la vegada, de les actuacions i els tractaments que anirà, segur, en benefici del pacient.

Recerca d'ajuda: biomedicina

En el procés d'atribució causal i de recerca de tractament, pot succeir que una determinada malaltia s'interpreti com a una disfunció biològica o una patologia psíquica en els termes en els que aquestes s'entenen en la Medicina occidental. En aquest cas, aquesta serà la via de tractament de preferència i les opcions concretes, el tipus de centre i de professional que es cerquen, vindran definides per qüestions diverses, algunes ja mencionades.

Resumidament, en primer lloc, s'haurà de tenir en compte la situació legal i el dret a l'assistència del pacient concret. Després, l'opció d'un o altre centre s'establirà, en general, en funció de criteris com la seva disponibilitat horària, proximitat física,

accessibilitat en mitjans de transport, gènere o edat del professional i també en funció de les expectatives que aquest centre i els seus professionals genera, la informació rebuda de familiars o persones properes o la rumorologia en aquest sentit. I, és clar, en funció de les experiències prèvies, de forma que el pacient tendirà a anar a aquells serveis en el que ell mateix o membres de la seva xarxa social han obtingut una atenció que va ser qualificada de positiva en altres ocasions. Així, si la resposta obtinguda una vegada en un pediatre es va considerar correcta i satisfactòria des d'un punt de vista humà i biològic no és estrany que s'obvii l'especialitat i es consulti per a un problema d'un adult, per posar un exemple extrem però significatiu. La consulta tractarà d'escollir-se, en realitat com ho fem tots, allà on es percebi que es trobarà una resposta adequada. El tracte rebut, la percepció de respecte, la capacitat d'escolta i la sensació de que es tracta d'entendre el què es diu, l'èxit en anteriors ocasions o la justificació adequada de les actuacions fins i tot quan no hagin estat exitoses, determinaran en gran mesura on i a qui es consulta.

També una vegada que es recorre a la biomedicina, l'opció pot estar en la sanitat pública o en la privada. Tot i que anar a l'assistència privada continua essent minoritari, degut als considerables costos, sí semblen existir sectors més acomodats de població immigrant amb més temps d'estada i millor situació econòmica que van a la medicina privada, per diverses raons, entre elles: un tipus de tracte que s'interpreta com a millor o més correcte, interpretació de que la proximitat és major i la comunicació amb el personal és més fàcil, més temps dedicat a cada consulta, coneixement perllongat en el temps del metge per part de la família, i també, per què no dir-ho, sensació de tenir més dret –perquè es paga– a exigir exploracions, proves, tractaments o, simplement, temps d'escolta. Pot passar, fins i tot, que aquests sectors de població cerquen diferenciar-se dels que estan en situació més precària i evitar també tractes estereotipats per part de professionals del sistema públic que atenen a molts pacients del seu grup d'origen (o del que els facultatius creuen que ho és) i que no estableixen diferències que el pacient consideraria correctes entre uns i altres.

Compatibilització de pràctiques i sistemes⁷⁵

Ara bé, i això també s'ha mencionat ja, s'ha de tenir present que, fins i tot quan el pacient vagi a la biomedicina, això no significa que renunciï a realitzar atribucions causals pròpies ni que determinades pautes culturals puguin deixar de ser tingudes en compte o es limiti la seva influència sobre l'acompliment del tractament. El fet de que la malaltia no es conceptualitzi en termes biomèdics, és a dir, que la causa que se li atribueix no sigui una disfunció biològica pròpiament dita, sinó qualsevol altre factor, no implica que no es reconegui que els seus símptomes afecten físicament o psicològicament a la persona, al seu cos i a la seva ment. En altres paraules, fins i tot quan el pacient entengui que el què li passa no es tracta d'una malaltia *mèdica* o *de metges* sí pot reconèixer que presenta símptomes que poden ser alleugerits per la biomedicina.

⁷⁵ L'anàlisi en profunditat dels àmbits de compatibilitat de diferents sistemes mèdics s'escapa a les possibilitats d'aquest treball. Per a una anàlisi crítica dels criteris de compatibilitat i incompatibilitat entre biomedicina i la medicina tradicional establerts en les polítiques de l'OMS i els principis ideològics que li són subjacents es pot consultar, entre d'altres, (Muela, Haussman, 2002).

Se sol dir que la interpretació de la situació en termes, per exemple, de bruixeria, pretén buscar la causa primera de la malaltia, allò que la medicina occidental sol *despatxar* en termes d'atzar o sort, i les solucions que es busquen, es diferenciaren, per tant, entre aquelles destinades a alleujar els símptomes (per a la qual cosa es pot recorre a la biomedicina, o no) i les encaminades a eliminar o pal·liar les causes (per a la qual cosa no es recorre a aquesta, perquè no s'entén que aquesta sigui la seva utilitat, sinó que es tractarà, quan sigui possible, d'anar a terapeutes tradicionals).

Aquest de la recerca de les causes és un debat antic en Antropologia de la salut, en el que val la pena detenir-se un moment. Un dels estudis clàssics sobre el tema és l'elaborat per Evans-Pritchard (1997 [1937]) en la seva etnografia dels azande, sobre el paper de la bruixeria en aquesta societat i la seva influència en diversos aspectes de la vida, entre ells l'atribució causal de tot tipus de malalties i desgràcies⁷⁶.

“La brujería es ubicua. Toma parte en todas las actividades de la vida zande; en la agricultura, en la pesca y en la caza; en la vida doméstica de los caseríos así como en la vida comunitaria del distrito y de la corte; es un importante tema de la vida mental, en la que constituye el telón de fondo de un vasto panorama de oráculos y magia; su influencia aparece claramente marcada en la ley y las costumbres, la etiqueta y la religión; es prominente en la tecnología y en el lenguaje; no hay nicho ni rincón de la cultura zande en que no penetre. Si una plaga ataca la cosecha de cacahuets es brujería; si se recorre la selva en vano en busca de caza es brujería; si una mujer remueve trabajosamente un estanque de agua y sólo consigue unos pocos pescaditos es brujería; si las termitas no procrean a su debido tiempo y se pasa una noche inhabitualmente fría mientras se espera que salgan es brujería; si una mujer se muestra ceñuda y antipática con su marido es brujería; si un príncipe está frío y distante con un súbdito es brujería; si un rito mágico no logra alcanzar su propósito es brujería; de hecho, si alguien tiene un fracaso o una desgracia en cualquier momento y en relación con cualquiera de las múltiples actividades de su vida, ello puede deberse a la brujería.” (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 83-84)

“Cuando el zande habla de brujería no habla de ella como si hablara de la brujería fantástica de nuestra historia. Para él, la brujería es un lugar común y rara vez pasa un día sin mencionarla. Mientras nosotros hablamos de las cosechas, la caza y las dolencias de nuestros vecinos, el zande introduce en estos temas de conversación la cuestión de la brujería. Decir que la brujería ha producido una plaga en la cosecha de cacahuets, que la brujería ha espantado la caza y que la brujería ha hecho esto o aquello equivale a decir, en términos de nuestra cultura, que se ha perdido la cosecha de cacahuets a consecuencia del añublo, que la caza es escasa en esta época y que fulano de tal ha cogido la gripe. La brujería participa en todas las desgracias y es la jerga en que los azande hablan de ellas y en la que las explican. La brujería es una clasificación de las desgracias que, mientras difieren entre sí en otros aspectos, tienen este único carácter común, ser perjudiciales para el hombre.” (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 84)

L'autor posa un parell d'exemples, ja clàssics, sobre l'atribució de causalitat en malalties i altres desgràcies:

“Un muchacho se golpeó el pie contra un tocón que se encontraba en medio de un camino entre la maleza, un suceso frecuente en África, y en consecuencia tuvo dolor y molestias. Debido a la localización en la punta del pie fue imposible mantener la herida limpia de suciedad y comenzó a emponzoñarse. El muchacho declaró que la brujería le había hecho dar con el pie contra el tocón.

⁷⁶ Tot i que no comparteixo el to de la descripció de l'autor, un put etnocèntrica i paternalista, es tracta d'un exemple clàssic que val la pena citar. Correspon al treball de camp de l'autor amb els azande del Sudan durant 20 mesos entre 1926 i 1930 en el que se centra en l'estudi de la bruixeria com a mitjà de control social.

Yo siempre discutía con los azande y criticaba sus afirmaciones, y lo mismo hice en esta ocasión. Dije al muchacho que se había golpeado el pie contra el tocón porque no había tenido cuidado y que no había habido brujería en el camino, sino que el tocón estaba allí por razones naturales. Convino que la brujería no tenía nada que ver con el hecho de que el tocón estuviera en su camino, pero añadió que había mantenido los ojos abiertos a los tocones, como de hecho hacen todos los azande con el máximo cuidado, y que si no hubiera estado embrujado lo hubiese visto. Como argumento concluyente de su punto de vista, destacó que no todos los cortes tardan días en curar, sino que, por el contrario, se cierran rápidamente, pues tal es la naturaleza de los cortes. Entonces, ¿por qué se había emponzoñado su herida y se mantenía abierta si no era por brujería? Tal era, como no tardé en descubrir, la explicación zande de la enfermedad.” (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 85-86)

“En Zandeland a veces se cae un granero. Nada tiene de sorprendente. Todos los azande saben que las termitas se comen los soportes con el tiempo y que incluso la madera más dura se deteriora al cabo de los años de uso. Ahora bien, el granero es la casa de verano del caserío zande y la gente se sienta bajo él en el calor del día y charla o juega al juego africano del agujero o hace alguna artesanía. En consecuencia, puede ocurrir que haya gente sentada bajo el granero cuando se derrumbe y resulten heridas, pues es una estructura pesada hecha de vigas y barro y puede estar lleno de eleusina, además. Ahora bien, ¿por qué estas concretas personas estaban sentadas bajo este granero concreto en el preciso momento en que se derrumba? Que se derrumbe es fácil de comprender, pero ¿por qué tenía que derrumbarse en el concreto momento en que estas concretas personas estaban sentadas debajo? Ha tenido años para caerse, entonces ¿por qué se cae justamente cuando determinadas personas buscan su amable refugio? Nosotros decimos que el granero se derrumbó porque las termitas se habían comido los soportes. Ésta es la causa que explica el derrumbamiento del granero. También decimos que la gente estaba sentada debajo en aquel momento porque era el momento más caluroso del día y lo consideraban un lugar cómodo para charlar y trabajar. Esta es la causa de que la gente estuviera bajo el granero en el momento en que se derrumbó. Para nuestra mentalidad, la única relación entre estos dos hechos de causas independientes es su coincidencia en el tiempo y en el espacio. No tenemos explicación para el hecho de que las dos cadenas causales se crucen en un determinado momento y en un determinado lugar, pues no existe interdependencia entre ambas.

La filosofía zande puede aportar el eslabón perdido. El zande sabe que los soportes estaban minados por las termitas y que la gente estaba sentada debajo del granero con objeto de escapar al calor y al resplandor del sol. Pero, además, sabe por qué estos dos acontecimientos ocurren precisamente en el mismo momento del tiempo y del espacio. Se debe a la acción de la brujería. Si no hubiera habido brujería la gente hubiera estado sentada debajo del granero y éste no se hubiera caído sobre ellos, o bien hubiera caído pero la gente no habría estado refugiada bajo él al mismo tiempo. La brujería explica la coincidencia de estos dos sucesos.” (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 88-89)

I explica en els següents termes el paper que considera que juga la bruixeria:

“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, les cursives són seves)

“Los azande atribuyen la enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza, a la brujería o a la hechicería. Eso no quiere decir que no tengan en cuenta en absoluto las causas secundarias, sino que, en la medida en que las reconocen, generalmente las consideran asociadas con la brujería o la hechicería. Tampoco el hecho de atribuir la enfermedad a causas sobrenaturales les lleva a negar el tratamiento de los síntomas, como tampoco el hecho de atribuir a la brujería la muerte en los cuernos de un búfalo les hace esperar impasibles su ataque. Por el contrario, poseen una enorme farmacopea (yo mismo he recogido casi un centenar de plantas que se utilizan para enfermedades y lesiones, situadas a los lados de un camino de unas doscientas yardas), y en circunstancias ordinarias confían en que las drogas les curen sus males y sólo dan pasos para suprimir las causas primarias y sobrenaturales cuando la enfermedad es de carácter serio o toma un giro alarmante. Sin embargo, al describir la clasificación azande de las enfermedades y de sus tratamientos debemos recordar que la noción de brujería, como algo que forma parte de su origen, siempre está presente, y que si los azande no siempre e inmediatamente consultan sus oráculos para descubrir al brujo responsable, esto se debe a que consideran que la enfermedad es de poca importancia y no se merece la complicación y el gasto de las consultas oraculares.” (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 439)

Aquesta posició d’Evans-Pritchard ha valgut la crítica, justificada, de diversos autors en les dècades posteriors, que destaquen, fonamentalment, que la diferenciació entre el *com* i el *per què* que estableix respon, en realitat, a una necessitat de l’etnògraf o de l’observador extern d’explicar, en els seus mateixos termes, una realitat que li resulta incompreensible. Millor explicat, en paraules de Taussig (1995):

“Como observó Evans-Pritchard, estas son las razones principales por las que los azande atribuyen una enfermedad grave o una desgracia a hechicerías o brujerías: a la disposición maliciosa de relaciones sociales especialmente relevantes. La ciencia, como la conocemos hoy en día, no puede explicar el significado humano de los efectos físicos. Para expresarnos en términos de todos los días, la ciencia, al igual que la ciencia médica, puede explicar el ‘como’ pero no el ‘por qué’ de la enfermedad; puede apuntar a las cadenas de causa y efecto, pero al por qué me tocó en este momento y no en otro, la ciencia médica sólo puede responder con una variedad de la teoría de las probabilidades, que no es satisfactoria para la mente que busca certidumbre y sentido. En la práctica azande los temas del ‘como’ y del ‘porqué’ se fusionan: la etiología es simultáneamente física, social y moral. La causa de mi evidente desgracia física se encuentra localizada en mi nexo de relaciones sociales que incluye la injusta malevolencia de otro. Esta propiedad de mi nexo social se manifiesta en síntomas y signos físicos. Mi enfermedad es una relación social y el tratamiento debe encarar esa síntesis de orden moral, social y físico. En relación con esto surgen dos problemas. El primero, ¿los pacientes de nuestra sociedad se preguntan lo mismo que los azande a pesar de los desencantos de nuestra época y su incredulidad con respecto a la hechicería y la brujería? El segundo, ¿no hemos falseado la epistemología azande, siguiendo a Evans-Pritchard, al tratar de distinguir el ‘cómo’ del ‘porqué’, ‘el hecho’ del ‘valor’, y las causas inmediatas de las últimas? A menos que entendamos claramente desde el principio que estas no son distinciones nativas destacadas, sino que son necesidades nuestras para poder entender una epistemología foránea, no comprenderemos lo que está en juego. La distinción más saliente que debe ser tomada en cuenta es que en la epistemología azande hay una concepción muy diferente de los hechos y de las cosas. Los hechos están separados de los valores, las manifestaciones físicas no están desgarradas de sus contextos sociales y, por lo tanto, no se requiere un gran esfuerzo mental para leer relaciones sociales dentro de los acontecimientos materiales. Es un problema específicamente moderno cuando cosas como mis órganos corporales son en un momento meramente cosas y, en otro, me cuestionan insistentemente, con una voz demasiado humana, sobre el significado social de su mal-estar.” (Taussig, 1995: 112-113)

En qualsevol cas, i tornant a l'atenció sanitària en el nostre entorn, ambdues explicacions (tradicional i biomèdica) no necessàriament seran incompatibles i els tractaments (sobretot si aquell que els aplica és honest) no tenen perquè confondre's ni ser excloents entre sí. Fins i tot en el context de l'emigració, la medicina tradicional segueix tenint un paper rellevant en la mesura que aporta explicacions i remeis que no es poden obtenir de la biomedicina i que encaixen millor en la interpretació del món que li és pròpia al pacient. Per seguir amb l'exemple que ens ofereix el treball de Fons (2004):

“[Los ndowé] Aún aceptando las primeras causas de las enfermedades ofrecidas por la medicina occidental, no han dejado por ello de creer que éstas pueden haber sido provocadas, lo cual implica una aceptación simultánea de dos tipos de explicaciones causales al mismo fenómeno sin que aparezca contradicción alguna. Aunque acudan al médico occidental y admitan una explicación científica, pensarán en una posible causa (no visible) que también actúa en la enfermedad. (...) Una no sustituye a la otra, sólo aporta una explicación complementaria de los mismos hechos. Nosotros diremos que es el azar; ellos que se trata de una fuerza invisible que la ha provocado.” (Fons, 2004: 184)

“Pero la medicina tradicional sigue teniendo mucha fuerza, porque se enfrenta a aquello que provoca el mal, la enfermedad y la muerte. Porque, ¿quién nos dice que, aún admitiendo como primera causa la que nos proporciona la ciencia, en realidad las enfermedades no han sido ‘lanzadas’ por alguien? En realidad son dos explicaciones causales complementarias de los mismos hechos y que quedan muy bien recogidas en la explicación que dan los azande.” (Fons, 2004: 62)

Kaplan (1998) tracta també la compatibilització de pràctiques:

“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, les cursives són seves)

Tampoc es pot perdre de vista l'aculturació en matèria de coneixements i actituds en torn a la salut que passa després del procés migratori. Aquest fet de l'aculturació o el canvi de valors s'observa, per exemple, quant a la demanda de mètodes anticonceptius o la sol·licitud d'una interrupció voluntària de l'embaràs:

“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)

Moltes vegades les respostes que s’ofereixen per part de terapeutes tradicionals no només no són incompatibles amb les de la biomedicina sinó que poden contribuir a augmentar la confiança del pacient en la seva curació i oferir-li un suport psicològic contextualitzat en la seva cultura i la seva història vital que no sempre pot oferir la medicina occidental. Així, per exemple, és una situació freqüent que determinats fàrmacs o accions terapèutiques pròpies de la biomedicina es conceptualitzin en termes *folk*, és a dir, s’utilitzaran donant-les-hi el mateix valor o utilitat que un preparat o acció propis de la medicina tradicional, bé perquè aquest últim no sigui accessible, ho sigui més difícilment o se li suposi menor eficàcia. Fons (2004) descriu de manera molt clara aquest fenomen, quan explica la conceptualització que les dones ndowé emigrades a Catalunya realitzen dels tractaments vitamínics suplementaris que els proporcionen els seus ginecòlegs durant l’embaràs:

“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, les cursives són seves)

“Cuando se les habla de anemia, entienden que les falta sangre. Dado que asocian la debilidad que tienen a la pérdida de sangre, creen que la recuperarán tomando vitaminas. Es así como la ingesta de vitaminas se entiende como una forma más de tener sangre. Se las toman para recuperar parte de la sangre perdida, pero siempre evitando que la criatura engorde en exceso. No se las toman durante todo el periodo, sólo durante los primeros meses, sobre todo mientras la criatura se está formando. Pero no así al final del embarazo (a partir de los siete meses, aproximadamente), a fin de evitar que engorde demasiado y provoque un parto difícil.” (Fons, 2004: 98)

“[En relación con las vitaminas suministradas por los médicos occidentales] En estos casos, las vitaminas sustituyen estas prácticas medicinales. De aquí que podamos decir que estos tratamientos tradicionales se equiparan o se sustituyen y complementan mutuamente, sin ruptura ni conceptual ni práctica. Y esto me parece significativo, porque representaría de alguna que, en términos de aculturación, aunque se dé un proceso de cambio, el nivel de conceptualización en torno a algunas prácticas nuevas sigue siendo el mismo. Es así como vemos que, en algunos casos, la medicina occidental aporta soluciones prácticas, pero éstas se introducen en el nivel de cumplimiento de todo aquello que intenta evitar problema en el embarazo, y su incorporación se interpreta en términos tradicionales.” (Fons, 2004: 122)

En definitiva, es manté la interpretació pròpia, tradicional, però s'adapta a les noves circumstàncies de vida. En paraules 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)

Itineraris terapèutics: població autòctona

Finalment, tampoc es pot oblidar que les explicacions més o menys màgiques i/o religioses no són exclusives dels pacients d'altres cultures. Les persones llegendes han disposat sempre d'explicacions per allò que els hi passa que no necessàriament han coincidit amb les que els oferien els seus metges i han emprat remeis abans de recorre a ells, és a dir, abans d'interpretar que el què els hi passa és un problema que només pot solucionar un especialista en biomedicina. I també han compatibilitzat els tractaments especialitzats amb els casolans i amb les pràctiques religioses i màgiques. L'existència de curanderos no és tampoc quelcom estrany en el nostre entorn, han existit sempre i molts pacients han recorregut a ells abans, després o al mateix temps que als metges.

Les diferències entre els pacients i els professionals de la salut respecte a la interpretació de la malaltia, per tant, no són noves en el nostre entorn, han existit sempre fins i tot quan la cultura compartida sigui la mateixa i també quan no ho és tant com pugui semblar. Pensem, per exemple, en les dificultats que deuriem trobar alguns metges andalusos destinats a la Galícia rural entre els anys cinquanta i seixanta i com es varen topar davant d'explicacions i maneres de resoldre la malaltia a vegades totalment diferents a les que marcava la biomedicina i a les que havien vist en els seus paisans. O les que segurament van experimentar, més o menys per la mateixa època, els metges catalans davant l'arribada d'emigrants andalusos o extremenys. La situació que varen viure tots ells, professionals i pacients, es pot considerar, en certa manera, similar a la que es dona avui en dia amb els immigrants. La població a la que s'ha atès no ha estat mai homogènia, sempre ha existit una distància entre el metge i alguns dels seus pacients. Simplement potser aquesta diferència sigui més coneguda i identificada (o no, com passa amb les interpretacions de la malaltia per part dels gitanos autòctons) o potser sigui en menor volum, menys variada, o potser també, en aquest moment la de *la cultura* sigui una etiqueta fàcil que permet resumir i simplificar els problemes situant-los només en un àmbit i en un responsable: el pacient, del que se sol dir que, amb la seva diferència cultural, complica la seva pròpia assistència i la de la resta dels usuaris i manca de l'educació necessària per a comprendre com funcionen el cos i el sistema

sanitari. Afortunadament, no sempre és així. Però ho és en masses ocasions. La incomprensió procedirà llavors no només de la nostra dificultat per a entendre pràctiques alienes sinó també, especialment, de la falta de consciència respecte al significat real de les pròpies. Un cop que s'accepta el fet de que les interpretacions més o menys màgiques i els recursos a solucions múltiples davant les crisis són comuns, s'haurà donat el primer pas de comprensió d'altres formes d'entendre la vida, la salut i la malaltia i, també, el primer pas cap al seu respecte.

4. LA COMPETÈNCIA CULTURAL: UNA APROXIMACIÓ A L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA EN CONTEXTOS INTERCULTURALS

Com s'ha vist, als professionals relacionats amb l'àmbit de la salut se'ls hi demana cada cop més que siguin capaços de moure's en una consulta que té lloc en un medi intercultural i que donin respostes satisfactòries a les necessitats de pacients de diferents cultures i situacions socioeconòmiques diverses sense que l'atenció a la resta es vegi afectada. Al mateix temps, els organitzadors i gestors del sistema sanitari s'enfronten al repte de dotar a aquests serveis d'una flexibilitat suficient com per a donar cabuda a aquests pacients, al mateix temps que s'optimitzen (o redueixen) les despeses i es cobreixen les demandes d'una població en la que s'incrementen els índexs de dependència, els nivells d'exigència i, també, la capacitat econòmica per a acudir als serveis privats.

La mateixa OMS en un dels seus documents sobre salut i immigració (OMS, 2003) assenyalava la importància de l'adaptació cultural dels serveis com a forma d'evitar errors diagnòstics i millorar l'accessibilitat, en els següents termes:

“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 intent per establir les característiques que haurien de reunir els sistemes sanitaris i els professionals per a fer front a aquest repte, s'ha establert l'anomenat model de la competència cultural (*cultural competence*), que està adquirint gran rellevància a nivell internacional, tot i que, en el nostre entorn, la seva difusió és encara limitada. Aquest model neix als EUA en els anys vuitanta en el marc de la *Counseling Psychology* i la seva presentació oficial va ser l'any 1982, en la qual es publica un informe de l'Associació Americana de Psicologia respecte a la formació dels professionals. En el decurs de les següents dècades s'han anat oferint diferents denominacions sense que en l'actualitat hi hagi un acord sobre el terme que s'ha d'utilitzar i es parla de *cultural competence*, *effectiveness*, *humility*, *responsiveness* o *cultural sensitivity*. Tampoc hi ha consens pel que fa a la definició formal, tot i que, de manera genèrica, el concepte gira en torn a la rellevància de variables com l'edat, el gènere, l'ètnia, la religió o l'estatus socioeconòmic, entre d'altres, i la influència que té quant a l'abordatge dels pacients en la consulta, així com el conjunt de coneixements i habilitats necessàries per a fer ús

d'aquestes variables de manera ètica i eficaç (Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel, Greene, 2000).

Betancourt et al. (2003) defineixen *la competència cultural* com a la capacitat del sistema sanitari i dels seus professionals per a tenir en compte la influència dels factors socials i culturals en la salut dels pacients i en els termes en els que té lloc l'assistència sanitària. En les seves pròpies paraules:

“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)

Aquests autors (Betancourt et al., 2003) han elaborat un esquema, que prendrem com a base per a l'anàlisi, en el que identifiquen tres nivells de l'assistència sanitària en els que es donen el que denominen “barreres socioculturals” (*sociocultural barriers*) que contribueixen a l'aparició de desigualtats en salut en pacients de col·lectius diferents al majoritari (*racial/ethnic disparities in health*, utilitzant els seus termes). Tot i no tractar-se de categories perfectament diferenciades, defensen que aquesta diferenciació pot ajudar a construir un marc des del qual entendre la competència cultural en el sistema sanitari. Diferencien entre:

- Barreres organitzatives (*organizational barriers*)
- Barreres estructurals (*structural barriers*)
- Barreres clíniques (*clinical barriers*)⁷⁷

Barreres organitzatives

Els autors (Betancourt et al., 2003) destaquen el fet de que els directius i treballadors dels sistemes de salut pertanyin fonamentalment als grups majoritaris de la societat té

⁷⁷ Com ja s'ha mencionat en alguna ocasió, el terme “barreres” no sembla el més adequat, per les connotacions negatives que té, però es mantindrà aquí per ser el que utilitzen la major part dels autors que escriuen sobre competència cultural. Personalment, em semblaria més adequat utilitzar termes més neutres i que no remetien necessàriament a l'existència d'un conflicte, com “factors”, “elements” o “qüestions”.

com a conseqüència que el disseny i la forma de funcionament dels serveis s'ajustarà, preferentment, a les necessitats i expectatives d'aquests grups, deixant de costat o prestant menys atenció a les dels sectors minoritaris, per la qual cosa el model d'atenció resultant els resultarà menys proper i acceptable.

La presència de membres de comunitats minoritàries tant en els equips directius com entre la resta dels treballadors dels sistemes sanitaris es relacionaria, d'acord amb aquest model, amb una major adherència al sistema de pacients pertanyents a les minories i millor qualitat de l'atenció.

“Institutional leadership. (...) In the absence of strong quantitative data, a plethora of anecdotal evidence suggests that lack of diversity in the leadership and workforce of health care organizations results in structural policies, procedures, and delivery systems inappropriately designed or poorly suited to serve diverse patient populations. Given their social and cultural understanding of the communities they serve, minority professionals are more likely than their white counterparts to organize health care delivery systems to meet the needs of minority populations. Examples of barriers to care in the way systems are currently organized include: limited clinical hours of service that don't account for community work patterns, bureaucratic intake processes that create fear of deportation among the undocumented, and long waiting times to make appointments and/or at the time of visit.” (Betancourt et al., 2003: 295-296, les cursives són seves)

“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, les cursives són seves)

Les intervencions destinades a aconseguir sistemes sanitaris culturalment competents anirien, segons aquest esquema, cap els esforços per incorporar personal pertanyent a grups minoritaris en els equips dels sistemes sanitaris.

“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, les negretes són seves)

Pel que fa a l'aplicabilitat d'aquest tipus d'intervencions en el nostre entorn, dir que presenten diversos problemes, com s'ha posat de manifest ja fa anys en altres camps de l'acció social, com l'educació, el treball comunitari o la representació social. En primer lloc, la incorporació de professionals sanitaris immigrants o pertanyents a minories als nostres serveis de salut ha estat, fins al moment, bastant limitada, tant per l'escassetat de professionals entre els que arribaven com per les dificultats per a convalidar els seus títols i així poder exercir la seva professió. Sí és cert, tanmateix, com ja s'ha mencionat, que en els darrers anys s'ha registrat un increment considerable de facultatius d'origen estranger, fonamentalment d'alguns països d'Amèrica Llatina, com Argentina i Mèxic, i de l'antiga Europa de l'Est, com Polònia. Ara bé, la seva incorporació respon a criteris formatius i laborals més que perquè es contempli la competència cultural: venen a acabar la seva formació especialitzada o treballar com a professionals i molt rarament, també, s'han incorporat als equips directius dels centres de salut o hospitals o a òrgans més alts de gestió.

Per altra banda, destacar que el seu origen estranger i, a vegades, de països en vies de desenvolupament, no garanteix la seva pertinença a minories ètniques ni significa que comparteixin necessàriament (ans al contrari) les característiques socioeconòmiques de la resta dels immigrants ni que estiguin en condicions d'entendre-les, en la mesura en que solen pertànyer als sectors més elevats des del punt de vista econòmic i de posició social en els seus països d'origen. En aquest sentit, probablement s'hauria de preguntar sobre la seva capacitat real per a tenir una millor comprensió de la situació dels seus compatriotes i altres immigrants que els professionals autòctons i el paper que els estereotips o prejudicis que sobre els grups minoritaris existents en els seus països d'origen puguin tenir en les seves actituds en la consulta. Un exemple clar serien les dificultats que trobarien els professionals del nostre entorn que exercissin en altres països per atendre a pacients gitanos espanyols, tot i quan comparteixin el mateix origen nacional i s'entenguin en la mateixa llengua. És a dir, l'origen nacional o, fins i tot, la pertinença ètnica no capaciten necessàriament a un individu per a intervenir (millor que la resta dels professionals) en les situacions d'interculturalitat, per la qual cosa les dificultats inherents a l'atenció a les minories s'han de resoldre necessàriament a través de la via de la formació dels sanitaris (de tots ells) i la incorporació als equips de professionals experts en aquests temes. L'error d'aquest plantejament del model de competència cultural és pressuposar l'absència d'estratificació en els països d'origen i en els col·lectius presents en el de destí, l'homogeneïtat cultural de les poblacions de cada país, oblidar que un membre d'una cultura no veu garantida la seva competència professional pel fet de ser-ho, sinó en la seva formació i experiència, i, sobretot, no tenir present que, com ja s'ha dit reiteradament, un bon professional en una societat pluricultural ha de tenir capacitat per a la relació i el maneig de les qüestions de diversitat com a part de la seva pròpia professió.

En el que es refereix als descendents d'immigrants, dir que, en l'actualitat i en el nostre entorn, excepte per alguns grups (com els guineans) la immigració és un fenomen relativament recent i, per tant, existeixen encara pocs descendents d'immigrants en edat universitària o d'accedir al mercat laboral especialitzat, a la qual cosa caldrà afegir les dificultats d'índole socioeconòmica que trobaran per accedir a formació de grau superior i, especialment en el cas de la Medicina, a una de les llicenciatures universitàries més llargues que existeixen i que requereix del MIR, una oposició prèvia a l'accés a la formació especialitzada (obligatòria i remunerada). En relació amb tot això, recordar que és obligació de les nostres administracions i dels nostres governs donar oportunitats equitatives a tots els ciutadans, no als d'una cultura, ètnia o classe social, per a que rebin formació i és aquesta la via real de l'accés dels descendents d'immigrants, els immigrants i totes les minories i poblacions a les professions més qualificades, com les sanitàries.

Barreres estructurals

Betancourt et al. (2003) destaquen que un dels factors que tenen més impacte en l'assistència sanitària és la dotació de recursos dels sistemes sanitaris i com aquests s'utilitzen, de manera que, davant la limitació de recursos, solen ser les necessitats de les poblacions minoritàries les que més freqüentment es veuen desatenses.

“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, les negretes i les cursives són seves)

L’escassetat de fons sol ser un mal endèmic per als sistemes sanitaris de tot el món (tot i que, indubtablement, en uns països o zones més que en d’altres) i, malgrat que, en principi, la distribució de recursos hauria de garantir que tots els ciutadans rebessin una atenció acord amb les seves necessitats, és una realitat que les poblacions més vulnerables tenen, al mateix temps, major necessitat de recursos que la resta de la població i menor capacitat per a exigir els seus drets i, per tant, accedir a l’atenció.

Els autors destaquen de manera especial, entre els factors implicats, l’absència de serveis d’interprets i de materials educatius i informatius adaptats culturalment i lingüística, tot i que inclouen també qüestions d’índole més organitzativa o de disseny com els temps d’espera per a les consultes, els criteris burocràtics per a l’accés als serveis i les derivacions als especialistes. Les intervencions en competència cultural anirien, per tant, orientades a millorar aquests aspectes. Segons 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, les negretes són seves)

Tan sols tornar a afegir aquí que és imprescindible conèixer en profunditat les característiques sociodemogràfiques i les necessitats en salut de les poblacions sobre les que es pretén actuar per a poder garantir que reben l’atenció que per dret els hi correspon, que les intervencions que es realitzen siguin les adequades i que es faci un ús responsable dels recursos comuns, i, també per a explicar a la població general el destí dels recursos. I això sense perdre de vista la necessària protecció als sectors més vulnerables d’aquesta població, de forma que no se sentin pitjor atesos davant l’arribada d’immigrants, amb els quals, freqüentment, competeixen per l’accés a determinats sectors laborals i ajudes socials. Tenir en compte totes aquestes qüestions probablement implicarà la necessitat d’incrementar els recursos i optimitzar els ja existents, la qual cosa sembla imprescindible per a evitar les situacions de desprotecció d’uns i altres, per assegurar la integració social i l’adequada convivència entre els diferents sectors de la població.

Barreres clíniques

Betancourt et al. (2003) defensen que aquestes barreres apareixen quan no es té en compte els aspectes de la cultura del pacient relatiu a la salut, de manera que es dificulten els processos de comunicació entre el metge i el pacient i es generen prejudicis per part dels professionals que afectaran necessàriament a la seva conducta en la consulta i a les decisions que prengui. Les dificultats de comunicació conduirien, per tant, a menor satisfacció del pacient, descens de l'adherència i menor qualitat de l'atenció. Encara que ja he parlat d'alguns aspectes d'aquesta qüestió amb anterioritat, val la pena reprendre aquí les paraules de Betancourt per a aquest context específic:

“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, les negretes són seves)

Els autors expliquen, molt raonablement, que les intervencions en aquest sentit haurien d'anar en la direcció de dotar als professionals de la formació que els permetria disposar dels “coneixements, eines i habilitats” necessàries per a conèixer els factors socials i culturals implicats en el procés terapèutic.

“Clinical cultural competence interventions are efforts to enhance provider knowledge of the relationship between sociocultural factors and health beliefs and behaviors and to equip providers with the tools and skills to manage these factors appropriately with quality health care delivery as the gold standard—e.g., cross-cultural training.” (Betancourt et al., 2003: 297-298, les cursives són seves)

Pel que fa a aquesta formació, Betancourt et al. (2003) expliquen que el seu contingut és variat i el mou entre dues corrents generals: la “*multicultural*”, que se centra en oferir als professionals formació sobre continguts concrets de les diferents cultures dels seus pacients (específicament els relacionats amb la salut) i la “*crosscultural*”, que se centra, més que en els continguts culturals, en temes relacionats amb l'assistència sanitària a les minories, com poden ser els processos de comunicació. Els autors, amb tota lògica, assenyalen la impossibilitat de que els professionals arribin a dominar tots els aspectes de les cultures de tots els pacients als que atenen i assenyalen el risc de no tenir en compte la variabilitat individual i els processos d'aculturació, de manera que acabin generant-se estereotips que siguin un entrebanc per a l'atenció més que no pas facilitar-

la, però defensen que conèixer cert tipus d'informació d'aquest caire pot ser útil. En les seves pròpies paraules:

“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, les negretes són seves)

“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 això, cal assenyalar que, efectivament, no resulta possible, ni es pot pretendre, tenir un coneixement ni tans sols adequat dels continguts culturals de tots els pacients pertanyents a diferents tradicions que arriben a la consulta. I menys encara, en l'actual context de l'assistència sanitària en el nostre entorn, en el que el creixent número i heterogeneïtat de pacients procedents d'altres tradicions culturals i religioses se li afegeixen la cridanera manca de formació dels professionals sanitaris en temes aliens a la tradició més biologicista de les seves especialitats i, també, l'escassetat de professionals de l'Antropologia veritablement especialitzats en alguns dels col·lectius i en aquesta temàtica. Almenys en l'actualitat i en un termini curt de temps, no sembla possible, per tant, oferir una formació suficientment àmplia i rigorosa sobre cada una de les tradicions culturals, quelcom, que, en realitat, tampoc semblaria necessari, excepte en certs casos de concentració d'una població que pugui necessitar-ho; però sí ho és proporcionar unes línies generals respecte a la conceptualització de cultura, la variació i adaptabilitat dels continguts culturals, la formació de la identitat ètnica, els condicionants en les situacions de pobresa o d'explotació extrema, els processos de marginació social i els principals aspectes que es relacionen amb l'assistència sanitària, de forma que els professionals de la salut puguin tenir aquestes qüestions presents en les consultes i siguin capaços d'identificar els diferents fenòmens culturals i socials que es fan presents en l'assistència, fins el punt, també, de saber quan és necessari sol·licitar l'ajuda d'especialistes en la matèria.

Aquestes habilitats ajudarien a afermar una adequada relació metge-pacient, millorarien la qualitat de l'atenció i l'adherència al tractament i al sistema sanitari i també reforçarien la sensació de seguretat del clínic en el seu abordatge d'aquests pacients. Betancourt et al. (2003) defensen també que aquestes habilitats i coneixements contribuirien a disminuir les desigualtats socials en salut, en concret, aquelles que es relacionen amb la pertinença ètnica (o racial, en termes dels autors nord-americans).

Precisament en relació amb la formació en competència cultural dels professionals sanitaris, Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel y Greene (2000) estableixen un llistat de les "actituds, coneixements i habilitats" que han de tenir els professionals per a exercir adequadament la seva professió en el medi intercultural. A saber:

Minimal Multicultural Competences for Practice

1. Awareness of how one's own cultural heritage, gender, class, ethnic-racial identity, sexual orientation, disability, and age cohort help shape personal values, assumptions, and biases related to identified groups (...)
2. Knowledge of how psychological theory, methods of inquiry, and professional practices are historically and culturally embedded and how they have changed over time as societal values and political priorities shift (...)
3. Knowledge of the history and manifestation of oppression, prejudice, and discrimination in the United States and their psychological sequelae (...)
4. Knowledge of socio-political influences (e.g., poverty, stereotyping, stigmatization, and marginalization) that impinge on the lives of identified groups (...)
5. Knowledge of culture-specific diagnostic categories (e.g., Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorders [4th ed.; American Psychiatric Association, 1994; APA, 1993])
6. Knowledge of such issues as normative values about illness, help-seeking behaviour, interactional styles, and worldview of the main groups that the clinician is likely to encounter professionally (...)
7. Knowledge of culture-specific assessment procedures and tools (...) and their empirical support
8. Knowledge of family structures, gender roles, values, beliefs, and worldviews and how 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)⁷⁸ 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

⁷⁸ Sobre aquesta equiparació entre *etic* i universal es podria obrir tot un debat. No sembla el moment, per la qual cosa només apuntar que, en Antropologia –d'on procedeix el terme–, *etic* se sol utilitzar amb freqüència per a fer referència a la perspectiva de l'etnògraf, de l'observador d'una cultura aliena. No és una perspectiva universal, per tant, sinó, en realitat, tan particular, tan culturalment específica com la que qualsevol membre d'una cultura tingui sobre la seva pròpia.

- 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 (...)

Font: Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel, Greene, 2000: 654

Es tracta d'un enfocament, com defensen els autors, centrat en el pacient en tant que individu i no com a representant d'una determinada tradició 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)

Cal assenyalar, breument, vàries qüestions respecte a aquest esquema. En primer lloc, el que els autors defineixen com a “identified groups”:

“The term *identified groups* refers to individuals who self-identify with 1 or more of the 10 dimensions specified in the APA (1992) ethics code (e.g., age, gender, race, ethnicity, national origin, religion, sexual orientation, disability, language, and socioeconomic status).” (Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel, Greene, 2000: 653)

En segon lloc, destaca la incorporació al conjunt d'habilitats o coneixements d'un aspecte que constitueix, sens dubte, una enorme passa endavant en el que es refereix als plantejaments de la biomedicina: el de la consciència per part dels propis paràmetres i posicionaments culturals i la manera en què aquests poden influir en la relació amb altres grups socials, així com la influència sobre les teories, mètodes i tècniques emprats en les consultes de la tradició històrica i cultural en la que van ser desenvolupats.

Tercer, es tracten separadament els factors culturals dels factors socioeconòmics i, quart, l'esquema té present la necessitat d'un posicionament ètic per part del professional i per part de les institucions que contribueixen a la seva formació i a la seva experiència en el que càpiga reconèixer que no està format per atendre a pacients procedents d'altres tradicions culturals o circumstàncies socials i la necessitat de modificar aquesta situació, cercant la formació i informació necessària. Cal assenyalar, tanmateix, que no es fa cap referència a aspectes relacionats amb la formació i informació dels pacients o a membres destacats dels seus col·lectius, com a forma de millorar el coneixement mutu.

Abordarem, en propers textos, amb més deteniment els aspectes relacionats amb la competència cultural i, sobretot, allò relacionat amb la formació del personal sanitari.

SEGONA PART

CAPÍTOL 4. RECOPIIACIÓ I REFLEXIONS ENTORN AL MARC LEGAL PER A L'ATENCIÓ A LA SALUT DE POBLACIÓ IMMIGRANT

1. LEGISLACIÓ INTERNACIONAL RELATIVA ALS DRETS HUMANS EN RELACIÓ AMB LA SALUT

1.1. El dret a la salut i l'equitat en salut

En el decurs de la història recent de la Medicina i la Salut Pública, s'han elaborat una gran varietat de definicions de salut⁷⁹. Malgrat això, la primera definició integral és la que s'ofereix en la Constitució de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948⁸⁰, i que diu:

“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, les cursives són meves)

Es tracta d'una definició nascuda després de la situació creada per la Segona Guerra Mundial i que es pot considerar molt avançada per a la seva època, degut tant a la consideració de la salut com a dret humà fonamental, com per la rellevància que s'atorga als factors econòmics, polítics i de participació social, donant a la salut una dimensió molt més àmplia que la mera absència d'una disfunció biològica. Tanmateix, diversos autors han posat en evidència els inconvenients d'aquesta definició (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996). Sense pretendre aprofundir ara en el tema, per una banda, de la mateixa manera

⁷⁹ El lector interessat pot consultar algunes d'elles a Piédrola et al., 1991.

⁸⁰ La Constitució de l'OMS va ser adoptada el 22 de juliol de 1946 per la Conferència Institucional de la Salut i va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948.

que la majoria dels drets descrits en la Declaració dels Drets Humans o en els successius Pactes i Convencions, a aquest concepte de salut se li atorga un caràcter universalment vàlid que està lluny de tenir. L'Antropologia i més específicament, l'Antropologia de la salut ha pogut comprovar que les representacions que els diferents pobles i cultures elaboren respecte a la salut i la malaltia poden ser molt diferents entre sí i constitueixen, a més, conceptes dinàmics en continua evolució. Per altra banda, tot i que la recerca i la planificació de les polítiques de salut necessiten d'un marc teòric i normatiu en el que basar les seves accions, tampoc sembla la definició més adequada per a aquest propòsit. El nucli central de la mateixa defensa la salut com “el estado de total bienestar...”, la qual cosa no només constitueix una aspiració difícilment assequible –més encara de manera sostinguda en el temps-, sinó també un concepte de definició i quantificació complexes i, per tant, molt poc útil a nivell pràctic. Per aquest motiu, s'han continuat utilitzant indicadors indirectes per a mesurar la salut, des de la limitació de l'activitat i la morbiditat fins als anys de vida perduts o la mortalitat, variables que permeten una quantificació més senzilla i presenten menor variabilitat sociocultural (tot i que també la tinguin). La mateixa OMS en els seus documents acostuma a incorporar –a més de l'anterior- una altra definició:

“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 definició, que es la de la Constitució de la OMS, expressa 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 definició no permite una medición objetiva, por lo que, a efectos de trabajo, se requiere una definició más concreta. Por regla general, se utiliza la segunda definició con este fin (por ejemplo, en las estadísticas sanitarias).” (OMS, 1998b: p.61)⁸¹

I això és certament descoratjador des d'un punt de vista tant ètic com pràctic. Ètic, perquè sembla que es relega a un segon pla el plantejament inicial –la salut com a dret humà i objectiu social-, assumint-se que, en la pràctica, la definició *útil* és la de caràcter més biològic. I pràctic, perquè aquesta definició no soluciona les limitacions de l'anterior sinó que afegeix més ambigüitat: evidentment “la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad...” que es pugui aconseguir amb certes accions sanitàries desenvolupades en l'actualitat per organismes internacionals a Haití, per posar un exemple, estan a anys llum de les xifres d'estats com l'espanyol o qualsevol altre dels anomenats desenvolupats i, tanmateix, ambdues circumstàncies, semblen emmotllar-se al mateix concepte de salut. Això ens ha de portar a la reflexió de si té sentit una definició global de salut i de quines serien també les conseqüències d'establir definicions –i, fins i tot, aspiracions- parcials en funció de la situació i la capacitat real dels estats. És obvi que la majoria dels països en desenvolupament no poden aspirar a assolir els nivells de salut dels països més desenvolupats en un termini ni tan sol mig de temps, com tampoc és possible –tot i que potser sí bastant més possible- que absolutament tots els sectors d'una població d'un d'aquests estats desenvolupats tinguin

⁸¹ Aquesta definició figura en un glossari, sense paginar, a Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1998b) *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. S'indica el número de paràgraf en el qual apareix la definició.

el mateix nivell de salut, però també ho és que permetre que els governs defineixin el què és per a ells un nivell acceptable de salut per a la seva població –o, el que és pitjor, per a certs sectors d'aquesta- podria acabar generant encara més desigualtat.

No es pot negar, tanmateix, el gran pas cap endavant que suposa la primera definició quant a la consideració social de la salut. Més recentment, autors com Coburn (2000; 2004), Lynch (2000) o Navarro, Benach i la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud (1996) han assenyalat, cada un des de les seves pròpies posicions, a la pobresa i la marginació com a les principals responsables dels dèficits en salut. Les causes de la malaltia serien, llavors, no exclusivament biològiques, sinó també socioculturals i, en especial, estructurals, en el sentit de que és l'estructura de la societat (en termes no només econòmics sinó també, per exemple, de les posicions i relacions d'edat i gènere) la que determina que uns grups tinguin pitjor salut que d'altres. Així:

“Otra razón por la cual tanto la salud como la enfermedad debieran considerarse como fenómenos no sólo biológicos sino también sociales es su causalidad social. En efecto, la variabilidad social de la salud y la enfermedad se debe no sólo a las distintas manifestaciones de aquellos fenómenos según las clases sociales y otros agentes sociales (como género, raza, etnicidad y otros), sino también a causas distintas que producen y reproducen aquella variabilidad social y las desigualdades sociales. Existe gran evidencia científica de que las causas más importantes de la salud y la enfermedad son de tipo ambiental (bien físico o bien social), genético, de comportamientos personales o de tipo sanitario (servicios preventivos y curativos). Entre ellas, las más importantes para explicar el nivel de salud de la población son las causas sociales, sin que con ellos restemos importancia al resto de causas. Como ha comentado recientemente la Organización Mundial de la Salud: la principal causa de mala salud y sufrimientos del planeta aparece señalada al final de la Clasificación Internacional de Enfermedades con el código Z589.5: ‘pobreza extrema’ (OMS, 1995). Para cada una de este tipo de causas (excepto la genética) existe gran variabilidad dependiendo de la posición que las personas tienen dentro de una estructura definida en términos de clase, género, región y otros hechos. De ahí, que se observe una gran variabilidad y desigualdades sociales en los niveles de salud y enfermedad de la población, dependiendo de la ubicación de la persona dentro de esa estructura que llamamos sociedad. Naturalmente que la sociedad no es sólo estructura sino también proceso, que permite cambiar y modificar aquellas estructuras que reproducen las desigualdades sociales que conllevan a unas desigualdades en las condiciones de salud y enfermedad. De ahí la gran importancia de analizar, medir, definir y cuantificar aquellas desigualdades como condición previa para intervenir y modificarlas.” (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 13-14)

L'OMS (2001) ha anat destacant també la multicausalitat de la malaltia, afegint a les causes econòmiques les derivades dels processos de discriminació, racisme i prejudicis. En les seves pròpies paraules:

“Sobre los grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. Muchas disparidades de salud tienen sus raíces en las desigualdades estructurales sociales básicas, íntimamente relacionadas con el racismo y otras formas de discriminación en la sociedad.” (OMS, 2001: 6)

“La discriminación explícita o implícita infringe uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y suele ser la causa de la mala salud. La discriminación contra la mujer; los ancianos; las minorías étnicas, religiosas y lingüísticas; las personas con discapacidades; las poblaciones indígenas y otros grupos marginados en la sociedad provoca y agrava la pobreza y la mala salud.” (OMS, 2001: 6)

“Otra dimensión importante que hay que tener en cuenta es la forma en que la discriminación racial se combina y multiplica en relación con otros motivos de discriminación, como el sexo y los roles de género, la edad (niñez y ancianidad), la orientación sexual, la religión, la afiliación política, la discapacidad física y mental y otros estados de salud.” (OMS, 2001: 7)

La defensa del dret a la salut per a tots els sectors de la població i la superació de les desigualtats en aquesta matèria constitueixen una de les metes principals de les agències sanitàries internacionals, tot i que, com anirem veient en el decurs d'aquest capítol, es troben per a aquest fet limitades per instruments legals i jurídics –alguns elaborats per elles mateixes, com la pròpia definició de salut- que deixen masses oportunitats per a que diferents tipus de discriminacions trobin justificació i cabuda en els sistemes legals dels Estats. El dret a la salut, consagrat en la Constitució de l'OMS, es manté en totes les seves Declaracions i documents importants com la Declaració d'Alma-Ata de 1978, la Declaració Mundial de la Salut i el pla Salut per a Tots en el Segle XXI, ambdós de 1998, tot i que la proposta més completa i la que s'utilitza habitualment és la que s'ofereix en el Pacte Internacional sobre els Drets Econòmics, Socials i Culturals, de l'Assemblea General de les Nacions Unides (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1996b), que veurem més endavant.

El dret a la salut s'ha anat abordant en el marc dels conceptes de desigualtats en salut i equitat en salut, termes àmpliament definits i emprats tant per la mateixa OMS com per altres agències i organismes. Recordem que l'OMS defineix ambdós termes de la següent manera:

“La equidad en materia de salud implica que, de forma ideal, todas las personas deben contar con unas oportunidades justas para alcanzar todo su potencial de salud, y, a un nivel más pragmático, que ninguna persona se debe encontrar en una situación de desventaja a la hora de alcanzar dicho potencial de salud, en la medida de lo posible. El término desigualdad hace referencia a las diferencias en relación con la salud que no sólo resultan innecesarias y se pueden evitar, sino que, además, son consideradas injustas y no equitativas.” (OMS, 1998b: p.28)

De les limitacions i ambigüitats d'ambdues definicions s'ha parlat ja en el primer capítol, de manera que tan sols és necessari assenyalar que, de nou, ens trobem amb una dicotomia entre allò que és “ideal” i allò que és “pragmàtic”, tot i que, en realitat, la diferenciació establerta per l'OMS en el cas de la definició d'equitat no sembla estar del tot clara. Quina és, exactament, la diferència entre “...contar con unas oportunidades justas para alcanzar todo su potencial de salud...” i “[no trobar] una situación de desventaja a la hora de alcanzar dicho potencial en salud.”? La dificultat per a trobar una definició sense contradiccions internes és evident. En un altre glossari sobre promoció de la salut editat pel Ministeri de Sanitat i Consum (1999) es parla d'equitat dient:

“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, les cursives són seves)

En aquest cas, l'explicació del concepte sembla limitar –al menys en un primer moment- l'equitat a les possibilitats d'accés als serveis sanitaris (“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”), quan ja cinquanta anys abans, l'OMS havia plantejat la importància de factors econòmics, polítics i socials que, tot i que inclouen als sistemes de salut, van molt més enllà d'aquests. I al mateix temps, incorre en un altre tipus d'error per generalització, al dir “las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de un estilo de vida personal”, perquè els autors especialitzats en desigualtats en salut porten ja vàries dècades explicant que les conductes relacionades amb la salut no són, en absolut, una elecció completament lliure i personal sinó que es troben àmpliament influïdes per la realitat socioeconòmica i cultural de les persones, factors que intervenen a diferents nivells en la generació de desigualtats. Així:

“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)

També la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) ha proposat la seva pròpia definició, diferenciant diferents tipus d'equitat, la qual cosa permet donar major precisió al concepte, tot i que, en aquest cas, se centri exclusivament en l'enfocament des del sistema sanitari:

“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, les negretes són seves)

Ara bé, independentment de la seva major o menor precisió es podria dir que les diferents agències i organismes nacionals i internacionals han tractat d'elaborar definicions que parteixen d'una base comuna: que la salut, la conservació de la salut i l'assistència sanitària són drets humans bàsics als quals les persones han d'accedir sense discriminació de cap tipus, el que porta a considerar el dels drets humans com a un possible marc d'estudi dels problemes i necessitats en salut de les poblacions, especialment aquelles que pertanyen a minories o viuen en situacions de marginalitat, en les que els seus drets bàsics es poden veure conculcats, bé de dret bé de fet.

1.2. Els drets humans com a marc normatiu

L'OMS, principal impulsora d'aquest enfocament, defensa que els drets humans constitueixen un marc útil per a analitzar els condicionants i la situació de salut d'una determinada comunitat⁸², podent-se utilitzar tant en la planificació, desenvolupament i avaluació de les polítiques, com per a mesurar les conseqüències que aquestes tenen sobre ells (OMS, 2002; 2003). D'aquesta manera, defensa que en les polítiques sanitàries i els sistemes d'atenció resultants quedaria recollit el dret a la salut i es disposaria d'un marc teòric ben fonamentat a nivell conceptual i àmpliament reconegut a nivell legal.

“The international human rights framework provides an ideological construct as well as clearly articulated and widely accepted legal notions for legislative and practical responses in the realm of health and its determinants. Respect for the basic human rights of all persons in society offers an essential and equitable basis for addressing and resolving the tensions that arise when groups with different interests interact.” (OMS, 2003: 8)

Més detalladament, els paràmetres que definirien aquest enfocament serien:

“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

⁸² Excepte que s'especifiqui el contrari, en aquest text els termes comunitat, població i poble s'utilitzaran com a sinònims.

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)

En relació al tema d’interès d’aquest treball, els drets humans oferirien –segons l’OMS, que ho utilitza en els seus documents sobre salut de poblacions immigrades i vulnerables –un marc teòric que permetria defugir la falta de dades reals i fiables, l’escassetat de polítiques coherents i ben fonamentades en la realitat a la que fan referència i, fins i tot, la diferent aplicació de les mateixes normes en els diferents territoris d’un Estat, i que es podria utilitzar com a base per a l’elaboració d’aquestes polítiques i l’organització adequada de l’assistència (OMS, 2003).

Cal, llavors, preguntar-se fins a quin punt el conjunt de Pactes, Convencions i Declaracions sobre drets humans són útils i suficients, en la pràctica, per a organitzar l’atenció a la salut des de la premissa de que els immigrants són ciutadans dotats d’una sèrie de drets inviolables, que han de ser garantits independentment de la seva procedència, motiu per a la migració i situació de regularització jurídica de la seva estància (és a dir, en tant éssers humans). La primera qüestió giraria en torn a quins són els destinataris dels drets que s’anuncien, donat que, com veurem, no sempre es protegeix a la totalitat dels éssers humans sinó que solen establir-se excepcions, en concret i per a l’àmbit que ens interessa, en funció de la legalitat de l’estada en el país o, també, de la nacionalitat. La segona pregunta s’orientaria cap a la capacitat real d’aquests tractats i acords per a obligar als estats. Els drets humans i, en concret el dret a la salut, estan recollits en multitud de documents d’organismes supranacionals, especialment l’Organització de les Nacions Unides (ONU) i l’OMS, que són de diferents tipus i obliguen als països en mesures diferents. Així, els Pactes Internacionals són vinculants per aquells que els ratifiquen, és a dir, cap estat està obligat a la firma d’un d’aquests Pactes, però un cop que el subscriu té l’obligació de respectar-lo; les Declaracions no són vinculants però a vegades recullen normes que sí que ho són ja que formen part del dret internacional consuetudinari; els documents sortits de les Conferències de l’ONU, així com els programes, no tenen caràcter vinculant (OMS, 2002). A més, existeixen mecanismes de vigilància i control del respecte dels drets humans en tots els Estats i especialment en els que són Part en cada un dels tractats internacionals. Aquesta supervisió corre a càrrec de Comitès de Vigilància –cada un dels sis principals tractats de drets humans en té un de propi– que es reuneixen periòdicament amb els estats i elabora informes sobre la seva situació. S’ocupen també

d'això la Comissió de Drets Humans, la Subcomissió de Promoció i Protecció dels Drets Humans i l'Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans, que dirigeix tot el sistema d'investigació sobre drets humans de l'ONU (OMS, 2002). Per una altra part, els estats poden derogar temporalment i en circumstàncies extremes i justificades algun dels drets humans; el llistat de condicions per les quals això està permès es recull en els anomenats Principis 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, les majúscules són seves)

No es pot oblidar, tanmateix, que la capacitat de les agències internacionals per a prendre mesures contra els països infractors és, en la pràctica, limitada i està subjecta a factors d'índole fonamentalment política que no sempre es relacionen amb la gravetat de la falta ni amb la importància del dret vulnerat. Innecessari posar exemples.

Realitzarem, a continuació, un repàs dels principals Pactes i Declaracions que tenen relació amb els drets humans i la salut, amb l'objectiu de valorar en quina mesura poden resultar útils per a garantir l'atenció sanitària a la població immigrant a l'Estat espanyol i a Catalunya⁸³.

1.2.1. Drets reconeguts a la població general

La Declaració Universal dels Drets Humans⁸⁴ (DUDH) (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1948) estableix els drets bàsics de les persones i el principi de que aquests han d'aplicar-se sense cap tipus de discriminació:

“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

⁸³ Tractarem tan sols els textos més rellevants. En concret: Declaració Universal dels Drets Humans, Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals, Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics, Declaració i Convenció dels Drets de l'Infant, Convenció sobre l'Estatut dels Refugiats, Convenció sobre l'Estatut dels Apàtrides, Convenció Internacional per a l'eliminació de totes les formes de discriminació racial, Convenció Internacional per a l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona i Convenció Internacional de protecció dels drets dels treballadors migrants i les seves famílies.

⁸⁴ La Declaració Universal dels Drets Humans(DUDH) va ser proclamada per la 183 Assemblea General de l'ONU en la seva resolució 217 A (III) del 10 de desembre de 1948.

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 importància d'aquests tres primers articles és fonamental: de manera explícita atorguen els drets que es desglossen en la DUDH “a todos los seres humanos” sense distinció ni per característiques personals ni per procedència nacional. Si tenim en compte que la major part dels Pactes i Declaracions posteriors i de les lleis de molts estats pretenen recollir els valors enunciats en aquesta Declaració, és important no perdre això de vista, ni tampoc la contradicció que suposa que en la mateixa DUDH o altres documents s'estableixin, després, limitacions a l'exercici d'aquests mateixos drets.

La DUDH (Asamblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1948) recull en dos articles el dret a la salut, a l'assistència sanitària i a la seguretat social, especialment en el cas de les dones embarassades i els nens. L'article 25 és, en concret, el més citat quan es fa referència al dret a l'atenció a la salut:

“Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”

“Artículo 25

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

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

Convé ressaltar, en aquest punt, que el dret s'atorga a “toda persona como miembro de la sociedad”, sens que s'expliciti cap limitació en funció de la nacionalitat o la legalitat de l'estància en un territori, però sí es deixa la porta oberta a diferents restriccions, al limitar l'exercici dels dret a “la organización y los recursos de cada Estado”. A més, en cap punt de la Declaració s'especifica amb claredat què s'entén, per exemple, per seguretat social, serveis socials, invalidesa, malaltia o infància. Aquesta manca de definicions clares és, com anirem veient, comuna a la majoria dels textos elaborats per l'ONU i altres organismes internacionals relatius als drets humans i constitueix, probablement, un dels seus principals punts dèbils, en la mesura en que, com passava amb el concepte de salut, què s'entengui per infància o vellesa, per exemple, pot variar considerablement en els diferents països, cultures, circumstàncies polítiques i èpoques i en la mesura, també, en que aquestes ambigüitats poden ser emprades pels Estats per a

realitzar interpretacions particulars sobre els individus que estan dotats de drets i els límits i condicions que s'imposen a aquests.

Per la seva part, el Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals⁸⁵ (PIDESC) (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1966b) és, entre els tractats internacionals de drets humans de contingut general, el que fa una descripció més detallada del dret a la salut. En el seu article 12 estableix que “toda persona” té dret a gaudir del major nivell de salut i orienta les accions que haurien d'emprendre els Estats per a assegurar l'acompliment de tal dret i cal destacar que no limita aquestes accions a l'àmbit exclusivament dels sistemes de salut sinó que ho fa extensiu a la feina i al medi ambient. A més, fa referència explícita a la protecció dels infants i les dones que han estat mares:

“Artículo 9

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.”

“Artículo 10

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

(...) 2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de la seguridad social.

3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil.”

“Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen *el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la 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.” (Les cursives són meves)

Seguint el mateix format que la DUDH (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1948), el PIDESC (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1966b) estableix la garantia de respecte dels drets que en ell s'anuncien sense que pugui existir cap discriminació:

⁸⁵ El Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals (PIDESC) va ser adoptat per l'Assemblea General de l'ONU en la seva resolució 2200 A (XXI) del 16 de desembre de 1966 i va entrar en vigor el 3 de gener de 1976. Espanya va ratificar el Pacte el 27 d'abril de 1997 i el va publicar al BOE núm. 103 del 30 d'abril de 1997.

“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. (...)” (Les cursives són meves)

La definició i desenvolupament del dret a la salut ha estat, a més, objecte de diverses puntualitzacions per part del Comitè de Vigilància del PIDESC, relatives a la prohibició de la discriminació. Així:

“(...) 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, les cursives són meves)

I existeix encara una altra consideració que aborda el tema de l’accessibilitat dels serveis sanitaris per a les poblacions marginades:

“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)

Torna a ser necessari destacar que tant en la DUDH com en el PIDESC els drets es concedeixen sense cap tipus de limitació quant al tipus de destinatari, és a dir, cal entendre que s’atorguen a les persones en tant que persones (“a toda persona”, prohibint la discriminació per “cualquier condición social”, “origen nacional o social”, “estado civil, político, social o de cualquier otra índole”, etc.), la qual cosa, com veurem més endavant, contrasta amb les limitacions que s’imposen en altres Pactes i Declaracions i en les legislacions nacionals que, teòricament es basen en aquests, a l’exercici dels drets

per part dels immigrants en funció de característiques que puguin considerar-se prohibides, com l'origen nacional o la legalitat de l'estada al país.

Finalment, de nou, es constaten ambigüitats en les definicions, com la diferenciació entre salut física o mental -que no és universal per a tots els pobles i sistemes mèdics- o l'expressió "...distancia geográficamente razonable...", i absència de definicions sobre, per exemple, nen, adolescent, salut mental, vulnerabilitat o marginació, etc. No es pot oblidar tampoc que, encara avui en dia, existeix un debat sobre quins són els determinants en salut i quin és el paper i la rellevància concreta de cada un d'ells, de manera que seria important que l'ONU especificqués en els seus textos legislatius què entenen per aquests.

1.2.2. Drets reconeguts a poblacions considerades d'especial vulnerabilitat

1.2.2.1. Infants

Com veurem, tant els nens com les dones durant l'embaràs, part i postpart gaudeixen de drets especials quant a les garanties de l'atenció a la seva salut en qualsevol circumstància.

A diferència del que passa en altres documents, la Convenció sobre els Drets de l'Infant⁸⁶ (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1989) defineix, en el seu article 1, què s'entén per infant:

"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)

En aquest punt trobem una excepció que pot suposar, en la pràctica, una limitació per a l'exercici dels drets. La puntualització "salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.", permet als estats deixar de considerar a una persona un infant abans dels 18 anys d'edat i, per tant, privar-lo, de manera legal, dels drets que es recullen en la Declaració (1959) i la Convenció (1989). Si un nen o una nena deixen de ser-ho a efectes legals, per exemple, als tretze anys podran treballar tot i que això impliqui un risc per a la seva salut, podran ésser considerats adults per a portar una vida independent fora de l'orfenat, casar-se, ser empresonat... Es tracta d'un recurs també present en altres tipus de Pactes i Declaracions i que, amb tota probabilitat, està destinat a fer acceptables els textos per al major número de països possible, però a l'elevadíssim cost de limitar els drets en funció dels criteris dels estats i permetre'ls subvertir, en la pràctica, drets bàsics.

⁸⁶ A més de trobar-se en l'articulat de nombrosos Pactes i Declaracions, els drets de l'infant estan recollits específicament en la Declaració de Drets de l'Infant de 1959, en la Convenció sobre els Drets de l'Infant de 1989 i en els successius Protocols Facultatius dels mateixos. La Declaració dels Drets de l'Infant va ser proclamada per l'Assemblea General de l'ONU en la seva resolució 1386 (XIV) del 20 de novembre de 1959 i la Convenció sobre els Drets dels Infants, en la 44/25 del 20 de novembre de 1989, entrant en vigor el 2 de setembre de 1990. Per a Espanya, l'Instrument de Ratificació és del 30 de novembre de 1990 (BOE núm. 313 del 31 de desembre de 1990). També ha subscrit els dos Protocols Facultatius a la Convenció, en dates de 18 de desembre de 2001 i 8 de març de 2002.

De la mateixa manera que la DUDH (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1948) i el PIDESC (Assemblea General de les Nacions Unides, 1966b), la Declaració de Drets de l'Infant (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1959) i la Convenció sobre els Drets de l'Infant (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1989) comencen proscriuint tot tipus de discriminació en l'exercici dels drets que recullen. Ambdues expliciten, a més, que en totes les accions o polítiques que tinguin relació amb la infància el què ha de prevaldre és l'interès superior de l'infant:

“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)

Són diversos els articles que tant en la Declaració dels Drets de l'Infant (1959) com en la Convenció sobre els Drets de l'Infant (1989) els hi garanteixen el dret a veure protegida la seva salut i garantida l'assistència sanitària en tot moment. Aquests són alguns dels articles i principis en els que les legislacions nacionals sobre immigració

basen la garantia de l'atenció sanitària a infants (i també a les dones durant l'embaràs, part i postpart) independentment de la situació jurídica en la que es trobin⁸⁷:

“Principio 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.” (Declaración de los Derechos del Niño, 1959)

“Principio 5

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.” (Declaración de los Derechos del Niño, 1959)

“Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)

“Artículo 23

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.
4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.” (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)⁸⁸

⁸⁷A més, s'entén, del contingut de l'article 1, en el qual es fa explícit que la protecció abasta a “todos los niños sin distinción” i l'apartat 2 de l'article 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 s'haurien de *recordar* a aquells estats que no garanteixen els drets bàsics als fill dels immigrants en situació irregular.

⁸⁸Tan sols assenyalar, de nou, l'existència d'ambigüitats i l'absència de definicions clares: “en la máxima medida posible”, “una vida plena y decente”, “siempre que sea posible”.

Entre tots els articles, el més important és el número 24 de la Convenció sobre els drets de l'Infant (1989), que recull de manera molt més concreta que els anteriors, el seu dret a la salut i a l'assistència sanitària i dóna indicacions als Estats sobre les línies generals de les actuacions necessàries per a garantir l'acompliment d'aquests drets:

“Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible⁸⁹ 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 niños⁹⁰.
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)

⁸⁹ Es manté, com veiem, l'expressió “el más alto nivel posible”, sobre la qual ja s'han anat assenyalant les seves limitacions.

⁹⁰ Assenyalar, i és important, que no s'indica quines són aquestes pràctiques ni els criteris que s'empren per a definir-les.

Pel que fa a la immigració de menors, les úniques referències es relacionen amb el reagrupament familiar i el dret d'asil, drets que es reconeixen tot i que sense explicitar els requisits per a portar-los a terme:

“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)

1.2.2.2. *Dones*

En el seu preàmbul, la Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona⁹¹ (CEDM) (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1979) recorda que la discriminació contra la dona viola el principi d'igualtat de drets establert en la Carta Internacional dels Drets Humans (CIDH)⁹² i

⁹¹ La Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona (CEDM) va ser proclamada per l'Assemblea General de l'ONU en la seva resolució 34/180 del 18 de desembre de 1979 i va entrar en vigor el 3 de setembre de 1981. Va ser firmada per Espanya el 5 de gener del 1984 i el seu Protocol Facultatiu, el 6 de juliol de 2001.

⁹² La Declaració Universal de Drets Humans (1948), el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (1966b), el Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics (1966a) i el Protocol Facultatiu del

altres instruments internacionals de protecció dels drets humans i defensa que la seva participació en condicions d'igualtat amb l'home és imprescindible per al desenvolupament dels països i per la pau.

La citada Convenció (1979) defineix l'expressió “discriminación de la mujer” de la següent 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.”

I condemna tota discriminació contra la dona, establint les línies generals de les actuacions per a lluitar contra ella:

“Artículo 2

Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:

- a) Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio;
- b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;
- c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;
- d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación;
- e) Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas;
- f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer;
- g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.”

“Artículo 3

Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics constitueixen, en conjunt, l'anomenada Carta Internacional de Drets Humans.

“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)

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.”

Tot i que empara mesures del què s’ha anomenat “discriminació 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.”

Quant a l’atenció a la salut, la CEDM (Asamblea General de l’Organització de les Nacions Unides, 1979) garanteix el dret de les dones a l’assistència sanitària en condicions d’igualtat amb els homes, incloent com a tal la planificació familiar, i incideix, com és habitual en els instruments internacionals de defensa dels drets humans, en la protecció durant l’embaràs, part i postpart.

“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.”

Tot i que aquesta Convenció no inclou articles relacionats específicament amb la immigració i la circulació de les persones, segons un document elaborat per l’OMS sobre salut i immigració (OMS, 2003) s’aplica per igual a dones estrangeres o no, el què significaria que l’assistència sanitària en relació a l’embaràs, part i postpart estaria assegurada en ambdós casos, tot i que no es fa cap referència explícita sobre què passa en el cas de dones immigrants que no tenen regularitzada la seva estància en el país de destí.

“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, les cursives són meves)

1.2.2.3. Refugiats i apàtrides

A més de les dones i els nens, existeixen altres col·lectius que han estat objecte d’especial atenció per a establir els seus drets: els refugiats i els apàtrides.

El Protocol sobre l'Estatut dels Refugiats⁹³ (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1967) defineix el terme "refugiats" de la següent 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)

Respecte als drets humans, la Convenció sobre l'Estatut dels Refugiats (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1951) recull tant l'obligació del refugiats d'acatar les lleis del país que l'acull com els drets bàsics en matèria de no discriminació⁹⁴.

"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."

⁹³ La Convenció del 28 de juliol de 1951 sobre l'Estatut dels Refugiats es limita a esdeveniments anteriors al 1951, mentre que el Protocol sobre l'Estatut dels Refugiats del 31 de gener de 1967 l'amplia a fets posteriors a aquesta data. Respecte a aquest últim, l'Instrument d'Adhesió per a Espanya és del 22 de juliol de 1978 i va ser publicat al BOE núm. 252 del 21 d'octubre de 1978.

⁹⁴ Tots els articles citats pertanyen a la Convenció sobre l'Estatut dels Refugiats de 1951.

“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 aspecte fonamental de la Convenció sobre l'Estatut dels Refugiats (1951) respecte a la temàtica d'aquest treball és que estableix per als refugiats els mateixos drets en matèria de salut i assistència social que per als nacionals de cada estat, tot i que limita explícitament el seu gaudi a aquells que tinguin legalment reconeguda la seva situació com a tals pel país acollidor.

“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. (...)”

Per la seva part, la Convenció sobre l'Estatut dels Apàtrides⁹⁵ (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1954) defineix el terme “apàtrida” com:

“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 Convenció sobre l'Estatut dels Refugiats (1951), el dels Apàtrides (1954) recull aspectes generals en matèria de drets humans:

“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.”

⁹⁵ La Convenció sobre l'Estatut dels Apàtrides es va celebrar a Nova York el 28 de setembre de 1954. El seu Instrument d'Adhesió a l'Estat espanyol és del 24 d'abril de 1997 i la publicació al BOE correspon al núm. 159 del 4 de juliol 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 el que fa referència a l'atenció a la salut, l'articulat és també paral·lel al de la Convenció sobre l'Estatut dels Refugiats (1951): atorga igualtat de drets en matèria d'assistència sanitària i protecció social però limitant-ho a aquells apàtrides que tinguin legalment reconeguda la seva condició com a tals.

“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. (...)”

1.2.2.4. Població immigrant no inclosa en els supòsits anteriors

En el que es refereix a la immigració, la Declaració Universal dels Drets Humans (1948) garanteix el dret a circular, a escollir residència i a obtenir asil, però no especifica les condicions necessàries per a això ni els drets que atorga la seva concessió, la qual cosa deixa llibertat als Estats per a regular-los:

“Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.

2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país.”

“Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.”

En el PIDESC (1966b) no existeix cap tipus de referència a immigració, refugiats o asil i sorprèn comprovar que, malgrat el seu nom, tampoc fa referència a drets per raó de pertinença ètnica o cultural, més enllà dels que es troben implícits en el dret de lliure determinació dels pobles o d'educació en condicions d'igualtat.

El Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics⁹⁶ (PIDCP) (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1966a) es considera, dins de la Carta Internacional dels Drets Humans (CIDH), el text que recull amb major detall els drets civils. Estableix, sense aparents diferències a com ho fan la DUDH (1948) i el PIDESC (1966b), la prohibició de discriminació en l'exercici dels drets que reconeix:

“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 (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1966a) és l'únic document dels que formen la Carta Internacional dels Drets Humans que recull alguna referència als drets de les minories a mantenir la seva vida cultural, idioma i religió, tot i que es limita a prohibir la limitació de l'exercici d'aquests drets sense fer referència a la seva protecció o promoció. D'acord amb la redacció de l'article 18 (“Toda persona...”) aquest dret inclouria a les minories no nacionals, malgrat no es fa cap menció explícita a aquestes:

“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.

⁹⁶ El Pacte Internacional dels Drets Civils i Polítics (PIDCP) va ser adoptat per l'Assemblea General de l'ONU en la seva resolució 2200 A (XXI) del 19 de desembre de 1966 i va entrar en vigor el 23 de març de 1976. Va ser firmat per Espanya i publicat al BOE en la mateixa data que el PIDESC (1966b).

2. Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección.
3. La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos fundamentales de los demás.
4. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la libertad de los padres y, en su caso, de los tutores legales, para garantizar que los hijos reciban la educación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.”

“*Artículo 27*

En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma.”

L’ambigüitat de les definicions i la imprecisió quant als límits per a l’exercici dels drets i la potestat dels Estats al respecte apareixen de nou en aquest punt, en la mesura en que no s’especifica què s’entén, per exemple, per moral pública, ni quins són els termes en els que s’entén que és legítim limitar la llibertat d’expressió de les pròpies creences.

El PIDCP (Asamblea General de l’Organització de les Nacions Unides, 1966a) recull més referències a la circulació de les persones que la resta de documents que formen la CIDH, tot i que tan sols es refereix de manera explícita als drets de llibertat de circulació, sortida i residència –que limita a aquells que estan legalment en país- i no menciona cap altre tipus de dret, com educació, etc. En el PIDCP no es realitza cap referència concreta al dret a la salut ni a l’assistència mèdica, la qual cosa és lògica tenint en compte que sí estan explicitats en altres documents de la CIDH. Sí tracta, breument, el dret a la vida i a la protecció dels menors:

“*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 aquest cas, la paraula “arbitrariamente” gairebé espanta, per la dificultat de definir o justificar, en diferents contextos, què s’entén per privar *arbitràriament* de la vida a algú.

“*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.”

I, de nou, ens trobem amb un ampli marge per a la decisió dels estats i els seus governs: quan es considera legítim limitar la circulació de les persones en virtut de raons de seguretat?, quines són les “razones imperiosas de seguridad” que justificarien l’expulsió d’un estranger “en situación legal”? Les possibilitats d’ús abusiu i discriminatori d’aquestes consideracions són evidents.

A més dels textos ja mencionats, existeix un document específic de l’ONU sobre discriminació racial: la Convenció Internacional sobre l’Eliminació de totes les formes de Discriminació Racial⁹⁷ (CIEDR) (Assemblea General de l’Organització de les Nacions Unides, 1965). La CIEDR defensa, en el seu preàmbul, 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 (...).”

Defineix l’expressió “discriminació racial” exclouent d’aquesta consideració les diferències que els Estats exerceixen entre nacionals i no nacionals i les mesures de discriminació 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.”

⁹⁷ La Convenció Internacional sobre l’Eliminació de Totes les Formes de Discriminació Racial (CIEDR) va ser oberta a la firma i ratificació per l’Assemblea General de l’ONU en la seva resolució 2106 A (XX) del 21 de desembre de 1965 i va entrar en vigor el 4 de gener de 1969. Va ser firmada per Espanya el 13 de setembre de 1968.

La Convenció (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1965) condemna la discriminació racial i insta als Estats a evitar-la i a prendre mesures contra ella:

“Artículo 2

1. Los Estados partes condenan la discriminación racial y se comprometen a seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a promover el entendimiento entre todas las razas, y con tal objeto:

a) Cada Estado parte se compromete a no incurrir en ningún acto o práctica de discriminación racial contra personas, grupos de personas o instituciones y a velar por que todas las autoridades públicas e instituciones públicas, nacionales y locales, actúen en conformidad con esta obligación;

b) Cada Estado parte se compromete a no fomentar, defender o apoyar la discriminación racial practicada por cualesquiera personas u organizaciones;

c) Cada Estado parte tomará medidas efectivas para revisar las políticas gubernamentales nacionales y locales, y para enmendar, derogar o anular las leyes y las disposiciones reglamentarias que tengan como consecuencia crear la discriminación racial o perpetuarla donde ya exista;

d) Cada Estado parte prohibirá y hará cesar por todos los medios apropiados, incluso, si lo exigieran las circunstancias, medidas legislativas, la discriminación racial practicada por personas, grupos u organizaciones;

e) Cada Estado parte se compromete a estimular, cuando fuere el caso, organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas y otros medios encaminados a eliminar las barreras entre las razas, y a desalentar todo lo que tienda a fortalecer la división racial.

2. Los Estados partes tomarán, cuando las circunstancias lo aconsejen, medidas especiales y concretas, en las esferas social, económica, cultural y en otras esferas, para asegurar el adecuado desenvolvimiento y protección de ciertos grupos raciales o de personas pertenecientes a estos grupos, con el fin de garantizar en condiciones de igualdad el pleno disfrute por dichas personas de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Esas medidas en ningún caso podrán tener como consecuencia el mantenimiento de derechos desiguales o separados para los diversos grupos raciales después de alcanzados los objetivos para los cuales se tomaron.”

En l'article 5 es prohibeix la discriminació racial en l'accés a una sèrie de drets, entre ells els relatius a la salut:

“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; (...)

Finalment, és important destacar l'existència d'un document de l'ONU sobre dret dels treballadors immigrants: la Convenció Internacional sobre Protecció dels Drets dels

Treballadors Migratoris i dels seus Familiars⁹⁸ (CIPDTMF) (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1990). En el moment de redacció d'aquest treball aquesta Convenció no ha estat firmada per Espanya, però es recullen aquí els seus principals articles relatius al dret a l'atenció a la salut amb la intenció de mostrar la cobertura que s'atorga als treballadors immigrants ("treballadors migratoris", en termes de l'ONU).

La CIPDTMF (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1990) és un instrument destinat a protegir els drets de les persones que treballen fora dels seus països d'origen i les seves famílies, siguin aquests "trabajadores migratorios, fronterizos, de temporada, itinerantes o marinos"⁹⁹. És un dels documents destacats per l'OMS en els seus treballs sobre immigració i salut:

"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 el seu articulat es diferencien certs drets en funció de la regularització o no de l'estada, tot i que en tots els casos es prohibeix la discriminació per altres motius:

"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."

Com es pot observar, entre els drets relatius a la salut aplicables a tots els treballadors migratoris i els seus familiars independentment de la seva situació legal en el país tan sols es troben els relatius a l'assistència sanitària d'urgències:

⁹⁸ La Convenció Internacional sobre Protecció dels Drets dels Treballadors Migratoris i dels seus Familiars (CIPDTMF) va ser adoptada per l'Assemblea General de l'ONU en la seva Resolució 45/158 del 18 de desembre de 1990 i va entrar en vigor l'1 de juliol de 2003.

⁹⁹ Per a la definició concreta de cada una d'aquestes categories, un punt antigues, es poden consultar: OMS, 2003: 30-31.

“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.”

Tanmateix, en el cas de que el treballadors estigui regularitzat, tindrà, juntament amb la seva família, dret d'accés als serveis socials i de salut en igualtat de condicions que els nacionals. Tot i que els articles 43 i 45 no especifiquen això clarament en la seva redacció, estan situats en una part de la Convenció aplicable tan sols als treballadors en situació regular (Part IV).

“Artículo 70

Los Estados Partes deberán tomar medidas no menos favorables que las aplicadas a sus nacionales para garantizar que las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores migratorios y sus familiares en situación regular estén en consonancia con las normas de idoneidad, seguridad y salud, así como con los principios de la dignidad humana.”

“Artículo 43

1. Los trabajadores migratorios gozarán de igualdad de trato respecto de los nacionales del Estado de empleo en relación con: (...)
e) El acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes; (...)
2. Los Estados Partes promoverán condiciones que garanticen una efectiva igualdad de trato, a fin de que los trabajadores migratorios puedan gozar de los derechos enunciados en el párrafo 1 del presente artículo, siempre que las condiciones establecidas para su estancia, con arreglo a la autorización del Estado de empleo, satisfagan los requisitos correspondientes. (...)”

“Artículo 45

1. Los familiares de los trabajadores migratorios gozarán, en el Estado de empleo, de igualdad de trato respecto de los nacionales de ese Estado en relación con: (...)
c) El acceso a servicios sociales y de salud, a condición de que se cumplan los requisitos para la participación en los planes correspondientes; (...).”

És a dir, llevat per a dones embarassades i nens que –com s’ha vist en documents anteriors-, tindrien garantida la seva assistència en qualsevol cas, i les urgències, se supedita la protecció de la salut a la situació de legalitat en el país. S’observa llavors, una contradicció, al menys des del punt de vista ètic, entre aquest document, en el que s’estableixen límits quant al dret d'accés als serveis sanitaris, i els mencionats anteriorment, en els que es reconeixia a tots els éssers humans en tant ésser humans. Veurem, a continuació, com aquesta és una diferenciació que es manté en la legislació espanyola.

En resum, des de la pròpia definició de salut de l’OMS fins els diferents textos legals relatius als drets humans, s’han anat observant ambigüitats, limitacions i retalls, més o menys explícits, que probablement tracten de respectar les polítiques i competències dels estats i fer aprovables les normes per al conjunt d’aquests, tot i que, a vegades,

aquest intent d'aconseguir la màxima adhesió possible pugui acabar desembocant en documents plens de bones intencions, però d'esperit més ampli que el poder que realment assoleixen. Per una part, es reconeixen drets a tots els éssers humans sense distinció en funció de les seves característiques personals, però després, s'estableixen limitacions segons aquestes qüestions (fonamentalment en funció del país de procedència i de la situació legal en el mateix). En altres paraules, es defineixen els drets dels éssers humans però, en la pràctica, es redueixen tan sols a una part de la Humanitat. L'ambigüitat de part dels termes, la falta de definicions adequades i la suposada universalitat d'alguns conceptes acaben donant lloc a textos que en la pràctica són àmpliament interpretables i deixen esclertes als estats i als governs massa àmplies com per a garantir que s'acompleix el –suposat– esperit de la llei. Es deixa, llavors, en una situació potencial de desprotecció als ciutadans, especialment als més vulnerables que solen ser, al mateix temps, els que *s'escapen per les esclertes de les lleis* i els que tenen menys poder per a exigir modificacions en les mateixes.

No obstant això, i malgrat les seves limitacions, no es pot deixar de reconèixer la importància de l'existència d'aquests textos, l'esforç que suposa la seva aprovació en el context internacional actual (i, previsiblement, futur) i el paper de referent ètic que conserven. A manera de conclusió crítica, podríem dir que l'aproximació de l'OMS es pot prendre com a una base ètica per a tots els estats i una espècie de llinar o de directrius generals per aquells països en els que la protecció no arriba als nivells mínims. Tanmateix, a nivell de l'atenció a poblacions immigrades a l'Estat espanyol, en la mesura en que, com es veurà, es disposa d'una legislació més protectora, es pot afirmar que la seva utilitat com a marc per a l'anàlisi es limita a tres aspectes. Primer, ofereix una referència ètica en la que basar les actuacions. Segon, com a salvaguarda dels drets dels immigrants enfront a possibles canvis (restrictius) en les polítiques estatals, de manera que els seus drets quant a atenció sanitària no dependrien (tant) de les voluntats polítiques estatals, o locals, sinó que estarien salvaguardats (encara que fos mínimament) per normes vinculants que obliguen als estats més enllà de les seves legislacions nacionals. En tercer lloc, aquest marc pot servir per conscienciar a l'opinió pública i al personal sanitari en que la concessió de drets als immigrants ve donada per normes internacionals de respecte a la dignitat humana i no per decisions polítiques més o menys populars o populistes ni per qüestions caritatives. El treball hauria d'estar, al meu judici, en no tractar d'amagar les ambigüitats, les indefinicions i les limitacions dels instruments dels que disposem, ans al contrari, tenir-los presents i posar-los sobre la taula, tot i que algun d'ells pugui ser en el moment actual difícil de modificar. Seria més realista, més just i, sens dubte, a llarg termini, més fructífer.

Fins aquí el repàs de la legislació internacional en matèria de drets humans i salut. Realitzarem, a continuació, un abordatge breu dels principals textos legals que es puguin considerar relacionats amb l'atenció sanitària a població immigrant i/o en situació de marginació a nivell europeu, espanyol i català, amb la finalitat de comprovar en quina mesura aquestes legislacions reconeixen el què s'ha tractat sobre drets humans i si la protecció a aquestes poblacions està garantida o no i en quins termes.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Se citaran tan sols les lleis i normes més destacades de manera que es pugui dibuixar un panorama general del cos legislatiu que regeix l'atenció sanitària a aquestes poblacions. Existeixen, a més, acords i

2. LEGISLACIÓ DE LA UNIÓ EUROPEA

2.1. Textos legals relacionats amb els drets humans

El Tractat de la Unió Europea¹⁰¹ (Unió Europea, 1992) defineix la Unió (UE) com a un espai de llibertat, seguretat, justícia, respecte als drets humans i a les llibertats fonamentals:

“Artículo 2

La Unión tendrá los siguientes objetivos:

- promover el progreso económico y social y un alto nivel de empleo y conseguir un desarrollo equilibrado y sostenible, principalmente mediante la creación de un espacio sin fronteras interiores, el fortalecimiento de la cohesión económica y social y el establecimiento de una unión económica y monetaria que implicará, en su momento, una moneda única, conforme a las disposiciones del presente Tratado; (...)
 - Reforzar la protección de los derechos e intereses de los nacionales de sus Estados miembros, mediante la creación de una ciudadanía de la Unión;
 - Mantener y desarrollar la Unión como un espacio de libertad, seguridad y justicia, en el que esté garantizada la libre circulación de personas conjuntamente con medidas adecuadas respecto al control de las fronteras exteriores, el asilo, la inmigración y la prevención y la lucha contra la delincuencia; (...)
- (Tratado de la Unión Europea, 1992)

“Artículo 6

1. La Unión Europea se basa en los principios de libertad, democracia, respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales y el Estado de Derecho, principios que son comunes a los Estados miembros.
 2. La Unión respetará los derechos fundamentales tal y como se garantizan en el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*¹⁰² firmado en Roma el 4 de noviembre de 1950, y tal y como resultan de las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros como principios generales del Derecho comunitario. (...)
- (Tratado de la Unión Europea, 1992, les cursives són meves)

El mencionat Conveni per a la Protecció dels Drets i Llibertats Fonamentals (CPDLF) (Consell d'Europa, 1950) parteix, alhora, de la Declaració Universal dels Drets Humans (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1948), la qual cosa és

tractats específics sobre immigració amb diversos països concrets, que no es mencionaran per escapar-se als objectius centrals del capítol.

¹⁰¹ El Tractat Constitutiu de la Comunitat Europea (TCCE) es va firmar a Roma el 25 de març de 1957 i va entrar en vigor l'1 de gener de 1958. El Tractat de la Unió Europea (TUE) es va firmar a Maastrich el 7 de febrer de 1992 i va entrar en vigor l'1 de novembre de 1993. Ha estat revisat mitjançant el Tractat d'Amsterdam (2 d'octubre de 1997) i el de Niça (26 de febrer de 2001). La versió consolidada d'aquests es va publicar al Diari Oficial de la Comunitat Europea (DOCE) núm. C 340 del 10 de novembre de 1997, ratificada per Espanya el 23 de desembre de 1998 (BOE núm. 109, del 7 de maig de 1999). Els articles que en aquí se citen inclouen les modificacions introduïdes pels successius Tractats:

“En la presente edición se han insertado todas las modificaciones que han tenido lugar desde aquella fecha, incluidas las correspondientes al Acta Única Europea (AUE) de 1986, el Tratado de la Unión Europea de Maastricht de 1992, las Actas de Adhesión de Portugal y España (1985), de Austria, Finlandia y Suecia (1995), el Tratado de Ámsterdam (1997), el Tratado de Niza (2001) y el Tratado de Adhesión de los diez nuevos Estados miembros, firmados en 2003 y en vigor desde el 1 de mayo de 2004.” (Mangas, 2005: 97)

¹⁰² El Consell d'Europa va aprovar el Conveni per a la Protecció dels Drets i Llibertats Fonamentals (CPDLF) (Consell d'Europa, 1950) a Roma el 4 de novembre de 1950. L'adhesió d'Espanya al Conveni per a la Protecció dels Drets i Llibertats Fonamentals es va publicar al BOE núm. 243 del 10 d'octubre de 1979 i els protocols, en els BOEs núm. 11 del 12 de gener de 1991 i núm. 92 del 17 d'abril de 1985, respectivament.

important, en la mesura en que, com anirem veient, són diversos els textos legals europeus i de l'Estat espanyol que afirmen basar-se en ella. El CPDLF (1950) no recull cap menció directa a immigració, asil o circulació de les persones i, respecte a la salut, l'única referència que es pot considerar relacionada és el reconeixement al dret a la vida expressat en l'article 2. A més, prohibeix la discriminació en el seu article 14, en els següents termes:

“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 Tractat Constitutiu de la Comunitat Europea (Comunitat Europea, 1957), estableix el seu objectiu d'aconseguir un àmbit de cohesió social i lluita contra l'exclusió:

“Artículo 136

La Comunidad y los Estados miembros, teniendo presentes derechos sociales fundamentales como los que se indican en la Carta Social Europea, firmada en Turín el 18 de octubre de 1961, y en la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores, de 1969, tendrán como objetivo el fomento del empleo, la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, a fin de conseguir su equiparación por la vía del progreso, una protección adecuada, el diálogo social, el desarrollo de los recursos humanos para conseguir un nivel de empleo elevado y duradero y la lucha contra las exclusiones.

A tal fin, la Comunidad y *los Estados miembros emprenderán acciones en las que se tenga en cuenta la diversidad de las prácticas nacionales*, en particular en el ámbito de las relaciones contractuales, así como la necesidad de mantener la competitividad de la economía de la Comunidad.” (Les cursives són meves)

La frase assenyalada en cursiva en l'article anterior pot servir d'exemple per al que es pot considerar com a un dels trets definitoris de la legislació de la UE en matèria de drets humans, salut i immigració: en la pràctica, existeix un ampli marge de respecte a les polítiques internes dels Estats membres.

“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). (...)¹⁰³
- (Les cursives són meves)

¹⁰³ “Los arts. 136 a 143 han sido objeto de modificaciones redaccionales por el art. 2.22 del Tratado de Ámsterdam y reproducen en sustancia el contenido del Acuerdo sobre la Política Social a *catorce* del Tratado de Ámsterdam.” (Mangas, 2005: 165)

“Artículo 158

A fin de promover un desarrollo armonioso del conjunto de la Comunidad, ésta desarrollará y proseguirá su acción encaminada a reforzar su cohesión económica y social.

La Comunidad se propondrá, en particular, reducir las diferencias entre los niveles de desarrollo de las diversas regiones y el retraso de las regiones o islas menos favorecidas, incluidas las zonas rurales.”¹⁰⁴

Per la seva part, el Consell d’Europa s’atorga capacitat per adoptar accions contra la discriminació, sempre dins dels límits de la competència 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 Unió es compromet al respecte i la promoció de la diversitat cultural en els seus Estats membres, per la qual cosa es podria entendre, llavors, que s’inclouen com a tals els drets de les minories nacionals, tot i que no especifica res pel que fa a les no nacionals i tampoc quant al contingut general de les polítiques concretes:

“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. (...).”

Per altra banda, en cap punt s’explica què s’entén per cultura ni quins podrien ser els aspectes de la diversitat cultural interna que es poden considerar en contradicció amb les accions de la UE i, sobretot, quins són els límits que s’estableixen per a respectar-los, per a quines qüestions concretes són aplicables i en funció de quins criteris es defineixen.

A més de tot el que es recull en el Tractat de la Unió Europea (Unió Europea, 1992) i el Tractat Constitutiu de la Comunitat Europea (Comunitat Europea, 1957) existeixen encara dos instruments més en els que s’estableix el respecte pels drets humans i la lluita contra l’exclusió social. En primer lloc, la Directiva 2000/43/CE del Consell d’Europa Relativa a l’Aplicació del Principi d’Igualtat de Tracte de les Persones Independentment del seu Origen Racial o Ètnic¹⁰⁵, que, en el seu preàmbul, recorda que tots els Estats membres són signataris dels principals Pactes i Declaracions Internacionals sobre drets humans, mostra el seu rebuig a les teories de les races –tot i

¹⁰⁴ Els articles sobre cohesió social i econòmica pertanyen al Títol XVII, afegit pel Tractat de Maastricht. El segon paràgraf de l’article 158 va ser modificat pel Tractat d’Amsterdam. (Mangas, 2005: 178)

¹⁰⁵ La Directiva 2000/43/CE del Consell d’Europa Relativa a l’Aplicació del Principi d’Igualtat de Tracte de les Persones Independentment del seu Origen Racial o Ètnic està datada el 29 de juny de 2000. Es va publicar al Diari Oficial de les Comunitats Europees del 19 de juliol de 2000.

que manté l'ús del terme “origen racial”- i prohibeix tot tipus de discriminació “por origen racial o étnico”, tot i que puntualitza de manera explícita que no entén com a tal les diferències de tracte als nacionals de tercers països (basades en la nacionalitat i no en la pertinença ètnica) respecte a la seva entrada i estància en la UE. A més, defensa les actuacions en els àmbits de l'educació, la protecció social, el treball, etc. per a la lluita contra la discriminació per aquests motius com a mitjà per aconseguir els objectius de la Unió de crear un espai amb elevada cohesió social i econòmica:

“Preàmbulo

(...) (6) La Unión Europea rechaza las teorías que tratan de establecer la existencia de las razas humanas. El uso, en la presente Directiva, del término ‘origen racial’ no implica el reconocimiento de dichas teorías. (...)

(9) La discriminación basada en el origen racial o étnico puede poner en peligro la consecución de los objetivos del Tratado CE, en particular la consecución de un alto nivel de empleo y de protección social, la elevación del nivel y la calidad de vida, la cohesión económica y social y la solidaridad, y también puede hipotecar el objetivo de desarrollar la Unión Europea como un espacio de libertad, seguridad y justicia. (...)

(12) *Para garantizar el desarrollo de sociedades democráticas y tolerantes en las que toda persona pueda participar, con independencia de su origen racial o étnico, la actuación específica en el ámbito de la discriminación por estos motivos debe ir más allá del acceso a la actividad por cuenta propia o ajena y abarcar ámbitos como la educación, la protección social, incluida la seguridad social y la asistencia sanitaria, las ventajas sociales, la oferta de bienes y servicios y el acceso a los mismos.*

(13) *A tal fin, se deberá prohibir en toda la Comunidad cualquier discriminación, directa o indirecta, por motivos de origen racial o étnico en los ámbitos a que se refiere la presente Directiva. Esta prohibición de discriminación se aplicará asimismo a los nacionales de terceros países, pero no se refiere a las diferencias de trato basadas en la nacionalidad y se entiende sin perjuicio de las disposiciones que regulan la entrada y la residencia de los nacionales de terceros países y su acceso al empleo y al ejercicio profesional.*

(14) En la aplicación del principio de igualdad de trato con independencia del origen racial o étnico, la Comunidad, en virtud del apartado 2 del artículo 3 del Tratado CE, debe proponerse la eliminación de las desigualdades y fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, máxime considerando que, a menudo, las mujeres son víctimas de discriminaciones múltiples. (...)

(16) Es importante proteger a todas las personas físicas de toda discriminación por su origen racial o étnico. Los Estados miembros también deben proteger, de conformidad con sus respectivas tradiciones y prácticas nacionales, a las personas jurídicas en aquellos casos en los que sean discriminadas por el origen racial o étnico de sus miembros. (...)

(17) La prohibición de discriminación no debe obstar al mantenimiento o la adopción de medidas concebidas para prevenir o compensar las desventajas sufridas por un grupo de personas con un origen racial o étnico determinado y dichas medidas pueden permitir la existencia de organizaciones de personas de un origen racial o étnico concreto cuando su finalidad principal sea promover las necesidades específicas de esas personas. (...)

(19) Las personas que hayan sido objeto de discriminación basada en el origen racial o étnico deben disponer de medios de protección jurídica adecuados. (...)” (Les cursives són meves)

La Directiva fixa el seu objectiu en l'establiment d'un marc que permeti lluitar contra la discriminació per motius de “origen racial o étnico” i, quelcom important, insta als Estats a fomentar el diàleg amb els interlocutors socials per aconseguir-ho.

“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.”

També defensa el concepte de discriminació, excloent d'aquesta consideració les mesures de discriminació 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.” (Les cursives són meves)

“*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.”

Tot i que és destacable l'intent de definir què s'entén per discriminació i de posar els mitjans normatius per a lluitar contra ella, de la mateixa manera que passava en els Pactes i Declaracions de l'ONU, es mantenen les ambigüitats que es podrien traduir en esclatxes legals que permetrien algun tipus de discriminació. Així, quan es diu “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”, seria imprescindible especificar què s’entén per finalitat legítima o per mitjans adequats i necessaris.

En segon lloc, la Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea¹⁰⁶ (2000) defineix la Unió com a un espai de llibertat en el que es defensin els valors dels drets humans i la dignitat humana dins del respecte a la diversitat de cultures i de l’organització interna dels països que la conformen (tot i que, de nou, segueixen sense definir-se el significat de conceptes clau, com dignitat, diversitat cultural o respecte; ni s’explicita l’abast del respecte “a la organizaci3n interna de los pa3ses”). A m3s, reconeix de manera específica els drets dels infants, les dones, les persones grans i els discapacitats, però, també de nou, sense establir garanties per a la seva promoci3n m3s enllà del mer reconeixement te3dic.

“Artículo 1

Dignidad humana

La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida.”

“Artículo 21

No discriminaci3n

1- Se prohíbe toda discriminaci3n, y en particular la ejercida por raz3n de sexo, raza, color, or3genes 3tnicos o sociales, caracter3sticas gen3ticas, lengua, religi3n o convicciones, opiniones pol3ticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientaci3n sexual.

2. Se prohíbe toda discriminaci3n por raz3n de nacionalidad en el 3mbito de aplicaci3n de la Constituci3n y sin perjuicio de sus disposiciones particulares.”

¹⁰⁶ El text de la Carta de Drets Fonamentals de la Unió Europea es va publicar al Diari Oficial de les Comunitats Europees núm. 364 del 18 de desembre de 2000. Tanmateix, el Tractat Constitucional de la UE, en el que s’englobaria bona part de l’articulat, no ha estat aprovat, per la qual cosa la Carta no té, en el moment actual, caràcter vinculant.

“La Carta de los Derechos Fundamentales no forma parte del Tratado de Niza; por lo que, hasta que entre en vigor el Tratado Constitucional, la Carta es un texto no vinculante jur3dicamente en cuanto tal, pero es un acuerdo no normativo de las tres Instituciones principales (Parlamento, Consejo y Comisi3n) que expresa el acuerdo pol3tico de respeto de su contenido material por formar parte por otras v3as (Derecho originario y Derecho derivado comunitario; normas constitucionales y convenios internacionales) del Derecho en vigor de la UE. Pero el articulado de la Carta ha sido confirmado por la CIG [Conferencia Intergubernamental] incorporándola al Tratado como su parte II y, por tanto, obligatoria como todo el Tratado Constitucional cuando 3ste sea ratificado por los veinticinco Estados.” (Mangas, 2005: 36)

Recentment, i arrel de la polèmica política desencadenada pel resultat negatiu obtingut en els referèndums sobre el Tractat Constitucional en diferents països de la UE i la negativa d’alguns Estats a aprovar la Carta de Drets Fonamentals, el Parlament Europeu ha aprovat una resoluci3n (Resoluci3n del Parlament Europeu, del 15 de març de 2007, sobre el respecte de la Carta dels Drets Fonamentals en les propostes legislatives de la Comisi3n: metodologia per a un control sistemàtic i rigor3s) en la que senyala que:

“(…) la Carta de los Derechos Fundamentales se ha convertido a lo largo de los a3os en un texto de referencia para las jurisdicciones europeas tales como el Tribunal de Primera Instancia, el Tribunal de Justicia, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo, y numerosos Tribunales Constitucionales. (...)”

i insta als Estats a tenir en compte els drets recollits en la Carta en l’elaboraci3n de la legislaci3n interna i comunitària i a fixar els m3s aviat millor el seu caràcter vinculant.

“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.”

“Artículo 22

Diversidad cultural, religiosa y lingüística

La Unión respeta la diversidad cultural, religiosa y lingüística.”

De nou, en aquest últim article, ens trobem amb una declaració d'intencions valorable però de contingut si més no poc definit: què s'entén per respecte a “la diversidad cultural, religiosa y lingüística”? quins són els límits d'aquest respecte i les condicions en les que es considera legítim? en funció de quins criteris es defineixen ambdues situacions?

2.2. Textos legals relacionats amb la immigració

Els articles relatius a la ciutadania, control de fronteres, asil i llibertat de circulació de les persones ocupen gran part de l'articulat dels successius tractats de la Unió i han estat objecte de varies modificacions en el decurs dels anys. Ja des del Tractat Constitutiu de la Comunitat Europea (Comunitat Europea, 1957) es crea una ciutadania de la Unió, quelcom summament rellevant en matèria de regulació de la circulació de persones (especialment treballadors), en la mesura en que aquells considerats ciutadans europeus tenen dret a circular i establir-se lliurement en qualsevol Estat membre, però no així la resta:

“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.”

Alhora, el Tractat de la Unió Europea (Unió Europea, 1992) emet les instruccions generals als Estats respecte a la política de control de fronteres per als nacionals de tercers països, la concessió d’asil i la immigració (articles 61, 62 i 63).

Com ja hem vist, la Directiva 2000/43/CE del Consell d’Europa Relativa a l’Aplicació del Principi d’Igualtat de Tracte de les Persones Independentment del seu Origen Racial o Ètnic justifica les diferències de tracte basades en la nacionalitat per a estrangers procedents de tercers països en el que fa referència als seus drets d’entrada, sortida i circulació de la UE. I quant a la Carta de Drets Fonamentals (2000), les referències relacionades amb la immigració es limiten al reconeixement del dret d’asil en l’article 18 i de llibertat de circulació i residència per a ciutadans de la UE i nacionals de tercers països en situació de residència 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.”

2.3. Textos legals relacionats específicament amb l'assistència sanitària

Els articles relacionats amb el dret a l'assistència sanitària a nivell de la Unió Europea es troben, bàsicament, en sis documents diferents¹⁰⁷:

- Carta Social Europea
- Conveni Europeu d'Assistència Social i Mèdica
- Tractat de la Unió Europea
- Conveni per a la Protecció dels Drets Humans i la Dignitat de l'Ésser Humà respecte a les Aplicacions de la Biologia i la Medicina
- Directiva 2000/43/CE del Consell d'Europa Relativa a l'Aplicació del Principi d'Igualtat de Tracte de les Persones Independentment del seu Origen Racial o Ètnic
- Carta dels Drets Fonamentals de la EU

En primer lloc, la Carta Social Europea¹⁰⁸ (Consell d'Europa, 1961) afirma en el seu preàmbul la seva voluntat de servir com a declaració d'objectius en matèria de protecció social i estableix que l'objectiu dels Estats ha de ser aconseguir l'extensió de l'assistència sanitària i la protecció social a totes les capes de la societat sense cap discriminació, insistint de manera específica en les persones sense recursos. Els Estats es comprometen amb la seva firma, a més, a adoptar les mesures necessàries per a lluitar contra les malalties, prevenir-les i millorar l'educació per a la salut.

“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. (...)* (Les cursives són meves)

“Artículo 11

Derecho a la protección de la salud

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes Contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para, entre otros fines:

1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.
2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de la responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras. (...)

“Artículo 12

Derecho a la Seguridad Social

Para garantizar el ejercicio efectivo al derecho a la Seguridad Social, las partes contratantes se comprometen:

1. A establecer o mantener un régimen de Seguridad Social.
2. A mantener el régimen de Seguridad Social en un nivel satisfactorio, equivalente, por lo menos, al exigido para la ratificación del Convenio Internacional del Trabajo (número 102) sobre normas mínimas de Seguridad Social.
3. A esforzarse por elevar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social.

¹⁰⁷ En ordre cronològic d'acord amb la seva firma per part de l'Estat espanyol.

¹⁰⁸ La Carta Social Europea es va firmar a Torí el 18 d'octubre de 1961 i es va publicar al BOE núm. 153 del 26 de juny de 1980.

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. (...)” (Les cursives són meves)

“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.”

Observem que el redactat d’alguns d’aquests articles presenta certes contradiccions internes: així, es diu que “toda persona” té dret a l’assistència sanitària, però, en el mateix article (13) s’exclou a aquells que no es trobin legalment en el territori de l’Estat.

En relació amb l’assistència sanitària a treballadors migrats i les seves famílies, la Carta Social Europea (Consell d’Europa, 1961) estableix, de manera novadora, que els estats han de tractar d’estendre la protecció de la salut dels migrants al temps que dura el viatge i al moment de l’acollida, tot i que limita aquesta protecció a les seves possibilitats jurisdiccionals. No inclou, tanmateix, cap tipus d’especificació concreta respecte a com s’ha de materialitzar aquesta protecció, ni respecte a l’assistència un cop superat aquest període ni als termes en els que s’ha de realitzar l’atenció als que es troben en situació irregular, tot i que, tant en l’article 19 com en l’annex, s’especifica clarament que la reglamentació es refereix tan sols als immigrants en situació legal al país. El citat article recull també el dret a que els serveis siguin “gratuitos” i

“adecuados” (tot i que no especifica què s’entén per això) i a la igualtat de tracte respecte als nacionals del país, també en matèries com treball o habitatge.

“Artículo 19

Derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y a asistencia

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y asistencia en el territorio de cualquier otra parte contratante, las partes contratantes se comprometen:

1. A mantener o a cerciorarse de que existen *servicios gratuitos adecuados* para ayudar a estos trabajadores, y particularmente para suministrarles informaciones exactas, y adoptar las medidas oportunas en tanto que lo permitan las Leyes y Reglamentos nacionales, contra toda propaganda engañosa sobre emigración o inmigración.
2. A *adoptar, dentro de los límites de su jurisdicción, medidas apropiadas para facilitar la salida, el viaje y la acogida de estos trabajadores y sus familias, y a proporcionarles durante el viaje, dentro de los límites de su jurisdicción, los servicios sanitarios y médicos necesarios, así como unas buenas condiciones de higiene.*
3. A promover la colaboración, requerida en cada caso, entre los servicios sociales, públicos o privados, de los países de emigración e inmigración.
4. A garantizar a esos trabajadores que se encuentren legalmente dentro de su territorio un trato no menos favorable que a sus propios nacionales en lo referente a las maneras que se expresan a continuación, en tanto que las mismas estén reguladas por Leyes o Reglamentos o se hallen sometidas al control de las autoridades administrativas, a saber:
 - a. Remuneración y otras condiciones de empleo y trabajo.
 - b. Afiliación a las organizaciones sindicales y disfrute de las ventajas que ofrezcan los convenios colectivos.
 - c. Alojamiento.
5. A garantizar a esos trabajadores, cuando se encuentren legalmente dentro de su territorio, un trato no menos favorable que el que reciben sus propios nacionales en lo concerniente a impuestos, tasas y contribuciones relativos al trabajo, a cargo del trabajador.
6. A facilitar en lo posible el reagrupamiento de la familia del trabajador extranjero a quien se le haya autorizado para establecerse dentro del territorio.
7. A garantizar a dichos trabajadores que se encuentren legalmente dentro de su territorio un trato no menos favorable que a sus propios nacionales en lo relativo a la acciones procesales sobre las cuestiones mencionadas en el presente artículo.
8. A garantizar a dichos trabajadores, cuando residan legalmente dentro de su territorio, que no podrán ser expulsados, excepto si amenazaren la seguridad del Estado o atentaren contra el orden público o las buenas costumbres.
9. A permitir, dentro de los límites fijados por la Leyes, la transferencia de cualquier parte de las ganancias o ahorros de tales trabajadores migrantes que estos 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.”
(Les cursives són meves)

“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 segon lloc, el Conveni Europeu d'Assistència Social i Mèdica¹⁰⁹ (Consell d'Europa, 1953) estableix la garantia d'assistència sanitària als nacionals d'altres estats membres en situació legal i sense recursos suficients, en les mateixes condicions que els seus propis ciutadans:

“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. (...)”

Pel que fa al contingut inclòs en el Tractat Constitutiu de la Comunitat Europea (Comunitat Europea, 1957), el principal article referit a l'assistència sanitària és el 152¹¹⁰, que atorga a la Unió capacitat per a complementar les polítiques dels Estats membres en matèria de lluita contra les malalties i el consum de drogues, tot i que explicita que l'organització i subministrament de l'assistència segueix corresponen als estats.

“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 Conveni per a la Protecció dels Drets Humans i la Dignitat de l'Ésser Humà respecte a les Aplicacions de la Biologia i la Medicina¹¹¹ (Consell d'Europa, 1997), per la seva part, és dels pocs instruments internacionals que constitueixen un codi ètic i legal per a l'exercici de l'atenció sanitària. Part del reconeixement de la Carta Internacional de Drets Humans, la Convenció dels Drets de l'Infant (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1989), el Conveni per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals (Consell d'Europa, 1950) i la Carta Social

¹⁰⁹ El Conveni Europeu d'Assistència Social i Mèdica es va firmar a París l'11 de desembre de 1953. Per a Espanya, el seu Instrument de Ratificació és del 29 de novembre de 1982 i la seva publicació al BOE correspon al núm. 41 del 17 de febrer de 1984.

¹¹⁰ Els articles sobre salut pertanyen al Títol XIII, afegit pel Tractat de Maastricht. L'article 152 va ser modificat pel Tractat d'Amsterdam (Mangas, 2005:173).

¹¹¹ Es va realitzar a Oviedo el 4 d'abril de 1997 i va entrar en vigor l'1 de gener de 2000 (BOE núm. 251 del 20 d'octubre de 1999).

Europea (Consell d'Europa, 1961) i pretén garantir, sense cap discriminació, el respecte a la dignitat humana i el gaudi dels avenços en Biologia i Medicina, prevenint, al mateix temps, contra el seu mal ús, tot i com acostuma a ser habitual, no defineix què s'entén per dignitat humana ni s'estableixen de manera concreta els termes en els que s'interpreta que una acció mèdica atenta contra ella, el que a la pràctica, de nou, deixa un ampli marge d'interpretació en funció de les ideologies dels governs de cada estat. Pensem, per exemple, en les diferents interpretacions de governs de signe contraposat respecte a qüestions com l'avortament o la investigació amb cèl·lules mare a la llum del què està redactat en aquest Conveni.

“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 l'article 3, els Estats Parts es comprometen a adoptar mesures per a garantir l'accés equitatiu als serveis de salut:

“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.”

Tanmateix, i malgrat que seria un lloc adequat per a fer-ho, aquest Conveni no inclou cap tipus de referència als drets en matèria sanitària de poblacions immigrades, sigui quina sigui la seva situació legal.

Sí que ho fa la Directiva 2000/43/CE del Consell d'Europa Relativa a l'Aplicació del Principi d'Igualtat de Tracte de les Persones Independentment del seu Origen Racial o Ètnic, en l'únic article en el què tracta de la seva aplicació en l'àmbit de l'assistència sanitària i la protecció social, deixant clar que no es considera discriminació a les diferències de drets basades en la nacionalitat ni les establertes en funció de la situació legal de l'estranger 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.” (Les cursives són meves)

Finalment, la Carta dels Drets Fonamentals de la UE (2000) consagra el dret a la vida i la integritat de la persona i l'obligatorietat del respecte al consentiment informat. L'article 34 atorga el dret a les prestacions de la seguretat social i els serveis socials a aquells que resideixin i es desplacin legalment pel territori de la UE, mentre que en el 35 es reconeix el dret a la prevenció i assistència sanitària a “toda persona”, tot i que especifica que les condicions d'exercici d'aquests drets s'exerciran d'acord a les lleis nacionals.

“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 resum, es podria dir que la legislació europea presenta algunes de les limitacions que ja s'havien observat en els textos legals de l'ONU i l'OMS, fonamentalment, certes contradiccions internes en el redactat dels articles i la tendència a no definir de manera precisa els termes que s'utilitzen i que podrien ser susceptibles de moltes diferents interpretacions. En el que fa referència a l'assistència sanitària, tan sols garanteix de manera inequívoca la igualtat de drets entre els nacionals de cada Estat i, per als membres d'altres Estats membres, als que es trobin en situació legal en el territori de la UE. Respecte a la resta de situacions, es remet a les legislacions nacionals, però

establint, en diferents documents, que les diferències que s'estableixin segons criteris de nacionalitat i legalitat de l'estància no incompleixen la prohibició de discriminació. Això ens obliga a remetre'ns a les legislacions nacional per a valorar el grau real de respecte als drets humans i les limitacions que s'estableixen en l'exercici d'aquests drets.

3. LEGISLACIÓ DE L'ESTAT ESPANYOL

Un cop analitzats els tractats internacionals sobre drets humans i salut dels quals Espanya és Estat Part i la normativa europea en aquesta matèria, es fa necessari conèixer quina és la legislació de l'Estat espanyol al respecte, en quina mesura es respecta el que hi ha establert sobre els drets humans i equitat en salut i fins a quin punt la normativa espanyola en matèria d'atenció sanitària i immigració és més o menys protectora que la internacional.

3.1. Textos legals relacionats amb els drets humans

La Constitució espanyola¹¹² (1978) estableix, en el seu article 9, l'obligació dels poders públics de garantir els drets i llibertats dels individus; en el 10 proclama la dignitat de la persona i informa de que la interpretació dels drets i llibertats fonamentals reconeguts en ella es farà d'acord amb la Declaració Universal dels Drets Humans (Assemblea General de l'Organització de les Nacions Unides, 1948). Per la seva part, l'article 14 consagra el principi de no discriminació:

“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 mateixa manera que passava en la legislació internacional, la Constitució espanyola (1978) no defineix què s'entén per “dignidad de la persona” ni quins són “los

¹¹² La Constitució es va proclamar al Congrés el 31 d'octubre de 1978, es va aprovar en referèndum el 6 de desembre i va ser sancionada pel Rei el 27 de desembre del mateix any. Figura publicada al BOE núm. 311-1, del 29 de desembre de 1978.

derechos inviolables que le son inherentes”. Crida l’atenció, també, el tipus de redactat de l’article 14, en el que es reconeix la igualtat davant la llei i la prohibició de la discriminació a “los españoles”, és a dir, als ciutadans amb nacionalitat de l’Estat espanyol i no a “toda persona”, fórmula, com hem vist, habitual en els textos internacionals.

Pel que fa referència a la protecció a ciutadans estrangers, l’anomenada Llei d’Estrangeria¹¹³ (LE) (2000) defineix la discriminació i la prohibeix en el seu article 23 en els següents termes:

“Artículo 23

Actos discriminatorios

1. A los efectos de esta Ley, representa discriminación todo acto que, directa o indirectamente, conlleve una distinción, exclusión, restricción o preferencia contra un extranjero basada en la raza, el color, la ascendencia o el origen nacional o étnico, las convicciones y prácticas religiosas, y *que tengan como fin o efecto destruir o limitar el reconocimiento o el ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos, y de las libertades fundamentales en el campo político, económico, social o cultural.*

2. En cualquier caso, constituyen actos de discriminación:

a) los efectuados por la autoridad o funcionario público o personal encargados de un servicio público, que en el ejercicio de sus funciones, por acción u omisión, realice cualquier acto discriminatorio prohibido por la ley contra un ciudadano extranjero *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.

b) Todos los que impongan condiciones más gravosas que a los españoles, o que impliquen resistencia a facilitar a un extranjero bienes o servicios ofrecidos al público, *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.

c) Todos los que impongan ilegítimamente condiciones más gravosas que a los españoles o restrinjan o limiten el acceso al trabajo, la vivienda, a la educación, a la formación profesional y a los servicios sociales y socioasistenciales, así como a cualquier otro derecho reconocido en la presente Ley Orgánica, al extranjero que se encuentre regularmente en España, *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.

d) Todos los que impidan, a través de acciones u omisiones, el ejercicio de una actividad económica emprendida legítimamente por un extranjero residente legalmente en España, *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.

e) Constituye discriminación indirecta todo tratamiento derivado de la adopción de criterios que perjudiquen a los trabajadores por su condición de extranjeros o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.” (Les cursives són meves)

Dir que la utilització de l’adverbi “*sólo*” en el redactat d’aquest article no sembla innocent: es considera discriminació la privació de l’exercici de drets exclusivament pel fet de ser estranger, però no es diu res, tanmateix, de les limitacions que l’ús d’aquest adverbi puguin amagar. Per exemple, privar a un *extranger en situació irregular* d’estància de certs drets, estrictament, no podria ser considerat un acte de discriminació, ja que no es realitza “*sólo*” per ser estranger sinó per una circumstància afegida més: estar en situació il·legal. D’aquesta manera, la Llei salvaguarda la possibilitat de limitar

¹¹³ Com ja s’ha dit, la Llei Orgànica 4/2000, de l’11 de gener, sobre Drets i Llibertats dels Estrangers a Espanya i la seva Integració Social, coneguda com la Llei d’Estrangeria, es va publicar al BOE núm. 10 del 12 de gener de 2000 (correcció d’errors al BOE núm. 20, del 20 de gener). Posteriorment, aquesta Llei ha estat reformada per la Llei Orgànica 8/2000, del 22 de desembre (BOE núm. 307, del 23 de desembre de 2000; correcció d’errors al BOE núm. 47, del 23 de febrer de 2001), per la Llei Orgànica 11/2003, del 29 de setembre (BOE núm. 234, del 30 de setembre de 2003) i per la Llei Orgànica 14/2003, del 20 de novembre (BOE núm. 279, del 21 de novembre de 2003).

l'exercici de certs drets a algunes persones sense necessitat de dir-ho explícitament, al menys en aquest punt.

3.2. Textos legals relacionats amb la immigració

La Constitució espanyola (1978) supedita el dret al gaudi, per part dels estrangers, de les llibertats que promulga a allò que estableixin les lleis i tractats corresponents, és a dir, no entra en el tema dels drets dels estrangers, deixant la seva regulació per a lleis específiques. En el seu article 19, la Constitució tracta la llibertat de residència i circulació fent referència només als espanyols i en l'article 149.1.2n estableix que la immigració i l'estrangeria són competència exclusiva de l'Estat:

“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.” (Les cursives són meves)

“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 aquest sentit, alguns autors han puntualitzat el següent:

“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)

Malgrat això, la frase “en los términos que establezcan los tratados y la ley” permet als legisladors establir limitacions (o no) als drets que reconeix la Constitució sense que això entri en contradicció amb ella, el que deixa, a la pràctica, la regulació dels drets dels estrangers en un pla diferent a la dels espanyols: els últims tenen explícitament protegits els seus drets fonamentals en la Constitució i, per tant, el seu reconeixement serà independent (al menys en teoria) de la ideologia dels successius governs; per als primers, la situació serà a l'inrevés i, per tant, les possibilitats de desprotecció, majors.

La Llei d'Estrangeria (2000), en el seu article 1 defineix el terme “extranjero” i estableix el seu àmbit d'aplicació:

“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 registrarán por la legislación de la Unión Europea, siéndoles de aplicación la presente ley en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables.”

En general, la tendència en la legislació espanyola és a l'equiparació de drets entre els estrangers en situació regular i els espanyols, especialment aquells considerats com a drets humans i que estan emparats per Tractats internacionals.

“Artículo 3

Derechos de los extranjeros e interpretación de las normas

1. Los extranjeros gozarán en España de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos. Como criterio interpretativo general, se entenderá que los extranjeros ejercitan los derechos que les reconoce esta Ley en condiciones de igualdad con los españoles.

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y con los Tratados y Acuerdos internacionales sobre las mismas materias vigentes en España, sin que pueda alegarse la profesión de creencias religiosas o convicciones ideológicas o culturales de signo diverso para justificar la realización de actos o conductas contrarios a las mismas.”

La Llei d'Estrangeria (2000) reconeix els següents drets fonamentals, als quals s'hauran d'afegir altres específics atorgats als menors, les dones embarassades i els nacionals de països membres de la UE i Suïssa:

“La propia Ley de Extranjería reconoce a los extranjeros el disfrute de los siguientes derechos, aunque a veces se imponen algunas limitaciones, sobre todo en función de que se encuentren o no en situación legal de residencia (...):

- a) Derecho de igualdad con los españoles
- b) Derecho a la documentación
- c) Derecho a la libertad de circulación y residencia
- d) Derecho de participación pública
- e) Libertades de reunió
- f) Libertad de asociació
- g) Derecho a la educació, a la libertad de enseñanza y a la creació y direcció de centros docentes
- h) *Derecho al trabajo y a la Seguridad Social*
- i) Libertad de sindicació y de huelga
- j) *Derecho a la asistencia sanitaria*
- k) Derecho a ayudas en materia de vivienda
- l) *Derecho a Seguridad Social y a los servicios sociales*
- m) Sujeció de los extranjeros a los mismos impuestos que los españoles
- n) Derecho a la reagrupació familiar
- ñ) Garantías jurídicas (derecho a la tutela judicial efectiva, a formalizar recursos contra los actos administrativos y a la asistencia jurídica gratuita)
- o) Derecho a la no discriminació.” (Pérez, 2004: 18-19, les cursives són meves)

La llibertat de circulació es limita als estrangers que es trobin en situació legal a Espanya, als quals es reconeix també el dret al treball i la Seguretat Social:

“Artículo 5

Derecho a la libertad de circulación

1. Los extranjeros que se hallen en España de acuerdo con lo establecido en el Título II de esta Ley, tendrán derecho a circular libremente por el territorio español y a elegir su residencia sin

más limitaciones que las establecidas con carácter general por los tratados y las leyes, o las acordadas por la autoridad judicial, con carácter cautelar o en un proceso penal o de extradición en los que el extranjero tenga la condición de imputado, víctima o testigo, o como consecuencia de sentencia firme.

2. No obstante, podrán establecerse medidas limitativas específicas cuando se acuerden en la declaración de estado de excepción o sitio en los términos previstos en la Constitución, y excepcionalmente por razones de seguridad pública, de forma individualizada, motivada y en proporción a las circunstancias que concurran en cada caso, por resolución del Ministro del Interior, adoptada de acuerdo con las garantías jurídicas del procedimiento sancionador previsto en la Ley. Las medidas limitativas, cuya duración no excederá del tiempo imprescindible y proporcional a la persistencia de las circunstancias que justificaron la adopción de las mismas, podrán consistir en la presentación periódica ante las autoridades competentes y en el alejamiento de fronteras o núcleos de población concretados singularmente.”

“Artículo 10

Derecho al trabajo y a la Seguridad Social

1. Los extranjeros que reúnan los requisitos previstos en esta Ley Orgánica y en las disposiciones que la desarrollen tendrán derecho a ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena, así como el acceso al sistema de la Seguridad Social, de conformidad con la legislación vigente. (...)”

▪ **Normativa general: tipus de permisos de residència i de treball**

No en mencionaran en aquí tots els articles de la Llei d'Estrangeria (2000) referits a la normativa que regula l'estància i residència dels estrangers, els tipus de permisos ni els requisits per a obtenir-los, però, a manera de resum, es podria dir que els estrangers es poden trobar a l'Estat espanyol en dos tipus de situacions (a més de la irregular, s'entén): estància o residència. Es considera estància a la permanència en territori espanyol per menys de 90 dies (excepte en el cas dels estudiants); la residència pot ser, quant al temps, temporal (més de 90 dies però menys de 5 anys) o permanent (autorització de permanència indefinida) i, quant a la seva justificació, ordinària, per circumstàncies excepcionals, per reagrupament familiar o per tractar-se d'un fill nascut a Espanya d'estranger resident.

“Artículo 29

Enumeración de las situaciones

1. Los extranjeros podrán encontrarse en España en las situaciones de estancia o residencia.
2. Las diferentes situaciones de los extranjeros en España podrán acreditarse mediante el pasaporte o documento de viaje que acredite su identidad, visado o tarjeta de identidad de extranjero, según corresponda.”

Pel que fa referència al treball, el reconeixement d'aquest dret està recollit, com ja s'ha dit, en l'article 10 d'aquesta Llei. Els tipus de permís variaran en funció de que la residència sigui permanent (dret a treballar en igualtat de condicions que els espanyols) o temporal i si l'activitat es realitza per compte pròpia o aliena.

La situació legal de l'estranger a Espanya s'acreditarà mitjançant la Targeta d'Identitat d'Estranger, d'acord amb el que s'estableix en l'article 105 del Reglament de la Llei d'Estrangeria (2000):

“Artículo 105

La tarjeta de identidad de extranjero

1. Todos los extranjeros a los que se haya expedido un visado o una autorización para permanecer en España por un período superior a seis meses tienen el derecho y la obligación de obtener la tarjeta de identidad de extranjero, que deberán solicitar personalmente en el plazo de un mes desde su entrada en España o desde que se conceda la correspondiente autorización, respectivamente.

2. La tarjeta de identidad de extranjero es el documento destinado a identificar al extranjero a los efectos de acreditar su situación legal en España. (...)”

▪ **Estrangers dotats de drets especials: menors i membres de la UE**

La Llei d'Estrangeria (2000), de manera acord amb el que estableix la Llei de Protecció Jurídica del Menor¹¹⁴ (1996), la Constitució (1978) i els Tractats internacionals firmats per l'Estat espanyol, reconeix als menors de 18 anys una sèrie de drets privilegiats:

“(...) 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 concurren 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, les cursives són meves)

Respecte als ciutadans de la Unió Europea, de Suïssa i dels Estats parteix en l'acord sobre l'Espai Econòmic Europeu, gaudint també certs privilegis, entre els que destaquen el dret a entrar, sortir, romandre i circular lliurement pel país i a exercir qualsevol treball en les mateixes condicions que els espanyols¹¹⁵.

¹¹⁴ Llei Orgànica 1/1996, del 15 de gener, de Protecció Jurídica del Menor, de modificació parcial del Codi Civil i de la Llei d'Enjudiciament Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 17 de gener de 1996, 1225-1238.

¹¹⁵ Les condicions concretes d'aquests drets es troben regulades en el Reial Decret 178/2003, del 14 de febrer sobre Entrada i Permanència a Espanya de Nacionals d'Estats Membres de la Unió Europea i d'Altres Estats Part en l'Acord sobre l'Espai Econòmic Europeu. (BOE núm. 46 del 22 de febrer de 2003).

“Artículo 3

Derechos

1. Las personas a las que se refiere el presente Real Decreto tienen derecho a entrar, salir, circular y permanecer libremente en territorio español, previo el cumplimiento de las formalidades previstas por éste y sin perjuicio de los límites establecidos en el capítulo IV.
2. Asimismo, estas personas, exceptuando las contempladas en el párrafo c) del artículo 2, tienen derecho a acceder a cualquier actividad, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, en las mismas condiciones que los españoles, sin perjuicio de la limitación establecida en el artículo 39.4 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. (...)” (Real Decreto 178/2003)

▪ **Refugiats, apàtrides, desplaçats**

Tal i com es veurà amb més deteniment en les lleis corresponents, els refugiats, apàtrides i desplaçats estan subjectes a una normativa específica. En concret, la Llei d'Estrangeria (2000) atorga als refugiats els drets al treball, a no se expulsat i a gaudir de l'assistència social necessària en cada cas:

“Artículo 34

Residencia de apátridas, indocumentados y refugiados

1. El Ministerio del Interior reconocerá la condición de apátrida a los extranjeros que manifestando que carecen de nacionalidad reúnen los requisitos previstos en la Convención sobre el Estatuto de Apátridas, hecha en Nueva York el 28 de septiembre de 1954, y les expedirá la documentación prevista en el artículo 27 de la citada Convención. El estatuto de apátrida comportará el régimen específico que reglamentariamente se determine. (...)
3. La resolución favorable sobre la petición de asilo en España supondrá el reconocimiento de la condición de refugiado del solicitante, el cual tendrá derecho a residir en España y a desarrollar actividades laborales, profesionales y mercantiles de conformidad con lo dispuesto en la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo, y su normativa de desarrollo. Dicha condición supondrá su no devolución ni expulsión en los términos del artículo 33 de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951.”

En el seu Preàmbul, la Llei Reguladora del Dret d'Asil i la Condició de Refugiat¹¹⁶ (1984) estableix que el seu objecte és oferir protecció, d'acord amb la Constitució i els Tractats internacionals dels que l'Estat espanyol és Part, a les persones que són perseguides per motius ideològics o polítics:

“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. (...)”

¹¹⁶ La Llei 5/1984, del 26 de març, Reguladora del Dret d'Asil i de la Condició de Refugiat es va publicar al BOE núm. 74 del 27 de març de 1984. Posteriorment, aquesta Llei va ser modificada per la Llei 9/1994, del 19 de maig, i el seu Reglament es va aprovar mitjançant el Reial Decret 203/1995 del 10 de febrer (BOE núm. 52 del 2 de març de 1995). A més d'aquesta existeixen altres lleis i disposicions relatives als refugiats, entre les quals destaca l'Ordre del 13 de gener de 1989 sobre centres d'acollida a refugiats (BOE núm. 2 del 2 de febrer de 1989) i la Resolució del 6 de juliol de 1998, de la Direcció General de l'Institut de Migracions i Serveis Socials (IMSERSO), per la qual s'aprova l'Estatut Bàsic dels Centres d'Acollida a Refugiats de l'IMSERSO i es desenvolupa l'Ordre del 13 de gener de 1989, sobre Centres d'Acollida a Refugiats (BOE núm. 188 del 7 d'agost de 1998).

En els seus tres primers articles, aquesta Llei (1984) especifica el contingut del dret d'asil i les causes que justifiquen el seu atorgament:

“Artículo 1

Derecho a solicitar asilo

El territorio español constituirá un refugio inviolable para todas las personas a quienes se conceda asilo de conformidad con esta Ley. Se reconoce a los extranjeros el derecho a solicitar asilo.”

“Artículo 2

Contenido del asilo

1. El derecho de asilo reconocido en el artículo 13.4 de la Constitución es la protección dispensada a los extranjeros a los que se reconozca la condición de refugiado y que consiste en su no devolución ni expulsión en los términos del artículo 33 de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951, y en la adopción de las siguientes medidas durante el tiempo en que subsistan las circunstancias que motivaron la solicitud de asilo:

- a) Autorización de residencia en España.
- b) Expedición de los documentos de viaje e identidad necesarios.
- c) Autorización para desarrollar actividades laborales, profesionales o mercantiles.
- d) Cualesquiera otras cosas que puedan recogerse en los Convenios Internacionales referentes a los refugiados suscritos por España.

2. Asimismo, podrá otorgarse a los refugiados, en su caso, la asistencia social y económica que reglamentariamente se determine.”

“Artículo 3

Causas que justifican la concesión de asilo y su denegación

1. Se reconocerá la condición de refugiado y, por tanto, se concederá asilo a todo extranjero que cumpla los requisitos previstos en los Instrumentos internacionales ratificados por España, y en especial en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el día 28 de julio de 1951, y en el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados, hecho en Nueva York el 31 de enero de 1967.

2. No se concederá asilo a quienes se encuentren comprendidos en algunos de los supuestos previstos en los artículos 1.F y 33.2 de la referida Convención de Ginebra.”

En l'article 13 de la Llei Reguladora del Dret d'Asil (1984) i en el 29 del seu Reglament (1995) es recullen els beneficis quant a autorització de residència i dret al treball associats al reconeixement de l'estatut de refugiat. El reconeixement del dret a la residència legal i al treball implica, com hem vist, la igualtat de condicions respecte als espanyols en l'exercici d'altres, com l'atenció sanitària o l'educació, d'acord amb el que s'estableix en la Llei d'Estrangeria (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, les cursives són meves)

“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)

Pel que fa als apàtrides, el Reial Decret 865/2001 pel qual s’aprova el Reglament de Reconeixement de l’Estatut d’Apàtrida¹¹⁷ (2001) reconeix la condició d’apàtrida d’acord amb el que s’estableix a la Convenció sobre l’Estatut dels Apàtrides de 1954 (Assemblea General de l’Organització de les Nacions Unides, 1954) –ja citada– i recull per aquells que els rebin, els drets de residència i treball, la qual cosa, implícitament, els atorga també els d’assistència sanitària i protecció social en igualtat de condicions als espanyols:

“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. (...)* (Les cursives són meves)

Per últim, el Reial Decret 1325/2003, del 24 d’octubre, pel qual s’aprova el Reglament de Protecció Temporal en Cas d’Afluència Massiva de Persones Desplaçades¹¹⁸ (2003) estableix la definició de “desplaçat” i les condicions de protecció –temporal- a aquestes persones mentre no puguin tornar als seus països d’origen:

“Artículo 1

Objeto

Este reglamento tiene por objeto regular el régimen de protección temporal en caso de afluencia masiva de personas desplazadas procedentes de terceros países no miembros de la Unión Europea que no puedan regresar en condiciones seguras y duraderas debido a la situación existente en ese país, y que puedan eventualmente caer dentro del ámbito de aplicación del

¹¹⁷ El Reial Decret 865/2001 pel qual s’aprova el Reglament de Reconeixement de l’Estatut d’Apàtrida es va publicar al BOE núm. 174, del 21 de juliol de 2001.

¹¹⁸ El Reial Decret 1325/2003, del 24 d’octubre, pel qual s’aprova el Reglament de Protecció Temporal en Cas d’Afluència Massiva de Persones Desplaçades està recollit en el BOE núm. 256, del 25 d’octubre de 2003.

artículo 1.A de la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados, de 28 de julio de 1951, u otros instrumentos internacionales o nacionales de protección internacional.”

“Artículo 2

Definición de desplazado

Se consideran desplazados a los nacionales de un tercer país no miembro de la Unión Europea o apátridas que hayan debido abandonar su país o región de origen, o que hayan sido evacuados, en particular:

- a) Las personas que hayan huido de zonas de conflicto armado o de violencia permanente.
- b) Las personas que hayan estado o estén en peligro grave de verse expuestas a una violación sistemática o generalizada de los derechos humanos.”

En els articles 14, 16 i 19 s'estableix el reconeixement dels drets de residència temporal i autorització per a treballar, la qual cosa els concediria automàticament els drets a l'assistència sanitària i a la protecció social (parcialment recollits en l'article 20).

“Artículo 14

Libertad de circulación y residencia. Medidas cautelares

1. La persona a la que por resolución del Ministro del Interior se le conceda el régimen de protección temporal tendrá derecho a circular libremente por el territorio español y a residir libremente en él.

2. No obstante, por razones de seguridad pública, el Ministro del Interior podrá adoptar cualquiera de las medidas cautelares previstas en el artículo 5 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, y en el artículo 18 de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado.”

“Artículo 16

Permiso de residencia

1. A los beneficiarios de la protección temporal se les concederá un permiso de residencia al amparo de lo dispuesto en el artículo 41.3 a) del Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, aprobado por el Real Decreto 864/2001, de 20 de julio, y sus renovaciones serán anuales previo informe de la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio sobre la vigencia del régimen de protección temporal. (...)” (Les cursives són meves)

“Artículo 19

Autorización para trabajar

Se otorgará la autorización administrativa para trabajar a los beneficiarios de la protección temporal de acuerdo con el artículo 79.1b) del Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, aprobado por el Real Decreto 864/2001, de 20 de julio.” (Les cursives són meves)

“Artículo 20

Ayudas sociales

1. Los beneficiarios de la protección temporal que no dispongan de recursos suficientes podrán beneficiarse de servicios sociales y sanitarios de acuerdo con la normativa de asilo, en particular los que presentan necesidades especiales, de conformidad con lo que establece el artículo 15 del Reglamento de Aplicación a la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, aprobado por Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero. (...)” (Les cursives són meves)

3.3. Textos legals relacionats específicament amb l'assistència sanitària

En la Constitució espanyola (1978), l'article de partida és el 15, en el qual es reconeix el dret a la vida. A més, els articles 39 i 41 estableixen el dret a la protecció social i seguretat social:

“Artículo 15

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.”

“Artículo 39

1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia (...)
4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.”

“Artículo 41

Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente, en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.”

Els drets específics en torn a la salut i l'atenció sanitària es tracten en els articles 43, 49, 50 i 51, fent recaure sobre els poders públics la responsabilitat d'organitzar la protecció a la salut pública, la rehabilitació i les activitats d'educació sanitària.

“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. (...)”

A més, s'estableixen altres drets relacionats d'alguna manera amb la salut i la qualitat de vida: dret a l'habitatge (article 47), al treball (article 35) i a l'educació (articles 5 i 27).

La Constitució (1978) defineix l'organització territorial de l'Estat en municipis, províncies i Comunitats Autònomes (CCAA), garantint el principi de solidaritat entre

territoris, la igualtat de drets i llibertats de tots els ciutadans en qualsevol punt de l'Estat i l'autonomia financera de les CCAA per a executar les seves competències. A més, reconeix els Estatuts com a norma bàsica de cada Comunitat Autònoma (CA) i defineix les competències de l'Estat i de les Autonomies. L'Estat es reserva les competències en matèria de nacionalitat i estrangeria, sanitat exterior i regulació bàsica de la Seguretat Social, cedint a les CCAA la gestió de l'assistència social i la sanitat. I cal destacar això últim: el que l'Estat cedeix a les Comunitats Autònomes és la gestió dels serveis de salut, mentre que els drets a la salut i a l'assistència sanitària i les prestacions en aquesta matèria considerades bàsiques (i que les CCAA estan obligades a oferir) es troben definides en normatives d'àmbit estatal: la Constitució i, més específicament, la Llei General de Sanitat (1986), de la qual es parlarà a continuació.

“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 part del què es recull en la Constitució, la llei fonamental en matèria de drets i ordenació sanitària és la Llei General de Sanitat¹¹⁹ (LGS) (1986). En el seu Títol Preliminar, la citada llei promulga el dret a la salut i garanteix el dret d'assistència a espanyols i estrangers residents¹²⁰, deixant l'assistència als no residents a allò que especifiquin “las leyes correspondientes” (a la pràctica, la Llei d'Estrangeria):

“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.

¹¹⁹ La primera edició de la Llei 14/1986, General de Sanitat (LGS) és del 25 d'abril de 1986 (BOE núm. 102 del 29 d'abril de 1986). Després, s'han introduït tan sols dues modificacions: una per la Llei 25/1990, del 20 de desembre, del Medicament, que va afectar a l'article 47.5 (ja derogada i substituïda per la Llei 29/2006, del 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, publicada al BOE núm. 178 del 27 de juliol de 2006) i una altra per la Llei 55/1999, del 29 de desembre, de Mesures Fiscals Administratives i de l'Ordre Social, que va modificar l'article 100.1 (BOE núm. 312 del 30 de desembre de 1999).

¹²⁰ S'entén per “extranjeros residentes” aquells que tinguin la seva residència legal a l'Estat espanyol.

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. (...)* (Les cursives són meves)

En diferents articles del Títol Primer es defineixen els principis que regiran l'organització i actuació del sistema sanitari: promoció de la salut i educació per a la salut, prevenció de les malalties i rehabilitació, universalitat de l'assistència ("a toda la població espanyola") i lluita contra les desigualtats socials en salut.

"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." (Les cursives són meves)

"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."

A més, en el seu article 10, la LGS (1986) estableix el respecte a la dignitat humana, la prohibició de la discriminació i el dret a la confidencialitat de les dades, tot i que, com passava en la legislació internacional, alguns d'aquests termes i el seu abast real no es defineixen de manera precisa. Veiem també que recull el dret dels pacients a que la informació respecte al seu estat de salut i els procediments sanitaris que se'ls hi apliquin se'ls transmetin de manera comprensible i, més important encara, a obtenir els medicaments o productes sanitaris necessaris per a la seva salut, tot i que aquest últim dret es limita a "los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado", la qual cosa, a la pràctica, permet que aquests serveis no siguin gratuïts com la resta de les prestacions sanitàries i, per tant, no necessàriament accessibles a la totalitat de la població:

“*Artículo 10*

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que se puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
5. *A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. (...)*
14. *A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado. (...)* (Les cursives són meves)

Tot i que l'anàlisi en profunditat de les prestacions del Sistema Nacional de Salut s'escapa als objectius d'aquest treball, sí val la pena fer una breu menció als continguts genèrics d'aquestes. Així, en el seu article 18, la Llei General de Sanitat (1986) estableix com a responsabilitat de les Administracions el desenvolupament dels sistemes d'atenció primària, especialitzada, de planificació familiar i salut mental, la prestació de productes terapèutics i l'establiment de programes d'atenció a grups vulnerables, d'educació sanitària i formació del personal sanitari i investigació.

“*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 concret, respecte a l'atenció en salut mental, la Llei General de Sanitat (1986) estableix la total equiparació del malalt mental amb la resta de les persones que requereixin atenció sanitària i insta a les Administracions a desenvolupar programes d'atenció que donin prioritats i potenciïn l'àmbit comunitari, garantint, al mateix temps, les possibilitats d'hospitalització en unitats específiques, el desenvolupament de la rehabilitació i la coordinació amb els serveis socials.

“Artículo 20

Sobre la base de la plena integració 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.”

Pel que fa referència a l'assistència sanitària a immigrants, el dret està recollit en el ja assenyalat article 1, mentre que el 16 i el 80 regulen les condicions de l'atenció a les persones que quedin fora de la cobertura, que es consideraran “pacientes privados”, és a dir, sense dret teòric a l'assistència gratuïta.

“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 relació amb l'assistència a aquest tipus de pacient, el Reial Decret 1088/1989, del 8 de setembre, pel qual s'estén la Cobertura de l'Assistència Sanitària de la Seguretat Social a les Persones sense Recursos Econòmics Suficients¹²¹ (1989) reconeix el dret a les prestacions socials i d'assistència sanitària en igualtat de condicions que la resta dels ciutadans a totes aquelles persones que, sense tenir dret a rebre-les per les vies reconegudes en el Règim General de la Seguretat Social, manquin de recursos econòmics per a sufragar-se-les i ho acreditin adequadament. Cal destacar que l'atorgament del dret es limita als espanyols amb residència legal, és a dir, no se'n poden beneficiar els immigrants sense nacionalitat, siguin quines siguin les condicions de la seva estada, la qual cosa implica una desprotecció evident per a aquesta població.

“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.”

A més de la Llei General de Sanitat (1986), destaca la Llei 16/2003, del 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut¹²² (2003), que neix per adaptar el sistema sanitari als canvis produïts en la societat des de l'aprovació de la primera. Tal i com s'explica en el seu apartat d'exposició de motius i en el seu primer article, la Llei de Cohesió (LC) (2003) té com a objectiu garantir la coordinació entre les Administracions per acomplir els objectius del Sistema Nacional de Salut (SNS) d'oferir una atenció universal, integral i de qualitat:

“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.

¹²¹ El Reial Decret 1088/1989, del 8 de setembre, pel qual s'estén la Cobertura de l'Assistència Sanitària de la Seguretat Social a les Persones sense Recursos Econòmics Suficients es va publicar al BOE núm. 216 del 9 de setembre de 1989.

¹²² La Llei 16/2003 de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut es va publicar al BOE núm. 128 del 29 de maig de 2003.

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.”

D’acord amb aquest objectiu general, en l’article 2 s’estableixen els principis generals de la Llei (2003), entre els que destaquen, l’atenció integral, universal i pública i la lluita contra les desigualtats en salut:

“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 la relació amb l’atenció a persones immigrants, la referència més relacionada l’aporten l’article 3, en el que es defineixen aquells que poden ser titulars dels drets, i la Disposició Addicional cinquena, que tracta de l’establiment d’un fons de cohesió per a garantir l’accessibilitat a nacionals i estrangers i la lluita contra les desigualtats. En l’article 3 s’estableix que seran titulars dels drets de protecció de la salut i assistència sanitària tots els espanyols, els nacionals de la UE d’acord als tractats establerts i els nacionals d’Estats amb els quals existeixin pactes subscrits, mentre que, per als altres estrangers, el dret se supedita al que hi ha establert en la Llei d’Estrangeria (2000). A més, es responsabilitza a les Administracions d’adoptar les mesures necessàries per a garantir la completa accessibilitat, evitant que la discriminació per qualsevol motiu impedeixi l’exercici dels drets atorgats. Aquests darrer paràgraf és el que s’invoça amb major freqüència quan es tracten les dificultats d’accés de les minories ètniques i culturals (nacionals o no) al sistema sanitari i pel que es recorden que són els poders públics els que tenen l’obligació de generar les condicions que facilitin el seu accés.

“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.” (Les cursives són meves)

“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.”

D'aquesta manera veiem que el text bàsic per a delimitar el dret a la salut i a l'assistència sanitària a immigrants és la Llei d'Estrangeria (2000), a la qual acaben remetent, d'una manera o una altra, els textos recollits fins el moment. Aquesta Llei incorpora, quant al dret a l'assistència sanitària i protecció de la salut, els supòsits bàsics recollits en els Tractats internacionals dels que és Part l'Estat espanyol i, a més, *amplia aquest dret als estrangers empadronats, independentment de la seva situació legal al país*, la qual cosa la converteix en més protectora que la legislació europea i de drets humans. L'article bàsic és el 12, en el que es contempla que tindran dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols:

- Els estrangers en situació legal
- Independentment de la seva situació legal: aquells empadronats en el seu municipi de residència, els menors de 18 anys i les dones durant l'embaràs, part i postpart i tots els que precisin atenció d'urgència.

“Artículo 12

Derecho a la asistencia sanitaria

1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.”

Respecte a la regulació concreta d'aquests drets en cas d'estrangers sense autorització de residència, cal aclarir que l'atenció a les dones embarassades s'iniciarà amb la constatació mèdica de l'embaràs i, després del part, fins a l'alta mèdica o, com a mínim, fins a les 6 setmanes immediatament posteriors al part. Un cop superat aquest termini, les dones tornen a perdre el dret a l'assistència (si no s'han empadronat), tot i que els seus fills (en tant que menors d'edat) sí que el mantenen. A més, la Llei d'Estrangeria (2000) contempla també que les dones embarassades no podran ser expulsades si un professional competent per a certificar-ho estima que això pot suposar un risc per al fetus o la mare. En els casos d'urgència, per la seva pròpia naturalesa, es prestarà l'atenció sanitària corresponent sense detenir-se a comprovar la situació jurídica del que és atès (Pérez, 2004: 67-70), tot i que, en aquest sentit, convindria definir adequadament què s'entén per "urgència".

Pel que fa referència a l'assistència social i gaudi de les prestacions de la Seguretat Social, la Llei d'Estrangeria (2000) contempla també una diferenciació entre estrangers residents i no residents. Els primers tindran aquests drets en les mateixes condicions que els nacionals, mentre que, als segons només se'ls atorgaran els serveis i prestacions bàsiques, entenent com a tals aquells serveis educatius, sanitaris i d'atenció social que es presten a persones especialment vulnerables.

"Artículo 14

Derecho a la Seguridad Social y a los servicios sociales

1. Los extranjeros residentes tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros residentes tendrán derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a los generales y básicos como a los específicos, en las mismas condiciones que los españoles.
3. Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas."

"Por servicios sociales se entiende toda actividad que se orienta a promover la prestación de ayuda personal, de información y de atención a los ciudadanos, especialmente a las personas, familias o colectivos que, por razones de dificultades de integración, disminuciones físicas o psíquicas o sensoriales, o de problemas familiares o de marginación, son merecedores de un esfuerzo solidario." (Pérez, 2004: 72)

"También podrían incluirse en este concepto la asistencia sanitaria para la recuperación profesional, y las prestaciones por incapacidad temporal, maternidad, invalidez, jubilación, desempleo, muerte y supervivencia, prestaciones familiares por hijo a cargo, prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y rehabilitación de inválidos así como de asistencia a la tercera edad y al resto de servicios sociales que ofrezcan tanto las Administraciones Públicas como entidades privadas (fundaciones, centros religiosos de acogida, de caridad o beneficencia, etc.)." (Pérez, 2004: 73)

En el que es refereix a l'assistència sanitària i la protecció social, la Llei Reguladora del Dret d'Asil i la Condició de Refugiat (1984), recull aquests drets, ja sigui per a sol·licitants d'asil, en els articles 15 i 30 del Reglament. Tot i que no hi ha especificacions explícites un cop reconegut l'estatut de refugiat, es pot entendre que el reconeixement del dret de residència i l'autorització per a treballar, atorguen aquestes prestacions d'acord amb la Llei d'Estrangeria.

“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 registrarán 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 concorra 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)

3.3.1. Normativa d'empadronament

Tal i com hem vist, un dels punts clau de la Llei d'Estrangeria (2000) per a l'accés a l'assistència sanitària i la protecció social és l'empadronament. Amb aquest, es pot obtenir la Targeta Sanitària Individual i, per tant, el dret a l'atenció en els serveis de salut. La inscripció en el padró municipal constitueix l'únic mètode per el qual els estrangers sense autorització de residència poden accedir a aquest i altres drets, per la qual cosa la seva regulació i també la seva aplicació pràctica per part dels Ajuntament són d'especial rellevància per als interessos d'aquests treball.

La normativa d'empadronament està regida per les següents lleis i disposicions:

- Llei 4/1996, del 10 de gener, per la qual es modifica la Llei 7/1985, del 2 d'abril, Reguladora de les Bases del Règim Local, en relació amb el Padró municipal.
- Reial Decret 2612/1996, del 20 de desembre, pel qual es modifica el Reglament de Població i Demarcació Territorial de les Entitats Locals aprovat pel Reial Decret 1690/1986, de l'11 de juliol.
- Resolució del 9 d'abril de 1997 de la Subsecretaria, per la qual es disposa la publicació de la Resolució de l'1 d'abril de la Presidenta de l'Institut Nacional

d'Estadística i del Director General de Cooperació Territorial, per la qual es dicten instruccions tècniques als Ajuntaments sobre la gestió i revisió del Padró municipal.

- Ordre de l'11 de juliol de 1997 sobre comunicacions electròniques entre les Administracions públiques referents a la informació dels Padrons municipals.
- Resolució 21 de juliol de 1997 de la Subsecretaria, per la qual es disposa la publicació de la Resolució del 4 de juliol de la Presidenta de l'Institut Nacional d'Estadística i del Director General de Cooperació Territorial, per la qual es dicten instruccions tècniques als Ajuntaments sobre actualització del Padró municipal.
- Resolució del 26 de maig de 2005, de la Subsecretaria, per la qual es disposa la publicació de la Resolució del 28 d'abril de 2005, de l'Institut Nacional d'Estadística i de la Direcció General de Cooperació Local, per la qual es dicten instruccions tècniques als Ajuntaments sobre el procediment per acordar la caducitat de les inscripcions padronals dels estrangers no comunitaris sense autorització de residència permanent que no siguin renovats cada dos anys.¹²³.

- **Obligatorietat de la inscripció**

Tant la Llei 4/1996 (1996) com el Reial Decret 2612/1996 estableixen clarament l'obligatorietat, per a tots els que visquin en territori espanyol (la qual cosa inclou, per tant, als estrangers), d'inscriure's en el padró del municipi on tinguin la seva residència la major part de l'any i del que passaran a ser considerats veïns.

“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.”

De la mateixa manera, tots els veïns estan obligats a comunicar al seu Ajuntament els canvis quant a les dades recollides de manera obligatòria en el padró 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

¹²³ A efectes d'aquest treball interessien la Llei 4/1996 (BOE núm. 11 del 12 de gener de 1996), el Reial Decret 2612/1996 (BOE núm. 14 del 16 de gener de 1997), la Resolució del 21 de juliol de 1997 i la Resolució del 26 de maig de 2005 (BOE núm. 128 del 30 de maig de 2005). Quan els textos dels articles de la Llei i el seu Reial Decret 2612/1996 siguin equivalents se citaran, excepte que s'indiqui expressament el contrari, els corresponents a aquest últim.

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.”

A més, d'acord amb la Resolució del 26 de maig de 2005 (2005), aquells estrangers no comunitaris sense autorització de residència permanent tindran l'obligació de renovar la inscripció d'empadronament cada dos anys. Segons la citada Resolució (2005), amb aquesta mesura es pretén contribuir a solucionar el desfasament existent entre les dades patronals i les que tenen a la seva disposició l'Institut Nacional d'Estadística (INE). El procediment seria el següent: l'Ajuntament contrasta les seves dades amb les que li envia a l'INE i localitza en elles als estrangers que han de renovar la inscripció, als quals està obligat a enviar un pre-avis. En cas de que la renovació no es formalitzi, l'Ajuntament donarà de baixa a aquestes persones i ho comunicarà a l'INE. Sens dubte, es tracta d'una mesura important ja que, recordem, l'accés a tota una sèrie de beneficis socials, entre ells l'assistència sanitària, depèn de la inscripció al padró.

▪ Procediment d'empadronament

L'article 16 de la Llei 4/1996 i el 57 del Reial Decret 2612/1996 estableixen les dades que, de manera obligatòria, s'han de recollir en el padró municipal:

“Artículo 57

1. La inscripción en el padrón municipal contendrá como obligatorios sólo los siguientes datos de cada vecino:

Nombre y apellidos.

Sexo.

Domicilio habitual.

Nacionalidad.

Lugar y fecha de nacimiento.

Número de documento nacional de identidad o, tratándose de extranjeros, del documento que lo sustituya.

Certificado o título escolar o académico que posea.

Cuanto 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.”

Això significa que els Ajuntaments (i, a través d'ells, l'Institut Nacional d'Estadística i els corresponents a cada Comunitat Autònoma) disposen de les dades del número de persones nascudes a l'estranger (la qual cosa no significa que tots ho siguin –estrangers, quant a la seva definició formal- en la mesura en que poden ser espanyols d'origen o haver obtingut posteriorment la nacionalitat) i també que no es recullen dades sobre pertinença ètnica, religió ni legalitat de la residència.

Per altra part, la Llei 4/1996 i el Reial Decret 2612/1996 estableixen que els Ajuntaments són els responsables de la gestió del padró i estan autoritzats –i obligats- a comprovar la veracitat de les dades que hi figuren, tant exigint documents que les provin com establint controls a peu de carrer.

“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. (...).”

Tanmateix, la Resolució del 21 de juliol de 1997 puntualitza l'abast d'aquestes comprovacions afirmant que l'Ajuntament només estarà interessat en comprovar la veracitat de les dades en tant que necessàries per assegurar la residència real del veí en el domicili en el qual afirma residir, però no quant a la legitimitat de l'ocupació de l'habitatge, les característiques d'aquest ni la situació de residència legal o no al país. Per tant, n'hi hauria prou amb acreditar la residència en el domicili mitjançant un certificat de propietat, un contracte de lloguer, qualsevol rebut de serveis de l'habitatge (aigua, llum, ...), l'autorització d'una persona empadronada en el domicili que disposi dels anteriors o, fins i tot, res de tot això, corresponent a l'Ajuntament acreditar per altres vies la veracitat de la residència. Vegem-ho:

“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.

Quando un ciutadano sol·licita su alta en un domicili 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, les cursives són meves)

▪ Confidencialitat de les dades

Tant la Llei 4/1996 com el Reial Decret 2612/1996 recullen clarament la confidencialitat de les dades del padró, però ambdós expliciten també que aquestes dades podran ser cedides a les Administracions “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” (article 83 del Reial Decret 2612/1996). L’ambigüitat d’aquesta frase adquireix especial rellevància si recordem els successos que van passar l’any 2003, durant la darrera etapa del govern del Partit Popular, quan un dels elements que es pretenia utilitzar per a la lluita contra la immigració irregular era l’entrega a les autoritats competents en matèria d’estrangeria de les dades del padró. A partir de l’expressió d’aquesta voluntat, van ser molts els responsables municipals que van recordar la confidencialitat de les dades i, basant-se en ella i en les conseqüències socials que tindria que els immigrants il·legals deixessin d’inscriure’s en el padró per por a ésser localitzats i expulsats, es van negar a facilitar aquesta informació.

▪ Abast de la inscripció

La inscripció en el padró municipal atorga, com hem vist, la categoria de veí del municipi en el que s’està inscrit i les certificacions que els Ajuntaments expedeixin als interessats sobre la seva inscripció en el padró municipal constitueixen documents públics que proven la residència en el municipi i el domicili.

”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. (...)”

Els documents que els Ajuntaments expedeixin com a prova de l'empadronament poden ser volants o certificats i estan dotats de validesa i usos diferents. Així, els certificats es consideren documents públics a tots els efectes, els únics que acrediten a efectes legals complets l'empadronament i han d'estar firmats pel Secretari de l'Ajuntament (o en qui aquest delegui). Els volants són documents merament informatius que estaran firmats pel personal responsable de l'àrea d'empadronament de l'Ajuntament i tindran una validesa limitada. Els àmbits de validesa d'ambdós s'expliciten en el Reial Decret 2612/1996 i en la Resolució del 21 de juliol 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)

S’entén, per tant, d’aquesta reglamentació, que per a la sol·licitud de permís de residència i treball o nacionalitat o altres tràmits legals relacionats amb l’estrangeria serà necessari un certificat d’empadronament, mentre que per a l’obtenció de la Targeta Sanitària n’hi hauria prou amb un volant.

▪ “Empadronament de marginats”

La Resolució 21 de juliol de 1997 estableix que l’Ajuntament està autoritzat (i obligat) a empadronar a un veí independentment de les característiques d’habitabilitat o salubritat de l’habitatge. Així, una persona es podrà empadronar en un infrahabitatge, un habitatge col·lectiu o, fins i tot, en una adreça fictícia, sempre que el fet estigui en coneixement dels Serveis Socials competents.

“(…) el Padrón debe reflejar el domicilio donde realmente vive cada vecino del municipio. Siempre que se produzca esa realidad debe hacerse constar en el Padrón. Y de la misma manera que la inscripción padronal es completamente independiente de las controversias jurídico-privadas sobre la titularidad de la vivienda, lo es también de las circunstancias físicas, higiénico-sanitarias o de otra índole que afecten al domicilio.

En consecuencia, las infraviviendas (chabolas, caravanas, cuevas, etc., e incluso ausencia total de techo) pueden y deben figurar como domicilios válidos en el Padrón, ya que la realidad es en ocasiones así.

Las situaciones más extremas pueden plantear la duda sobre la procedencia o no de su constancia en el Padrón municipal. *El criterio que debe presidir esta decisión viene determinado por la posibilidad o imposibilidad de dirigir al empadronado una comunicación al domicilio que figure en su inscripción. En el caso de que sea razonable esperar que esa comunicación llegue a conocimiento del destinatario, se le debe empadronar en esa dirección.*

La correcta aplicación de este criterio determina, por un lado, que se deba aceptar como domicilio cualquier dirección donde efectivamente vivan los vecinos, y, por otro, que pueda y deba recurrirse a una ‘dirección ficticia’ en los supuestos en que una persona que carece de techo reside habitualmente en el municipio y sea conocida de los Servicios Sociales correspondientes.

Las condiciones que deberían cumplirse para este tipo de empadronamiento son las siguientes:

- Que los Servicios Sociales estén integrados en la estructura orgánica de alguna Administración pública.

- Que los responsables de estos Servicios informen sobre la habitualidad de la residencia en el municipio del vecino que se pretende empadronar.

- Que los Servicios Sociales indiquen la dirección que debe figurar en la inscripción padronal, y se comprometan a intentar la práctica de la notificación cuando se reciba en esa dirección una comunicación procedente de alguna Administración pública.

En estas condiciones, la dirección del empadronamiento será la que señalen los Servicios Sociales: La dirección del propio servicio, la del albergue municipal, la del punto geográfico concreto donde ese vecino suela pernoctar, etc.

Evidentemente, para practicar este tipo de inscripción no es necesario garantizar que la notificación llegará a su destinatario, sino simplemente que es razonable esperar que en un plazo prudencial se le podrá hacer llegar. (...)

Y, naturalmente, cuantas referencias se hacen a los Servicios Sociales son directamente aplicables a cualquier otro Servicio municipal que pudiera cumplir este mismo cometido.” (Resolución 21 de julio de 1997, les cursives són meves)

Així doncs, tenint en compte això i el què s’ha dit respecte a la legitimitat de l’ocupació de l’habitatge, la Resolució del 21 de juliol de 1997 deixa clar que no es poden esgrimir arguments relatius a l’absència de contracte d’arrendament o certificat de propietat,

l'habitabilitat de l'habitatge o, fins i tot, l'absència total d'aquest per a impedir a un veí, del qual els Serveis Socials acreditin que resideix habitualment en el municipi, la seva inscripció en el padró d'aquest. És aquesta disposició la que esgrimeixen els Serveis Socials per a empadronar a indigents o estrangers sense residència legal que manquin dels recursos mínims per tal de que puguin accedir, a través de l'empadronament, a beneficis socials tals com l'atenció sanitària o l'assistència social.

▪ Empadronament d'estrangers

La Llei 4/1996, el Reial Decret 2612/1996 i la Resolució 21 de juliol de 1997 estableixen clarament que no és competència dels Ajuntaments controlar la residència legal dels estrangers, que haurien d'inscriure'ls en el Padró independentment d'aquesta i que, per a això, utilitzaran documents alternatius a la targeta de residència. Al mateix temps, expliciten que la inscripció en el Padró no atorga cap dret quant a la residència 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, les cursives són meves)

Així doncs, aquesta normativa permet la inscripció, mitjançant la simple presentació del passaport, dels estrangers en situació irregular, la qual cosa els permetrà accedir als beneficis socials ja assenyalats. No es pot oblidar, tanmateix, que no tots els immigrants tenen passaport o documentació identificativa en regla, fet que dificulta, fins al punt d'impedir-ho a vegades, l'empadronament. Tampoc, com ja s'ha mencionat, que existeixen diferències entre els Ajuntaments quant a les facilitats o obstacles per a que aquest dret sigui efectiu i que, en cas de no poder acreditar la residència en un habitatge pels mitjans ja mencionats o de mancar per complet d'aquesta, seran els Serveis Socials els encarregats de confirmar on es produeix la residència, però aquests, habitualment, manquen dels mitjans necessaris per a fer-ho, per la qual cosa acostumen a delegar-ho a la policia municipal (o Cos equivalent). Tot i que, en principi, la missió de la policia en aquests casos es limitaria a confirmar la residència, és evident que, per a persones que viuen en situació d'irregularitat, la possibilitat de que aquests vagin al seu domicili pot implicar que decideixin no completar el tràmit d'empadronament, Cal, llavors, reflexionar sobre l'abast de les lleis, les esclatxes que deixen i les conseqüències no previsibles d'alguns dels seus pressupòsits.

3.3.2. Normativa respecte a l'obtenció de la Targeta Sanitària Individual

Repassem a continuació la normativa en relació a l'obtenció de la Targeta Sanitària Individual, donat que és el requisit bàsic per a accedir a l'atenció en salut. Tractarem en aquí, breument, tan sols alguns aspectes generals, ja que algunes Comunitats Autònomes, entre elles Catalunya, estableixen continguts lleugerament diferenciats i els Ajuntaments tenen organitzada la seva gestió de manera pròpia. Les peculiaritats quant als tràmits en l'Ajuntament de Barcelona es tractaran en l'apartat corresponent a la legislació i normatives municipals.

Segons estableix la Llei de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut (2003), la Targeta Sanitària Individual (TSI) és un document que recull dades del seu titular relatives a la seva identificació, al seu dret a atenció sanitària i a la prestació farmacèutica en una modalitat concreta i l'acredita com a usuari del Sistema Nacional de Salut (i, per tant, del Sistema de Salut de cada Comunitat Autònoma).

“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 aquella 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)

Com a norma general, per a obtenir la TSI els interessats hauran de dirigir-se al centre de salut de la seva zona de residència i omplir el formulari corresponent adjuntant la següent documentació:

- Fotocòpia del DNI, passaport o document que acrediti la seva identitat (per a cada una de les persones que sol·liciten la targeta).
- Certificat d'empadronament.
- Targeta de la Seguretat Social (en cas de disposar-ne).
- Certificat de dret a assistència sanitària a les persones sense recursos econòmics suficients, si és el cas.

De les dificultats per a certs immigrants en aquesta matèria ja se n'ha parlat: no tots tenen passaport o documentació identificativa; el tràmit d'empadronament pot ser complicat o impossible; i l'obtenció d'un certificat acreditatiu de no disposar de recursos depèn, de la mateixa manera que l'empadronament en situacions excepcionals, dels Serveis Socials, per la qual cosa no serà estrany que aquells que hagin tingut problemes per a completar el tràmit acabin anant als serveis d'urgències en cas de necessitar assistència, on habitualment no se sol·licita la TSI, amb les dificultats a nivell clínic i organitzatiu que també s'han mencionat ja.

4. LEGISLACIÓ DE CATALUNYA

A més de les que li atorga la Constitució espanyola (1978) en matèria de sanitat i, malgrat les relacionades amb la regulació i control de la immigració corresponen bàsicament a l'Estat, la Generalitat de Catalunya disposa de competències en àmbits que, en diferents mesures, es poden relacionar amb les condicions de vida de les persones immigrades com habitatge, treball, serveis socials o educació, per la qual cosa val la pena detenir-se en l'anàlisi de la legislació al respecte.

4.1. Textos legals relacionats amb els drets humans

La norma fonamental quant a aquesta temàtica és l'Estatut d'Autonomia de Catalunya¹²⁴ (2006), una Llei Orgànica en la que s'estableix que Catalunya s'institueix com a Comunitat Autònoma, es defineixen les seves institucions polítiques, les competències que li corresponen i les relacions amb l'Estat.

“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 preàmbul, l'Estatut d'Autonomia del 2006 estableix com a valors del poble català la llibertat, la justícia i la igualtat i afirma que Catalunya és “una comunitat de persones lliures per a persones lliures” on cada un pot viure i expressar identitats diverses i on es respecta la dignitat 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 assegurï una qualitat de vida digna per a tots els que viuen i treballen a Catalunya.” (Estatut d'Autonomia de Catalunya, 2006: 18)

“És per tot això que, seguint l'esperit del preàmbul de l'Estatut del 1979, aquest Estatut assumeix que:

- Catalunya és un país ric en territoris i gents, una diversitat que la defineix i l'enriqueix des de fa segles i l'enforteix per als temps venidors.
- Catalunya és una comunitat de persones lliures per a persones lliures on cadascú pot viure i expressar identitats diverses, amb un decidit compromís comunitari basat en el respecte per la dignitat de cadascuna de les persones.
- L'aportació de tots els ciutadans i ciutadanes ha configurat una societat integradora, amb l'esforç com a valor i amb capacitat innovadora i emprenedora, uns valors que continuen impulsant-ne el progrés. (...)” (Estatut d'Autonomia de Catalunya, 2006: 18)

En l'article 4 l'Estatut recull l'obligació dels poders públics de promoure les llibertats i drets reconeguts en els diferents tractats internacionals sobre drets humans i en la Constitució espanyola, en els següents termes:

¹²⁴ L'actual text de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya està recollit en la Llei Orgànica 6/2006, del 19 de juliol, de Reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya. Es va aprovar en referèndum el 18 de juliol de 2006 i es va publicar al BOE número 172 del 20 de juliol de 2006 (pàgines: 27269-27310) i en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) número 4680 el 20 de juliol de 2006 (pàgines: 31875-31936).

“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.”

A més, recull específicament tota una sèrie de drets a menors, dones, ancians, 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 l’article 78, es tracten les funcions del Síndic de Greuges, encarregat de la vigilància de les activitats de la Generalitat en aquesta matèria i de la defensa dels drets i llibertats fonamentals dels ciutadans catalans.

“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 les 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.”

4.2. Textos legals relacionats amb la immigració

Les competències de la Generalitat de Catalunya en matèria d'immigració queden recollides en l'article 138 de l'Estatut d'Autonomia (2006), en el que s'especifica que tindrà competències exclusives en matèria d'acollida i integració, de manera que la resta de les qüestions, tal i com es recollia en la Constitució i la Llei d'Estrangeria, queden en mans de l'Estat. En concret:

“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.”

Tanmateix, malgrat les competències en matèria d'estrangeria corresponguin a l'Estat, l'aplicació dels drets i llibertats que es reconeixen als estrangers i, segons l'Estatut, la seva acollida i integració, afecten a competències transferides a la Generalitat en àmbits com l'habitatge, l'educació, el treball o la salut.

Catalunya compta també amb una norma pròpia relativa a l'estrangeria: el Decret 188/2001, del 26 de juny, dels Estrangers i la seva Integració Social a Catalunya¹²⁵ (2001), que té com a funció concretar el paper de la Generalitat en aquesta matèria i en la integració social de les persones immigrades a Catalunya.

“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.”

És important destacar que aquets Decret (2001) amplia el catàleg de prestacions en matèria de protecció i assistència social, reconeixent el dret dels estrangers residents a accedir, en igualtat de condicions que la resta dels ciutadans i sigui quina sigui la seva situació administrativa, a les ajudes d'urgència social i a la pràctica totalitat dels serveis d'atenció social primària (i no només als bàsics, com estableix la legislació 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.” (Les cursives són meves)

4.3. Textos legals relacionats específicament amb l'assistència sanitària

L'Estatut d'Autonomia de Catalunya (2006) recull les competències de la Generalitat en matèria sanitària i àmbits relacionats, en els següents termes:

“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

¹²⁵ El Decret 188/2001, del 26 de juny, dels Estrangers i la seva Integració Social a Catalunya es va publicar en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* núm. 3431, del 16 de juliol de 2001.

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.”

“Article 24. Drets en l'àmbit dels serveis socials

1. Totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat a les prestacions de la xarxa de serveis socials de responsabilitat pública, a ésser informades sobre aquestes prestacions i a donar el consentiment per a qualsevol actuació que les afecti personalment, en els termes que estableixen les lleis.
2. Les persones amb necessitats especials, per a mantenir l'autonomia personal en les activitats de la vida diària, tenen dret a rebre l'atenció adequada a llur situació, d'acord amb les condicions que legalment s'estableixen.
3. Les persones o les famílies que es troben en situació de pobresa tenen dret a accedir a una renda garantida de ciutadania que els asseguri els mínims d'una vida digna, d'acord amb les condicions que legalment s'estableixen.
4. Les organitzacions del tercer sector social tenen dret a complir llurs funcions en els àmbits de la participació i la col·laboració socials.”

“Article 162. Sanitat, salut pública, ordenació farmacèutica i productes farmacèutics

1. Correspon a la Generalitat, en matèria de sanitat i salut pública, la competència exclusiva sobre l'organització, el funcionament intern, l'avaluació, la inspecció i el control de centres, serveis i establiments sanitaris.
2. Correspon a la Generalitat l'ordenació farmacèutica, en el marc de l'article 149.1.16 de la Constitució.
3. Correspon a la Generalitat, en tot cas, la competència compartida en els àmbits següents:
 - a) L'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les prestacions i els serveis sanitaris, 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 Catalunya¹²⁶ (1990) té, per la seva part, com a objectiu la creació del Servei Català de la Salut, un ens públic que es defineix d'acord als principis generals d'atenció integral, universal i descentralitzada, orientant-se a la protecció i promoció de la salut, la equitat en salut i la lluita contra les desigualtats socials en matèria sanitària.

“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

¹²⁶ La Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya es va publicar al DOGC núm. 1324, del 30 de juliol de 1990 (correcció d'errors DOGC núm. 1372, del 26 de novembre de 1990) i al BOE núm. 197, del 17 d'agost del mateix any.

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. (...)”¹²⁷

En matèria d'atenció sanitària el Decret 188/2001, del 26 de juny, dels Estrangers i la seva Integració Social a Catalunya (2001) recull el què s'estableix en la Llei d'Estrangeria, sense ampliar-ho:

“*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.”

Però, el Decret 178/1991, del 30 de juliol, d'Universalització de l'Assistència Sanitària Pública¹²⁸ (1991) estén la cobertura de l'assistència sanitària pública en igualtat de condicions a la resta dels usuaris a tots els ciutadans que, estant empadronats en algun

¹²⁷ Aquest article recull les modificacions introduïdes per la Llei 11/1995, del 29 de setembre, per la qual es modifica la Llei 15/1990, del 9 de juliol d'Ordenació Sanitària de Catalunya (DOGC núm. 2116 del 18 de novembre de 1995, BOE núm. 5 del 5 de gener de 1996). (Martínez-Pereda, 2003)

¹²⁸ El Decret 178/1991, del 30 de juliol, d'Universalització de l'Assistència Sanitària Pública es va publicar al DOGC núm. 1486, del 28 d'agost de 1991.

municipi de Catalunya, no tinguin possibilitat d'accedir a l'atenció en salut per qualsevol altra via de les establertes per la Seguretat Social, la qual cosa, a la pràctica, suposa una ampliació de drets respecte a la legislació estatal que, com vam veure, limitava la seva aplicació als que tinguessin residència legal.

“Artículo 1

1. Todos los ciudadanos residentes en Cataluña tienen derecho a la asistencia sanitaria pública, en los términos que prevé el presente Decreto.
2. De acuerdo con la Ley 15/1990, de 9 de julio, esta asistencia se prestará por el Servicio Catalán de la Salud, a través de cualquiera de las fórmulas establecidas en el artículo 7.2 de la citada Ley.”

“Artículo 2

Son titulares del derecho a que se refiere el artículo 1 las personas que reúnan las siguientes condiciones:

- a) Estar empadronado en cualquiera de los municipios de Cataluña y acreditar la residencia efectiva.
- b) No tener la obligación legal de cotizar a la Seguridad Social o a cualquier otro sistema de previsión sanitaria pública.
- c) No tener la posibilidad de acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título jurídico.
- d) No ostentar la condición de beneficiario de un régimen público de asistencia sanitaria.
- e) Cumplir las obligaciones que se determinen reglamentariamente para el acceso a la asistencia sanitaria pública prevista en este Decreto.”

“Artículo 3

El acceso de estas personas a los servicios y prestaciones sanitarias será voluntario y previa solicitud, salvo lo que establece la disposición adicional primera, y se realizará en condiciones de igualdad efectiva con el resto de la población protegida por el sistema sanitario público.”

“Artículo 7

En lo que se refiere a la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria pública a las personas sin recursos económicos suficientes, se estará a lo que disponen el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, el Decreto 55/1990, de 5 de marzo, y las normas dictadas en su desarrollo.”

A més de la legislació corresponent en matèria sanitària, la Generalitat de Catalunya ha estat desenvolupant en el decurs dels anys diferents documents en els que es tracten els drets i deures dels ciutadans en relació amb el sistema sanitari. El més recent d'aquests és la Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la Salut i l'Atenció Sanitària, aprovada pel Consell Executiu de la Generalitat el 24 de juliol de 2001 (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002). En aquest document es recull el dret a una atenció sanitària continuada i integral i de qualitat humana i científica, així com l'accés als serveis sanitaris públics –especialment per aquells col·lectius més vulnerables- en condicions d'equitat i sense cap discriminació, tot i que no especifica res respecte a la seva aplicació a immigrants en situació irregular. Vegem alguns dels articles més destacats:

“1. Drets relacionats amb la igualtat i la no-discriminació de les persones

1.1. Dret a l'atenció sanitària i als serveis de salut

Els ciutadans tenen dret a gaudir dels serveis d'atenció sanitària, de salut i de les prestacions corresponents, de manera individual o col·lectiva, d'acord amb el que disposa la normativa.

1.2. Dret a gaudir, sense discriminació, els drets reconeguts en esta carta

El gaudiment dels drets i les llibertats reconeguts en aquesta carta s'ha de garantir, sense discriminació per cap motiu com: el sexe, la raça, el color, la llengua, la religió, les opinions

polítiques o d'altre tipus, l'origen nacional o social, la pertinença a una minoria nacional, la propietat, el naixement, el patrimoni genètic, per raó de la malaltia que es pateix o qualsevol altra condició

1.3. Drets dels col·lectius més vulnerables davant d'actuacions sanitàries específiques

Els nens, la gent gran, els malalts mentals, les persones que pateixen malalties cròniques i invalidants, i les que pertanyen a grups específics reconeguts sanitàriament com de risc, tenen dret, tenint en compte els mitjans i recursos disponibles, a actuacions i programes específics.

Els poders públics vetllaran perquè es respectin i s'acompleixin els drets i deures d'aquesta carta, per tal que els drets a la igualtat i a la no-discriminació es realitzin de forma efectiva.” (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002: 23)

“8.1. Dret d'accés als serveis sanitaris públics

En el marc de l'assegurament públic, el ciutadà té dret a accedir a una atenció sanitària de qualitat en el seu lloc de residència i comptar amb una oferta integrada de serveis de referència.” (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002: 37)

“8.3. Dret d'obtenir medicaments i productes sanitaris necessaris per a la salut

Els usuaris tenen dret a obtenir els medicaments i els productes sanitaris, necessaris per promoure, conservar o restablir la seva salut, en els termes que s'estableixen reglamentàriament.

Els professionals sanitaris han d'informar el pacient, amb un llenguatge entenedor, sobre la correcta utilització dels medicaments, els efectes esperats, els possibles efectes adversos, les possibles interaccions amb d'altres medicaments o aliments i, si fos necessari, de les alternatives existents, per tal de fomentar la utilització racional dels medicaments.

8.4.. Dret a ser atès, dins d'un temps adequat a la condició 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)

A més de tot el que s'ha dit, la Carta recull una de les escasses referències al dret dels pacients a que els seus “valors i cultures” siguin respectats en l'àmbit sanitari, puntualitzant, tanmateix, que les actuacions que se'n derivin d'aquests valors han de ser respectuoses amb la pràctica mèdica i les normes dels centres. Sens dubte, el reconeixement d'aquest dret és un avenç, però seria necessari treballar en un acord en el que es definissin de manera més clara els límits tant de l'exercici dels propis valors culturals com els de l'actuació mèdica, i això des d'un punt de vista equitatiu i respectuós tant amb la diversitat cultural i els drets de les minories i de la resta dels usuaris com amb les necessitats específiques del personal sanitari per a exercir la seva tasca.

“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)

5. NORMATIVA MUNICIPAL

5.1. Competències comarcals i municipals

La Llei 15/1990, del 9 de juliol, d’Ordenació Sanitària de Catalunya (1990), ja mencionada, recull que els Consells Comarcals tindran certes competències en matèria de sanitat, en concret, tasques de coordinació dels serveis sanitaris municipals entre sí i amb els de la Generalitat, activitats relacionades amb la salut pública i la planificació sanitària, així com participar en els Consells de Direcció de les Regions Sanitàries i del Servei Català de la Salut.

“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.”

Aquest mateix text legal recull, en el seu article 68, les competències dels Ajuntaments en matèria de salut, entre elles, el control del medi ambient, dels edificis i habitatges, de la distribució d’aliments, dels cementiris, 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 físicodesportiva 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.”

Per la seva part, la Llei 7/1985, del 2 d'abril, de Bases del Règim Local (1985), estableix que els Ajuntaments poden prestar els serveis públics que estimin oportuns per a millorar la qualitat de vida dels seus ciutadans. Concretament, en els articles 25 i 26 de la dita Llei es recullen les activitats relacionades amb la protecció del medi ambient, la salut pública, els serveis socials, de neteja i abastiment d'aigua i clavegueram, 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. (...)"

Pel que fa referència a la immigració, els Ajuntaments estan representats en el Consell Superior de Política d'Immigració (juntament amb l'Estat i les Comunitats Autònomes), òrgan la funció del qual consisteix en coordinar les actuacions de les administracions amb competències en aquesta matèria. A més, poden desenvolupar activitats complementàries de foment de la integració i participació socials dels estrangers i estan obligats a vetllar pel respecte dels seus drets i llibertats fonamentals.

5.2. Gestió de la Targeta Sanitària Individual per l'Ajuntament de Barcelona

L'Ajuntament de Barcelona incorpora en la seva pàgina web una Guia Informativa d'Accés a la Sanitat Pública que inclou informació dirigida a persones immigrants sobre el procediment i documents necessaris per a l'obtenció de la Targeta Sanitària Individual. En ella s'informa de que el requisit indispensable és estar empadronat i s'indica on i com es pot complimentar aquest tràmit. Tot i que està redactada en un llenguatge clar i es troba disponible en diversos idiomes, cal assenyalar que la informació no és, com es pot observar, del tot precisa.

"El certificat d'empadronament és indispensable per tal de tramitar la TSI, independentment de si teniu o no permís de residència, i us facilitarà l'accés a d'altres serveis. És també un instrument municipal que ajuda a planificar i adaptar els serveis, per la qual cosa heu de notificar qualsevol canvi de domicili.

Qui el demana: La persona interessada, major d'edat, per a tots els membres de la unitat familiar que viuen en el mateix domicili.

On: A la Seu del Districte de l'Ajuntament.

Validesa: 1 mes a partir de la data d'expedició.

Documentació:

- Document personal identificatiu.
- Llibre de família (si s'escau).

Documentació del domicili (originals):

- Contracte de lloguer (antiguitat màxima de 5 anys) o escriptures del pis.
- Últim rebut de lloguer.
- Últim rebut de les companyies de subministraments (aigua, gas...) amb adreça de subministrament en aquell domicili.

Si no teniu domicili acudiu a SAIER (...) on us informaran i orientaran sobre els tràmits que hàgiu de seguir. Recordeu que sense el Certificat d'Empadronament no podreu tramitar la Targeta Sanitària Individual."

En el que fa referència a l'obtenció de la TSI, s'estableixen tres supòsits i, per a cada un d'ells, un itinerari administratiu i uns drets associats diferents:

“1. Si teniu el permís de residència i un contracte laboral

Teniu dret d'assistència sanitària i farmacèutica i a les prestacions socials. La vostra empresa us tramitarà el número d'afiliació a la Seguretat Social i us lliurarà la cartilla mèdica, en la qual podeu incloure els vostres familiars fins a segon grau com a beneficiaris.

On: A l'oficina de la Tresoreria General de la Seguretat Social que us correspongui.
Documentació:

- Document personal identificatiu.
- Llibre de família.
- Cartilla de la Seguretat Social.

Us enviaran al vostre domicili la Targeta Sanitària Individual (TSI) per a cadascun dels beneficiaris de la cartilla. Aquest és el document que us demanaran quan aneu a rebre visita mèdica. Si no la rebeu, heu de reclamar-la al Centre d'Atenció Primària (CAP) que us correspongui.

2. Si teniu el permís de residència però no teniu cap contracte laboral

Teniu dret d'atenció sanitària i farmacèutica. Heu de tramitar directament la Targeta Sanitària Individual (TSI)

On: Al Centre d'Atenció Primària (CAP) que us correspongui.

Documentació:

- Document personal identificatiu.
- Permís de residència.
- Certificat d'empadronament.

3. Si no teniu el permís de residència

Heu de tramitar la TSI al vostre Centre d'Atenció Primària.

Documentació:

- Document personal identificatiu.
- Certificat d'empadronament.

4. Si teniu menors a càrrec vostre o esteu embarassada

Els menors de 18 anys en situació irregular podran rebre atenció en cas de malaltia. Les dones embarassades que es trobin en aquesta mateixa situació podran també rebre assistència. Heu d'acudir al Centre d'Atenció Primària més proper, excepte en cas d'urgència vital, que haureu d'anar a l'hospital més pròxim.”

CONCLUSIONS

Sempre és difícil sintetitzar els resultats d'un treball, sobretot quan la seva extensió és llarga, però a més, en aquest cas, s'han anat oferint -encara que no en apartats específics- conclusions als raonaments i dades que s'aportaven. A elles em remeto, per tant, i tan sols exposaré aquí aquelles qüestions que crec que reclamen més atenció:

1. Pel que fa a la metodologia i l'ús de les tècniques que haurien de regir qualsevol investigació, però més específicament, en aquest moment, les orientades a conèixer l'estat de salut i característiques de l'assistència sanitària a població immigrant en el nostre entorn, és necessari conèixer en profunditat les característiques, avantatges, limitacions i aplicabilitat de les diferents tècniques d'investigació, seleccionant les més adequades per a cada cas concret i per a cada etapa de la investigació, en funció de la població amb la qual s'investigarà i les característiques dels seus diferents segments, el moment en què es farà, els tipus de dades que es pretén obtenir, els tipus d'anàlisis aplicables i necessàries al llarg del procés i els objectius que ho orienten. Quan les investigacions es refereixen a poblacions minoritàries amb característiques socials, culturals o econòmiques que les diferencien de les majoritàries resulta obligat partir d'un coneixement etnogràfic previ que permeti afinar la selecció de les tècniques i el propi enfocament del treball, tenint present, a més, que pot ser imprescindible una adaptació no només idiomàtica sinó també quant als significats implicats i als continguts culturals dels instruments que s'empraran. Per tant, caldrà dotar a aquestes investigacions dels mitjans que permetin l'adequada observació dels fenòmens i la contrastació de les hipòtesis que es formulin, en el mateix i -en la mesura del possible- en diferents escenaris, en diferents moments de temps i recorrent a diverses fonts d'informació, com a únic mitjà de garantir la confiabilitat de les dades. Tot això tenint present que el coneixement que es genera és sempre temporal, necessita de contínues revisions i està subjecte als valors, a la perspectiva de l'investigador, a la tradició cultural i a la disciplina científica a les quals pertany. En aquest tema, em sembla d'especial rellevància assenyalar l'absència de paradigmes interdisciplinaris pertinents -encara contant amb la seva provisionalitat- i l'error que suposa partir dels més habituals en una sola de les disciplines implicades, sigui la Medicina o l'Antropologia, en aquest cas, per a plantejar objectius d'investigació, procediments i tècniques i també per a confiar a l'excés en el coneixement adquirit. La prudència i el rigor, així com la col·laboració sòlida d'aquestes -i altres- disciplines són especialment necessàries. I de tot això pot fàcilment deduir-se que la investigació en aquest terreny pot no ser fàcil ni ràpida ni barata, però ha de complir uns requisits metodològics, tècnics i ètics sòlids si es pretén que sigui legítima i de qualitat. Com he dit reiteradament, els resultats de les nostres investigacions poden generar estats d'opinió, influir en la formació i en les actituds del personal sanitari i de la població en general i, fins i tot, poden servir de base per a la implementació de polítiques que afecten a la vida de les persones. Es tracta, llavors, d'una responsabilitat que no podem eludir.

2. Respecte a les investigacions realitzades en el nostre entorn que segueixen el disseny de desigualtats socials en salut, tan sols resumir el que ja s'ha dit en el capítol corresponent: es tracta d'estudis la metodologia dels quals i ús de les tècniques d'investigació els fan valuosos per a apuntar tendències, proposar hipòtesis temptatives i suggerir àmbits d'investigació, però que presenten limitacions serioses (quant a les categories utilitzades, les estratègies d'aproximació, els pressupostos culture bound, i l'atenció a les contrastacions i a les hipòtesis i els dissenys de comparança, especialment) per a assentar el coneixement sobre l'estat de salut i necessitats quant a l'assistència sanitària de poblacions en condicions de vulnerabilitat socioeconòmica i, des del punt de vista cultural, minoritàries i/o immigrants. Aportacions i limitacions que haurien de tenir presents tant els investigadors especialitzats de les diferents disciplines com els organismes i administracions que de vegades financen aquestes investigacions o les utilitzen com a base per als seus documents i actuacions.
3. Seria convenient una reflexió conjunta entre professionals de diferents disciplines que tenen els de la salut, la diversitat cultural i la desigualtat social com el seu àmbit d'interès per a tractar de consensuar definicions que poguessin ser utilitzades en els sistemes d'informació, en les pròpies investigacions i en els documents que es publiquin, de tal manera que es poguessin reduir les imprecisions i els biaixos. En aquest sentit, caldria centrar-se, d'entrada, en definicions consensuades de conceptes tan usats com salut, desigualtats en salut, equitat en salut o accessibilitat dels sistemes sanitaris, però també, unes altres com el propi terme immigrant, professional sanitari, etc.
4. Caldria també un esforç quant a la qualitat dels sistemes d'informació, millorant els mètodes de recollida de dades, unificant els criteris respecte a les categories que s'han d'utilitzar i a les variables que es registren però, també, fent una reflexió pausada sobre els límits en la recollida, en l'accés posterior a les dades i en l'ús que d'elles se'n fa. En relació, en concret amb la població immigrant i l'àmbit de la salut, seria útil una reflexió interdisciplinària sobre les maneres d'identificació d'aquesta població, tenint en compte les categoritzacions i les diferents variables disponibles i els avantatges i limitacions que presenten.
5. Quant a les investigacions sobre salut i assistència sanitària a poblacions immigrades, dir, en primer lloc, que s'hauria de procurar que estiguessin adequadament contextualitzades en el temps i circumstàncies del fenomen migratori global que ho caracteritzen, en un àmbit espacial adequadament definit, atenent a la seva pertinença a una o diverses poblacions concretes -però sempre tenint en compte les diferències entre elles i la seva pròpia heterogeneïtat interna- i les circumstàncies culturals, polítiques, econòmiques i socials -igualmente variables i diferenciades- d'aquestes poblacions i d'aquelles amb les quals puguin conviure. I, en aquest sentit, com ja s'ha dit, ressalta l'escassetat d'estudis rigorosos respecte a aquesta temàtica en el nostre entorn, pel que seria recomanable potenciar la investigació en aquest terreny. En concret, podrien suggerir-se diversos àmbits d'interès:

- Principals dades quant a la situació de salut i característiques de l'assistència sanitària en els llocs d'origen.
 - Impacte de la immigració en la població d'acollida.
 - Repercussions sobre la salut del procés migratori, entès aquest des de la preparació del viatge, el viatge, la possible estada en centres d'internament i després de l'arribada.
 - Epidemiologia de la immigració en el nostre entorn.
 - Determinants de salut per a aquestes poblacions, especialment referent a la pobresa i limitació d'ingressos, condicions legals, laborals i d'habitatge, educatives i d'adaptació al seu nou entorn en general i la seva repercussió sobre la salut.
 - Possibles variacions en la forma de presentació dels quadres i en la resposta als fàrmacs entre els diferents grups de població.
 - Necessitats en salut d'aquestes poblacions.
 - Patrons d'ús dels sistemes sanitaris, prestant especial atenció a aquells resultats que puguin servir de fonament a la planificació de l'assistència sanitària.
 - Xarxes socials i de suport en matèria de salut, en la mesura que poden ser rellevants per a l'establiment de programes i actuacions.
 - Estudis sociodemogràfics i antropològics atenent especialment als processos procreatius, al procés d'envelliment de la població immigrant i les repercussions del reagrupament familiar, quant als seus aspectes importants per a la planificació i organització de l'assistència.
 - Possibles necessitats específiques en salut i assistència sanitària dels fills d'immigrants.
 - Estudis etnogràfics i antropològics sobre les diferents poblacions i la seva manera d'entendre la salut i les cures, orientats a professionals de diferents disciplines.
 - Investigació sobre els processos de recerca, elecció i seguiment dels tractaments.
 - Estudis comparatius, adequadament fonamentats i contextualitzats, sobre estat i necessitats en salut entre població immigrant de diferents procedències, població general i segments de població amb qui pot compartir certes circumstàncies vitals.
 - Investigacions sobre l'existència, fonaments i implantació en el nostre entorn de diferents sistemes mèdics, el seu patró d'ús per part de la població i patrons de preferència, rebuig i compatibilitat amb la biomedicina.
6. Podrien encara fer-se algunes reflexions més referents a l'assistència sanitària que es presta a les poblacions immigrants i les actuacions de les administracions en aquesta matèria -encara que és evident que moltes d'elles poden fer-se respecte al nostre sistema sanitari independentment de la immigració i la diferència cultural, pel que són ja de sobres conegudes-:
- Els professionals sanitaris d'assistència directa, planificadors i treballadors socials haurien de tenir present, primer, que el fenomen de la diversitat cultural no és quelcom nou en les nostres consultes -l'homogeneïtat de la població estava lluny de ser real encara abans de l'arribada d'immigrants- i, segon, que, encara que les motivacions de protecció de la salut i millora de l'assistència sanitària a aquestes poblacions siguin legítimes i desitjables, això no pot conduir-nos a

tractar d'imposar autoritàriament la nostra interpretació de la salut i de la malaltia, ni a considerar-nos amb dret a modificar pautes culturals i conductes si les poblacions que les posen en pràctica no estan d'acord en fer-ho. No només és autoritari, sinó també ineficaç. En aquest aspecte, la voluntat de proposar, per sobre d'ordenar, una voluntat d'equitat i negociadora de les nostres mútues diferències, és un instrument no només més humà sinó més útil a mig i llarg termini. Potenciar la formació en tot això és possible.

- És necessari fer un esforç per mantenir en primer pla, en les investigacions i en les actuacions concretes, la diferència entre marginació social, pobresa, vulnerabilitat i immigració, i tenir present que els factors que poden intervenir i explicar l'estat de salut de les poblacions immigrades i les característiques del seu accés i ús dels sistemes sanitaris rarament seran únics ni necessàriament simples, sinó que, amb tota probabilitat, es tractarà de conjunts d'explicacions complexes, variades, contextualitzades i canviants en el temps i entre les persones i els grups.
- I convé també diferenciar entre, primer, les conseqüències sobre la salut de les pèssimes condicions de vida d'alguns dels immigrants (comuns en molts sentits a les d'importants sectors de la població autòctona o pertanyent a minories ètniques), segon, la pròpia condició d'immigrant i, tercer, la possible diferència cultural.
- Pel que fa a la Salut Pública i, més concretament a la Promoció de la Salut i l'Educació per a la Salut, urgeix la planificació, execució i posterior avaluació d'activitats, adequadament contextualitzades tant respecte a la població diana com als centres des de les quals s'organitzen.
- Quant a l'acollida d'aquestes poblacions en el sistema sanitari, convindria revisar els materials existents, tractant de consensuar continguts, optimitzar els recursos i esforços per a la seva elaboració i portar a terme no només adaptacions idiomàtiques sinó també culturals i, sobretot, millorar els sistemes de difusió i realitzar una contínua valoració dels seus continguts, pertinència i utilitats. En realitat, l'elaboració de materials informatius i d'ús en les consultes i l'engegada d'activitats i programes que incrementessin l'accessibilitat hauria de plantejar-se per a tota la població a la qual s'atén, sigui aquesta de les característiques que sigui: immigrants, ancians, nens, sords, ..., aportant a la població (a tota) informació adequada, adaptada i comprensible d'acord amb el seu perfil respecte a les prestacions, els diferents tipus de serveis i l'atenció diferenciada i específica que ofereix cadascun d'ells, l'estructura i burocràcia del sistema i les claus bàsiques per a manejar-se en elles.
- Caldria també una reflexió sobre l'adequació i suposada universalitat dels nostres models explicatius, les nostres eines diagnòstiques i procediments terapèutics. Convé, en aquest sentit, no confondre l'existència de documents específics que orientin l'exercici professional i que optimitzin els recursos o fins i tot documents sobre característiques peculiars de l'atenció a determinats grups, amb la protocol·lització sistemàtica de l'assistència i plantejar-se les conseqüències d'aquesta última per a tota la població, però especialment per a aquella amb característiques i necessitats diferents de les majoritàries.
- Finalment, és important no perdre de vista les necessitats i la sensibilitat de la població autòctona, de tal manera que les adaptacions i facilitats per a immigrants no suposin (de fet o en aparença) una major desprotecció per a

aquells altres segments poblacionals que poden presentar també condicions precàries de vida o dificultats d'accés. Les adaptacions quant a l'atenció sanitària que es realitzin són necessàries, però haurien de partir de la filosofia que el sistema ha de ser accessible a tots els seus usuaris i que per a això ha de tenir presents les seves característiques i necessitats, siguin del tipus que siguin.

- I no pot oblidar-se tampoc l'existència d'una minoria ètnica no immigrant, els gitanos espanyols, que mantenen continguts culturals propis i que en un percentatge considerable es troba en condicions de vida que poden tenir una influència en la seva salut i en les característiques quant a la seva atenció sanitària, i als quals l'atenció a immigrants potser pot estar desplaçant dels objectius de programes i polítiques sanitàries.
7. Caldria una reflexió oberta, sincera i interdisciplinària sobre els fonaments biològics, polítics, econòmics, culturals i ètics en els quals es basa el nostre model d'atenció sanitària, plantejant-se a qui va dirigit preferentment i des de quines premisses, a qui deixa en els seus marges, perquè i amb quines conseqüències i què es pot fer perquè no sigui així. Potser la recomanació principal seria una reflexió conjunta entre professionals i interlocutors socials de diferents àmbits i disciplines sobre quin sistema sanitari volem, assentat en quines premisses i dirigit a quina població i en quines condicions. Aquesta de la reflexió sobre present i futur del nostre model d'atenció és una reivindicació, més o menys oberta, de gran quantitat de professionals i hauria de tenir en compte qüestions que són d'índole general del propi sistema sanitari però que, com hem vist reiteradament en pàgines anteriors, incideixen significativament en l'atenció a la salut de les persones en posicions marginals, d'escassos recursos i vulnerables i, en el cas que ens ocupa, en treballadors immigrants i diferents culturalment. Podrien recordar-se o apuntar-se qüestions com:
- Les prestacions del sistema sanitari i les condicions en les quals aquestes s'ofereixen, tenint molt present que no sempre el reconeixement teòric d'un dret, o encara la disposició de certs mitjans per a fer-lo efectiu, implica necessàriament que tota la població pugui, de fet, fer-ne ús.
 - El debat entorn a l'accessibilitat del nostre sistema sanitari no hauria d'aturar-se en qüestions relacionades amb les condicions legals exigides per a tal accés ni amb l'estructura burocràtica del sistema, sinó també en unes altres com la pròpia accessibilitat física dels recursos sanitaris, l'accessibilitat temporal i també l'econòmica.
 - En relació amb això, cal plantejar-se l'abast real de la gratuïtat de l'atenció sanitària pública i les repercussions sobre la salut que pot tenir per a algunes poblacions les limitacions econòmiques en l'accés a les cures, tant pel que fa a prestacions no cobertes per la sanitat pública com pel cost del transport fins als centres, els tractaments farmacològics o altres indicacions terapèutiques.
 - Però no pot perdre's de vista tampoc la investigació, la reflexió i el debat interdisciplinari sobre els costos de l'assistència. En aquest sentit, la investigació de l'impacte que ha pogut tenir la incorporació al sistema de la població immigrant és urgent, però ho és evitant biaixos, estigmatitzacions i informacions tendencioses en qualsevol sentit i sent molt curós amb la manera en com s'ofereix la informació i els possibles usos que pot fer-se d'ella i sense deixar de

costat, tampoc, molts altres factors que puguin estar intervenint. L'anàlisi hauria de, a més, diferenciar l'impacte en funció del perfil de la població, les condicions de vida i altres determinants de salut, la casuística i la situació legal i realitzar, al mateix temps, comparacions adequades amb segments equivalents de la població autòctona i no simplement i enganyosa amb les xifres mitjaneres del conjunt de la població.

- També en relació amb els costos i sobretot amb l'organització dels serveis i la planificació de l'assistència, cal un debat i, si s'escau, una revisió dels criteris d'assignació de pressupostos als centres, de les exigències quant al tipus d'activitats que es poden i han de realitzar en cadascun d'ells i, també, dels criteris d'assignació de població als cupos, tractant d'evitar la formació de guetos assistencials (per a qualsevol tipus de població) i estudiant els criteris que defineixen la càrrega assistencial per a repartir-la de manera adequada entre centres i també entre els diferents professionals de cada centre.
 - I això necessàriament ha de partir d'un coneixement profund de la realitat dels actors implicats: la població atesa, d'una banda, i els professionals que presten serveis, per una altra. Quant a la població, s'ha dit reiteradament al llarg del text que cal conèixer en profunditat les necessitats diferenciades dels diferents grups de població com a manera d'adaptar el tipus d'atenció que se'ls ofereix, evitant estigmatitzacions i greuges comparatius i realitzant les adaptacions necessàries a diferents nivells: cultural, temporal, etc. Quant als professionals, el debat hauria de girar entorn a diverses qüestions. D'una banda, analitzar de manera responsable les condicions de treball, les expectatives professionals, la formació -de la qual disposen i de la qual manquen- i el nivell i el tipus d'exigències que se'ls fan, però també el seu grau de responsabilitat i compromís, i valorar adequadament, sense por als resultats, l'impacte que això pot tenir sobre el funcionament del sistema sanitari, sobre l'atenció que s'ofereix en ell i sobre la salut, de pacients i professionals. D'aquesta anàlisi no poden quedar fora tampoc el model de gestió dels centres i el perfil professional dels gestors.
 - En definitiva, és necessari reconèixer les debilitats i fortaleses del sistema, respectar-lo i respectar als seus professionals i reconèixer-los adequadament la seva tasca. I igualment és necessari evitar la distància entre el sistema i el professional, d'una banda, i el pacient -sempre, però cada vegada més, divers-, per una altra. Com ja s'ha dit, defensar el sistema sense deixar per això de defensar que és millorable.
8. Juntament amb la reflexió i l'anàlisi detallada de les característiques i fonaments del sistema sanitari, ha de plantejar-se també el tema de la formació al personal que en ell exerceix, entorn a diverses qüestions, temàtiques unes i de plantejament, altres. Quant al plantejament, la formació hauria d'orientar-se a personal sanitari de les diferents especialitats, però també a professionals de l'Antropologia (especialment, en aquest cas) i d'altres Ciències Socials, als treballadors dels serveis socials, administratius o els propis gestors i decisors. Quant a la temàtica, i específicament en relació amb l'assistència a població immigrant, es tractaria de formar als professionals en qüestions com:
- la conceptualització de la cultura, la formació de la identitat i la construcció de referents culturals, estereotips i prejudicis.

- la influència dels factors culturals, econòmics, socials i polítics en l'estat de salut, en les conductes dels pacients i en les pautes de recerca, elecció i seguiment dels tractaments.
 - els supòsits legals en els quals s'ha d'oferir assistència sanitària a immigrants.
 - el desenvolupament de capacitats de comunicació i actituds de proximitat, obertura i empatia amb els pacients.
 - la comprensió del fenomen migratori i dels processos de generació de la marginació social, de manera que puguin diferenciar entre fenòmens que poden considerar-se transversals a la migració o a la situació socioeconòmica i aquells específics d'una determinada tradició cultural o derivats dels processos d'aculturació.
 - des del punt de vista clínic, informació sobre epidemiologia de l'emigració.
- Per als professionals de l'Antropologia i els serveis socials, seria necessària una formació bàsica en qüestions relacionades amb els determinants de salut i el funcionament i possibilitats del sistema sanitari.
 - A més, seria molt convenient potenciar la creació de xarxes interdisciplinars de professionals que treballen en salut i immigració per a l'intercanvi de dades i experiències, consens quant a la metodologia de les investigacions i suggeriments per a la implementació de programes i polítiques, aprofitant l'experiència de centres que duen molt temps treballant-hi.
9. Ara bé, les activitats de formació dels professionals d'una manera o altra implicats en l'assistència no pot entendre's aïlladament de l'educació de la població (de tota, i també, específicament, de la qual ens ocupem ara) no només en les qüestions ja esmentades sobre el funcionament del sistema sanitari, sinó també en la conscienciació sobre els seus costos, les seves possibilitats i límits i pel que fa a l'ús responsable dels serveis.
10. Finalment, les activitats de formació i totes les accions de reflexió i debat proposades, haurien d'entendre's en el marc de les actuacions que després es deriven d'elles. I aquestes actuacions, sense entrar ara en continguts concrets, haurien de regir-se per tres principis fonamentals: la participació social, la interdepartamentalitat i la interdisciplinarietat.
- Pel que fa a la participació social, dir que en qualsevol actuació relacionada amb l'assistència sanitària seria convenient tenir present el diàleg i la participació real dels diferents interlocutors socials, vàlids i legítims. Són molts els plans i programes fracassats, en uns casos per falta de comprensió mútua, de deficiències en la comunicació i d'actituds autoritàries inhibidores de l'acostament, aquiescència i participació dels subjectes en les intervencions. I en uns altres per errors comprensibles però molt perjudicials a l'hora de seleccionar als interlocutors.
 - Quant a la interdepartamentalitat, resulta obvi que les actuacions sobre certes condicions relacionades amb la salut i l'assistència sanitària passen per mesures acordades per diversos departaments de l'Administració, com salut, habitatge, treball o educació, per la seva coordinació en la planificació i en la gestió conjunta dels programes. Aquest aspecte és així si els problemes

afecten a altres àmbits de la vida social, com el de l'habitatge o el treball, que també requereixen aquesta coordinació. Però la salut i la seva atenció és un tema especialment transversal i exigent. Reconeixent, d'una banda, la dificultat de la coordinació que indiquem i, d'altra, la necessitat d'un coneixement comprensivo i d'una planificació de caracter integral, caldria crear o enfortir els els mecanismes adequats per a aquesta coordinació.

- I respecte a la interdisciplinarietat, no insistiré més sobre això perquè és una constant al llarg del text, des de la mateixa introducció. Només un resum molt breu de la meva posició referent a això: l'assistència a població immigrant (a tota la població, en realitat) és prou complexa com perquè el seu abordatge, si es vol que sigui correcte i legítim, sigui impossible des d'una única disciplina. No es tracta només d'una qüestió d'operativitat o de qualitat de les investigacions o de defensa de la pròpia parcel·la laboral i intel·lectual de cadascun, és una qüestió de necessitat evident i, per tant, de responsabilitat bàsica quan es treballa amb vides humanes.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Agència de Salut Pública de Barcelona, ASPB, ed. (2004) *La salut a Barcelona. 2003*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Ajuntament de Barcelona, ed. (2007) *Guia informativa d'accés a la sanitat pública*. [En línia] pàgina web <<http://www.bcn.es/diversa/sanitat/cat/index.htm>>. [Consulta, 5 d'octubre de 2007].
- Álvarez C. (2001) *Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- American Psychiatric Association, APA, ed. (1995) *DSM-IV. Manual diagnòstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- Aranaz JM, et al. (2006) ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gaceta Sanitaria*, 20, 4, 311-315.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1951) *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1954) *Convención sobre el Estatuto de los Apátridas*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1959) *Declaración de los derechos del niño*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1965) *Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1966a) *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1966b) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1967) *Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1979) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1989) *Convención de los derechos del niño*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1990) *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*. Nueva York, ONU.
- Atxotegui J. (2002) *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona, Mayo.
- Balanzó X. (1991) Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. *Atención Primaria*, 8, 527-529.

- Berra S, et al. (2004) *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona, Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdiques.
- Betancourt JR, et al. (2003) Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118, 4, 293-302.
- Bhugra D. (2000) Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, supl. 407, 68-73.
- Bhugra D. (2003) Migration and depresión. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, supl. 418, 67-72.
- Borrell C. (1996) *Les desigualtats socials en la salut: revisió de la bibliografia*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública.
- Borrell C, Benach J., coords. (2003) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Mediterrània.
- Carta Europea de los Derechos Fundamentales. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 364, 18 de diciembre de 2000, 1-22.
- Castilla J, del Amo J, Sánchez F. (2000) Casos de SIDA en España en personas de otros países de origen. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 8, 97-108.
- Cervantes RC, Castro RG. (1985) Stress, coping and Mexican American mental health: A systematic review. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 7, 1-73.
- Coburn D. (2000) Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science and Medicine*, 51, 1, 135-146.
- Coburn D. (2004) Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science and Medicine*, 58, 1, 41-56.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, COMB, ed. (2003) Els immigrants i la seva salut. *Quaderns de la bona praxi*, 16.
- Comunidad Europea, ed. (1957) *Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea*. Roma, Comunidad Europea.
- Consejo de Europa, ed. (1950) *Convenio para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales*. Roma, Consejo de Europa.
- Consejo de Europa, ed. (1953) *Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica*. París, Consejo de Europa.
- Consejo de Europa, ed. (1961) *Carta Social Europea*. Turín, Consejo de Europa.
- Consejo de Europa, ed. (1997) *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a la Aplicaciones de la Biología y la Medicina*. Oviedo, Unión Europea.
- *Constitución Española* (1978) Madrid, Boletín Oficial del Estado.
- Cots F, et al. (2002) Perfil de la casuística hospitalaria de los población inmigrante de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16, 5, 376-384.
- Decret 178/1991, de 30 de juliol, d'Universalització de l'Assistència Sanitària Pública. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 1486, 28 d'agost de 1991, 4581.
- Decret 188/2001, de 26 de junio, dels Estrangers i la seva Integració Social a Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 3431, 16 de julio de 2001, 11114.

- Departament de Salut, ed. (2005a) *Protocol d'actuació per al control i la prevenció de la tuberculosi en els immigrants i en els casos importats*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut, ed. (2005b) *Protocol d'atenció a infants immigrants. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut, ed. (2006a) *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut, ed. (2006b) *Indicadors de salut materno-infantil en la població estrangera a Catalunya, 2003*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, ed. (2000) *Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria 1999. Programa de prevenció de la tuberculosi*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, ed. (2002) *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació a la salut i l'atenció sanitària*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consorci Sanitari de Barcelona, Secretaria de Política Lingüística, eds. (2004) *Els usos lingüístics als centres sanitaris de Catalunya. Presentació dels principals resultats*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Diputació de Barcelona, ed. (1997) *El sistema sanitario: Fuente de salud. Cuaderno sobre el sistema sanitario para inmigrantes extranjeros*. Barcelona, Diputació de Barcelona.
- Directiva 2000/43/CE del Consejo de Europa Relativa a la Aplicación del Principio de Igualdad de Trato de las Personas Independientemente de su Origen Racial o Étnico. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 180, 19 de julio de 2000, 22-26.
- Divisió d'Atenció Primària, ed. (2004) *Recomanacions per a l'atenció primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris*. Barcelona, Institut Català de la Salut.
- *Estatut d'autonomia de Catalunya* (2006) Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Evans-Pritchard EE. (1997 [1937]) *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona, Anagrama.
- Fischer AR, Shaw CM. (1999) African Americans' mental health and perceptions of racist discrimination: the moderating effects of racial socialization experiences and self-esteem. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3, 395-407.
- Fons V. (2004) *Entre dos aguas. Etnomedicina, procreación y salud entre los ndowé de Guinea Ecuatorial*. Barcelona, Ceiba.
- Gámez E, Galindo JP., coords. (2002) *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*. Barcelona, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMFyC, Documentos SEMFyC, nº 17.
- García-Campayo J, Sanz C. (2002) Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118, 5, 187-191.
- García de Olalla P, et al. (2000) Características diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros. *Gaceta Sanitaria*, 14, 3, 189-194.
- Generalitat de Catalunya, ed. (2007) *Guia d'acollida a població immigrant*. [En línia] pàgina web <<http://www.gencat.net/benestar/immigracio/web/ac/>>. [Consulta, 5 d'octubre de 2007].

- Goodwin R, et al. (2001) Prescription of psychotropic medications to youths in office-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 8, 67-72.
- Hansen ND, Pepitone-Arreola-Rockwell F, Greene AF. (2000) Multicultural competence: criteria and case examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 6, 652-660.
- Holguín A, Álvarez A, Soriano. (2002) High prevalence of HIV-1 subtype G and natural polymorphisms at the protease gene among HIV-infected immigrants in Madrid. *AIDS*, 1, 68, 1163-1170.
- Institut Municipal de Salut Pública, IMSP, ed. (2002) *La salut dels immigrants estrangers. Informe 2001*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública.
- Instituto Nacional de Estadística, INE, ed. (2007) *Explotación estadística del Padrón Municipal a 1 de enero de 2006. Datos definitivos*. [En línia] pàgina web < <http://www.ine.es/prensa/np447.pdf> >. [Consulta, 1 d'octubre de 2007].
- Jansá JM. (1998) Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones generales desde la Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 3, 165-168.
- Jansá JM. (2006) Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20, supl. 1, 10-14.
- Jansá JM, Borrell C. (2002) Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Atención Primaria*, 29, 8, 466-468.
- Jansá JM, García de Olalla P. (2006) Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 1, 207-213.
- Junyent M, Miró O, Sánchez M. (2006) Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias*, 18, 232-235.
- Kaplan A. (1998) *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*. Barcelona, Fundació La Caixa.
- Kaplan A, Carrasco S. (1999) *Migración, cultura y alimentación: cambios y continuidades en la organización alimentaria, de Gambia a Cataluña*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Kaplan A, Martínez C., coords. (2004) *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Barcelona, Associació Catalana de Llevadores.
- Lafuente JA, et al. (2006) *Introducción, bases e historia de la Medicina Tradicional China*. Madrid, Dilema.
- Ley 5/1984, de 26 de marzo, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado. *Boletín Oficial del Estado*, 74, 27 de marzo de 1984, 8389-8392.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. *Boletín Oficial del Estado*, 80, 3 de abril de 1985, 8945-8964.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, 29 de abril 1986, 15207-15224.
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. *Boletín Oficial del Estado*, 306, 22 de diciembre de 1990, 38228-38246.
- Ley 9/1994, de 19 de mayo, de modificación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado. *Boletín Oficial del Estado*, 122, 23 de mayo de 1994, 15796-15800.
- Ley 4/1996, de 10 de enero, por la que se modifica la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, en relación con el Padrón municipal. *Boletín Oficial del Estado*, 11, 12 de enero de 1996, 813-815.

- Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y del Orden Social. *Boletín Oficial del Estado*, 312, 30 de diciembre de 1999, 46095-46149.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 29 de mayo de 2003, 20567-20588.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 178, 27 de julio de 2006, 28122-28165.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 17 de enero de 1996, 1225-1238.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social. *Boletín Oficial del Estado*, 10, 12 de enero de 2000, 1139-1150.
- Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social. *Boletín Oficial del Estado*, 307, 23 de diciembre de 2000, 45508-45522.
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, 234, 30 de septiembre de 2003, 35398-35404.
- Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal. *Boletín Oficial del Estado*, 279, 21 de noviembre de 2003, 41193-41204.
- Lin E, Smith WM, Mendoza PR. (1999) Psychopharmacology in Cross Cultural Psychiatry. A: Herrera JM, Lawson WB, Sramek JJ., eds. (1999) *Cross Cultural Psychiatry*. New York, Wiley, 45-52.
- Llei de 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 1324, de 30 de juliol de 1990, 3660.
- Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 5/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 2116, de 18 de novembre de 1995, 7538.
- López DM, et al. (2001) Características clínicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 117, 17, 654-656.
- Lynch JW. (2000) Income inequality and health: expanding the debate. *Social Science and Medicine*, 51, 7, 1001-1005.
- Malmusí D, Jansà JM. (2007) Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 4, 399-409.
- Maluquer E. (1997) La sanidad: una asignatura pendiente. A: Maluquer E., dir. (1997) *II informe sobre inmigración y trabajo social*. Barcelona, Diputació de Barcelona, 545-592.

- Mangas A., ed. (2005) *Tratado de la Unión Europea. Tratados consultivos de las Comunidades Europeas y otros actos básicos de Derecho Comunitario*. Madrid, Tecnos.
- Martínez A. (2000) Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. A: Perdiguero E, Comelles JM., eds. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, 249-275.
- Martínez-Pereda JM, et al. (2003) *Legislación sanitaria de España*. Madrid, Colex.
- Médicos sin Fronteras-España, ed. (2006) *Violencia e inmigración. Informe sobre la inmigración de origen subsahariano en situación irregular en Marruecos*. Barcelona, Médicos sin Fronteras.
- Melfi CA, et al. (2000) Racial variation in antidepressant treatment in a Medicaid population. *American Journal of Psychiatry*, 61, 1, 16-21.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, ed. (1999) *Promoción de la Salud. Glosario*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Muela J, Hausmann S. (2002) La medicina tradicional en los programas de la OMS. A: González A, Molina JL., coords. (2002) *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB. Homenaje a Ramón Valdés*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, 211-232.
- Navarro V, Benach J, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España (1996) *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, The School of Hygiene and Public Health, John Hopkins University.
- Noh S, Kaspar V. (2003) Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93, 2, 232-238.
- Orden de 13 de enero de 1989, sobre Centros de Acogida a Refugiados. *Boletín Oficial del Estado*, 28, 2 de febrero de 1989, 3187-3187.
- Orden de 11 de julio de 1997 sobre Comunicaciones Electrónicas entre las Administraciones Públicas referentes a la Información de los Padrones Municipales. *Boletín Oficial del Estado*, 169, 16 de julio de 1997, 21804-21815.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1948) *Constitución de la OMS*. Nueva York, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1978) *Declaración de Alma-Ata*. Alma-Ata, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1995) CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1998a) *Declaración Mundial de la Salud*. Ginebra, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1998b) *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (2001) *Salud y ausencia de discriminación*. Ginebra, OMS, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, nº 2.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (2002) *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra, OMS, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, nº 1.

- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (2003) *International migration, health and human rights*. Ginebra, OMS, Health and Human rights publication series, nº 4.
- Parramón CC. (2002) Las diferencias y similitudes que no interesan. A: González A, Molina JL., coords. (2002) *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB. Homenaje a Ramón Valdés*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, 301-325.
- Pérez F. (2004) *Derechos de los extranjeros en España*. Madrid, Boletín Oficial del Estado.
- Pérez JL, et al. (2002) Inmigración africana en Canarias e infección tuberculosa. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118, 11, 38.
- Pertíñez J, et al. (2002) Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29, 1, 6-13.
- Piédrola G, et al. (1991) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona, Masson-Salvat.
- Ramos M, et al. (2001) Problemas y propuestas de mejora en la atención a los inmigrantes económicos. *Gaceta Sanitaria*, 15, 4, 320-326.
- Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la Cobertura de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social a las Personas sin Recursos Económicos Suficientes. *Boletín Oficial del Estado*, 216, 9 de septiembre de 1989, 28657-28658.
- Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de aplicación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo. *Boletín Oficial del Estado*, 52, de 2 de marzo de 1995, 7237-7246.
- Real Decreto 2612/1996, de 20 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales aprobado por el Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio. *Boletín Oficial del Estado*, 14, 16 de enero de 1997, 1665-1673.
- Real Decreto 865/2001, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Reconocimiento del Estatuto de Apátrida. *Boletín Oficial del Estado*, 174, de 21 de julio de 2001, 26603-26606.
- Real Decreto 178/2003, de 14 de febrero sobre Entrada y Permanencia en España de Nacionales de Estados Miembros de la Unión Europea y de Otros Estados Parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. *Boletín Oficial del Estado*, 46, 22 de febrero de 2003, 7397-7402.
- Real Decreto 1325/2003, de 24 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección Temporal en Caso de Afluencia Masiva de Personas Desplazadas. *Boletín Oficial del Estado*, 256, de 25 de octubre de 2003, 38160-38167.
- Resolución de 9 de abril de 1997 de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 1 de abril de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre la gestión y revisión del Padrón municipal. *Boletín Oficial del Estado*, 87, 11 de abril de 1997, 11449-11473.
- Resolución de 21 de julio de 1997 de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 4 de julio de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por la que se

- dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre actualización del Padrón municipal. *Boletín Oficial del Estado*, 177, 25 de julio de 1997, 22875-22887.
- Resolución de 6 de julio de 1998, de la Dirección General del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO), por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Acogida a Refugiados del IMERSO y se desarrolla la Orden de 13 de enero de 1989, sobre Centros de Acogida a Refugiados. *Boletín Oficial del Estado*, 188, 7 de agosto de 1998, 26883-26888.
 - Resolución de 26 de mayo de 2005, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 28 de abril de 2005, del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Local, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre el procedimiento para acordar la caducidad de las inscripciones padronales de los extranjeros no comunitarios sin autorización de residencia permanente que no sean renovados cada dos años. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 30 de mayo de 2005, 18112-18116.
 - Rivas FP, et al. (2000) Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114, 7, 245-249.
 - Roca C, et al. (1999) Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos en la comarca del Maresme. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 112, 6, 215-217.
 - Roca C, et al. (2002) Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1321 pacientes. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 119, 16, 616-619.
 - Salas J, et al. (2003) Tasa de empadronamiento real de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Poniente almeriense. *Gaceta Sanitaria*, 17, 4, 312-315.
 - Salazar A, et al. (2003) Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 77, 6, 713-723.
 - San Román T. (1990) *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.
 - San Román T. (1996). *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Barcelona, Tecnos, Universitat Autònoma de Barcelona.
 - San Román T. (2002) Un camino para ganar conocimiento. A: González A, Molina JL., coords. (2002) *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB. Homenaje a Ramón Valdés*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, 423-444.
 - Sanz B, Torres AM, Schumacher R. (2000) Características socioedemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*, 26, 5, 314-318.
 - Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, ed. (2007a) *Anuario estadístico de inmigración. 2006*. [En línea] página web <<http://extranjeros.mtas.es>>. [Consulta, 1 d'octubre de 2007].
 - Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, ed. (2007b) *Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 30 de junio de 2007*. [En línea] página web <<http://extranjeros.mtas.es>>. [Consulta, 1 d'octubre de 2007].
 - Serrano A, et al. (2003) Riesgos de las plantas medicinales en uso concomitante con medicamentos. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 27, 6, 161-167.
 - Shweder RA, LeVine RA., eds. (1984) *Culture theory. Essays on mind, self and emotion*. Cambridge, Cambridge University Press.

- Stevens AF, Gilliam S. (1998) Health needs assessment: Needs assessment: from theory to practice. *British Medical Journal*, 316, 7142, 1448-1452.
- Svoboda R. (2003) *Ayurveda*. Barcelona, Kairós.
- Taussig M. (1995) La reificación y la conciencia del paciente. A: Taussig M. (1995) *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona, Gedisa, 110-143.
- Tizón JL. (1989) Migraciones y salud mental. *Gaceta Sanitaria*, 3, 527-529.
- Unión Europea, UE, ed. (1992) *Tratado de la Unión Europea*. Maastrich, UE.
- Vázquez V, Espejo J, Faus MJ. (2006) Determinación de las necesidades de atención farmacéutica de los inmigrantes del campo de Gibraltar. *Pharmacy Practice*, 4, 1, 24-33.

BIBLIOGRAFIA REFERIDA¹²⁹

- American Psychiatric Association, APA, ed. (1983) *DSM-III. Manual diagnòstic i estadístic de les malalties mentals*. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association, APA, ed. (1990) *DSM-III-R. Manual diagnòstic i estadístic de les malalties mentals*. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association, APA, ed. (1995) *DSM-IV. Manual diagnòstic i estadístic de les malalties mentals*. Barcelona, Masson.
- American Psychological Association (1992) Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Battistella G. (1997) *Reintegration of migrants: issues from the Philippine experience*. Ponència presentada en el Congrés Internacional Migration at Century's End. IUSSP, Barcelona. (sic)
- Benach J. (1997) La desigualtat perjudica seriament la salut. *Gaceta Sanitaria*, 11, 255-257.
- Benzeval M, Judge K, Whitehead M. (1995) *Tackling inequalities in health. An agenda for action*. Londres, King's Foundation.
- Bhugra D, et al. (1997) Incidence and outcome of schizophrenia in whites, African-Caribbeans and Indian Asians in London. *Psychological Medicine*, 27, 791-798.
- 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 doctorat, no publicada.
- Carrasco S. (1992b) L'enculturació alimentària dels infants. Notes sobre un estudi de cas a la Catalunya urbana. *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 2.
- Carstairs V, Morris R. (1988) Deprivation and mortality: an alternative to social class? *Community Medicine*, 11, 3, 210-219.
- Carstairs V, Morris R. (1991) *Deprivation and health in Scotland*. Aberdeen, Aberdeen University Press.
- Center for Disease Control and Prevention, CDC, ed. (2001) *Reported tuberculosis in the United States*. Atlanta, CDC.
- Cochrane R. (1977) Mental illness in immigrants to England and Wales: an analysis of hospital admissions 1971. *Social Psychiatry*, 15, 109-116.
- Cochrane R. (1987) Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. *Social Psychiatry*, 22, 180-191.
- Crompton R. (1993) *Clase y estratificación. Una introducció a les debates actuals*. Madrid, Tecnos.
- Dahlgren G, Whitehead M. (1992) *Policies and strategies to promote equity and health. Copenhagen*. WHO, Regional Office for Europe.
- Furnham A, Bochner S. (1986) *Culture shock*. Londres, Routledge.
- Gellert GA. (1993) International migration and control of communicable diseases. *Social Science and Medicine*, 37, 1489-1499.

¹²⁹ En aquest apartat es recullen les referències bibliogràfiques esmentades per autors que se citen en el text (que, al seu torn, apareixen referenciats en la Bibliografia Citada) i que no han estat utilitzades o analitzades en profunditat en l'elaboració del mateix. Aclarir que aquestes referències s'inclouen aquí tan sol quan l'autor citat les proporciona i amb les dades amb els quals ho fa.

- Greenland S. (1992) Divergent biases in ecological and individual-level studies. *Statistical Medicine*, 11, 1209-1223.
- Habermas J. (1989) *Conocimiento e interés*. Madrid, Taurus.
- Jansá JM. (1998) Inmigración extranjera en el estado español: consideraciones desde la Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 165-168.
- Kaplan A. (1991) Aproximación a algunos aspectos etnográficos de la región de Senegambia. *Revista de Trabajo Social*, 123. (sic)
- Krieger N, Fee E. (1994) Social class: the missing link in US health data. *International Journal of Health Services*, 24, 1, 25-44.
- Leff J. (1988) *Psychiatry around the globe*. Londres, Gaskell.
- Littlewood R, Lipsedge M. (1981) Acute psychotic reactions in Caribbean born patients. *Psychological Medicine*, 11, 303-318.
- Llàcer A, et al. (2001) Salud e inmigración; a propósito del sida. *Gaceta Sanitaria*, 15, 197-199.
- Morgenstern H. (1982) Uses of ecologic analysis in epidemiologic research. *American Journal of Public Health*, 72, 12, 1336-1344.
- Morgenstern H. (1995) Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles and methods. *Annual Review of Public Health*, 16, 61-81.
- Morris R, Carstairs V. (1991) Which deprivation? A comparison of selected deprivation indexes. *Journal of Public Health Medicine*, 13, 4, 318-326.
- Muñoz E, Nebot M. (2001) *Cobertura vacunal en població immigrant atesa al Servei de Vacunes de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (comunicació personal)*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública (sic).
- Navarro JA. (2001) *Actualización del calendario vacunal en población inmigrante*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Asociación Española de Vacunología. Cádiz (sic).
- Níguez JC, et al. (2001) Vacunaciones en escolares inmigrantes del Área II de la Región de Murcia. Estrategias de captación. A: Sociedad Española de Vacunología, ed. (2001) *Resúmenes del Congreso de la Sociedad Española de Vacunología*. Cádiz, Sociedad Española de Vacunología (sic).
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1979) *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1995) *Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les écarts*. Ginebra, OMS.
- Pasarín M, Salvador J. (2001) *L'embaràs adolescent a Barcelona*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública.
- Piantadosi S, Byar DP, Green SB. (1988) The ecological fallacy. *American Journal of Epidemiology*, 127, 5, 893-904.
- Ridley CR, Medonza DW, Kanitz BG. (1994) Multicultural training: reexamination, operationalization and integration. *The Counseling Psychologist*, 22, 227-289.
- Schwartz S. (1994) The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences. *American Journal of Public Health*, 84, 819-824.
- Sontang S. (1978) *Illness as a metaphor*. Nueva York, Farrer, Strauss & Guiroux. [Versió en castellà: Sontang S. (1980) *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, Muchnick.]
- Susser M. (1994) The logic in ecological I. The logic of analysis. *American Journal of Public Health*, 84, 825-829.

- The Health of the Nation (1995) *Variations in health. What can the Department of Health and the NHS do?* Department of Health. (sic)
- Thunhurst C. (1985) The analysis of small area statistics and planning for health. *The Statistician*, 34, 93-106.
- Townsend P, Phillimore P, Beattie A. (1988) *Health and deprivation. Inequality and the North*. Londres, Croom Helm.
- Widiger T, Corbitt E. (1995) Antisocial personality disorder. A: Livesley W., ed. (1995) *The DSM-IV personality disorders. Diagnosis and treatment of mental disorders*. Nueva York, Guilford Press, 103-126.
- Zellweger JP. (1993) Screening for tuberculosis in risk groups in Switzerland. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen*, 41, 739-743.