

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

EL HECHO MIGRATORIO Y LA VULNERABILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

Josep M. Comelles y Mariola Bernal



Director: Prof. Mario Foz

N.º 13, Marzo de 2007
ISSN: 1886-1601

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS



N.º 13, Marzo de 2007

Director

Prof. Mario Foz Sala

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Consejo Asesor

Dr. Francesc Abel i Fabre

Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)

Prof. Carlos Ballús Pascual

Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Prof. Ramón Bayés Sopena

Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Josep Egozcue Cuixart (†)

Catedrático de Biología Celular. Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Sergio Erill Sáez

Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona

Dr. Francisco Ferrer Rusalleda

Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Dr. Pere Gascón

Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona

Dr. Albert Jovell

Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes

Prof. Abel Mariné

Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona

Prof. Jaume Puig-Junoy

Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomía i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona

Prof. Ramón Pujol Farriols

Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Prof. Celestino Rey-Joly Barroso

Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Triás i Pujol. Badalona

Prof. Oriol Romaní Alfonso

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza

Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia

Dra. Anna Veiga Lluch

Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona

COMENTARIO EDITORIAL

Dr. Oriol Romaní

*Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social,
Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Grup Igja. Barcelona*

La inmigración extraeuropea es uno de los tres grandes temas de fondo que, a lo largo de los últimos treinta años, ha marcado la reorganización de las relaciones de convivencia y de las políticas en nuestro continente, al lado del "terrorismo" y "la droga". Éstos han sido los tres fantasmas, si se me permite la expresión, que han acompañado los procesos de reorganización del mundo en torno a la hegemonía del capital financiero, es decir, el proyecto de imposición del neoliberalismo al que se suele dar el bonito y enmascarador nombre de globalización. Los tres flagelos figuran casi siempre como la motivación que justifica la creación de leyes cada vez más restrictivas de los derechos humanos, sociales e individuales básicos. Curiosamente, coincidiendo con el desmantelamiento de los estados del bienestar que tanto había costado desarrollar en la Europa del siglo XX, y los movimientos de resistencia al mismo por parte de diversos y significativos sectores sociales.

Si menciono esta historia que, desde las corrientes críticas de las Ciencias Sociales y Políticas contemporáneas es bien conocida, es para recordar que la vida en nuestro país ya había sido negativamente condicionada, desde finales de los años setenta del pasado siglo, por los fenómenos del "terrorismo" y "la droga" y, en cambio, la afluencia de migraciones de la parte Sur del mundo es una novedad, por las dimensiones y el escaso tiempo en que ha ocurrido, pasando a constituir la población migrante de menos del 3% del conjunto a más del 15% en la última década. Como no podía ser de otra manera, ello ha impactado en los servicios sociales básicos, la educación y la sanidad, teniendo en cuenta además las peculiaridades del estado español, salido de una dictadura y teniendo que construir un estado del bienestar, que se aproximara a este concepto, en el momento de las restricciones y cuando los demás "ya estaban de vuelta".

Me parece, pues, muy oportuno, que ahora y aquí podamos reflexionar sobre este acuciante

fenómeno, que nos plantea interesantes desafíos teóricos pero, sobre todo, muchos interrogantes en la práctica cotidiana de los profesionales sanitarios; y que lo podamos hacer a partir de las incisivas aportaciones de Comelles y Bernal, que llevan ya unos cuantos años trabajando sobre el tema y, en el caso del Dr. Comelles, con la autoridad de ser el "jefe de filas" (o como él seguramente preferirá, el "primum inter pares"), de la Antropología de la Medicina en España.

Tal como se plantea en el artículo, las oleadas migratorias de los últimos años constituyen un fenómeno imprevisto en una España que, a pesar de las profundas transformaciones de su Estado, desde un modelo epígono del jacobinismo francés hacia un modelo descentralizado, no ha sido capaz de integrar su propia diversidad cultural como un elemento clave de su reorganización y, sobre todo, de las nuevas culturas profesionales que ésta suponía. Quizás en parte porque, de una forma especular, se han tendido a reproducir modelos culturalmente monolíticos, esta vez en torno a las élites dominantes en cada una de las Comunidades Autónomas. Sea como fuere, y a pesar de los significativos indicios y avisos que se mencionan en el texto, y que algunos profesionales señalaron en su momento, la imprevisión fue espectacular: hasta que no los tuvimos aquí de una forma tan evidente que ya no era posible mirar hacia otro lado, las instituciones públicas no se tomaron este tema como una prioridad.

Ello nos coloca delante un gran número de cuestiones, muchas de las cuales se desarrollan en el texto que nos ofrecen Comelles y Bernal, muy rico en análisis y sugerencias, y del cual yo señalaría los siguientes elementos básicos.

En primer lugar, la importancia de la heterogeneidad social y cultural: ésta ya era un dato de la vida de nuestra sociedad antes de las últimas oleadas migratorias, y con ello me refiero no tanto a la convivencia de andaluces, catalanes o gallegos,

pongamos por caso, sino sobre todo a los distintos modos de vida ligados a la generación de pertenencia, a los géneros, sus relaciones, y las reubicaciones de los roles y las orientaciones sexuales, a los recursos económicos y sociales, a los distintos trabajos y sus transformaciones junto a las adscripciones de clase, a los hábitats urbanos o rurales, a los distintos consumos, dietas y demás, a las diversas maneras de comunicarse y expresarse, a las distintas tradiciones locales, etc.; todo ello se complica más en la actualidad, cuando las migraciones, además, han significado procesos de interacción, de hibridación y semejantes, distintos en cada zona por los distintos tipos de migrantes y sus bagajes correspondientes, por un lado, pero también, por el otro, de los trabajos, la población previamente asentada, las condiciones sociales, sanitarias, de vivienda, etc. a las que han llegado y que su llegada está contribuyendo a transformar, en unos casos de forma mas conflictiva que en otros. Todos estos cambios socioculturales, los anteriores y los más recientes, se han reflejado también en unos cambios en la demanda sanitaria, a los que el sistema ha tenido que ir dando algún tipo de respuesta.

El corolario de todo ello es que las recientes migraciones han puesto de manera inexcusable ya sobre el tapete una cuestión soslayada hasta ahora y es que, por más que la biomedicina se empeñe, y como dicen los autores, "la sociedad existe". Hay muy diversas situaciones de equilibrio o desequilibrio más o menos estable dentro de los procesos que van de la salud a la enfermedad y viceversa, que sufren y gozan personas que viven en sociedad, con sus sentimientos, relaciones, aspiraciones, fatigas y realidades cotidianas que se entrecruzan en sus cuerpos y son "procesadas" en ellos, con equipamientos biológicos distintos y que, cuando las cosas vayan mal, quizás demanden, en diferentes momentos en cada caso, asistencia sanitaria. Cuando decimos que lo que existen son los enfermos y no la enfermedad, si somos

consecuentes tenemos que darnos cuenta de que el foco central de una medicina adaptada a nuestra sociedad debería ser la que considerara como dato duro el del enfermo situado en su trama sociocultural; de ahí debería derivarse una verdadera interdisciplinariedad, situada en el contexto de los modelos complejos y cibernéticos de la ciencia contemporánea, cosa bastante lejana, por cierto, del "adorno" humanístico-social con el que a veces pretende querer complementarse la biomedicina para -dicen- responder así a los retos de nuestras sociedades.

Como consecuencia de esta emergencia de la diversidad, creo que también es interesante señalar la conciencia que ello facilita de poder analizar la propia cultura médica, como la cultura hegemónica dentro de las culturas sanitarias, y ser capaces de analizar el rol que juega en los programas y actividades clínicas. De ahí, por tanto, la necesidad de que en las Facultades de Medicina se integren las ciencias sociales y humanas, para preparar a los futuros médicos con lo que realmente se encontrarán, y que no tengan que suplirlo sólo por la intuición y la experiencia, aunque, con todo lo bueno y lo malo que ello pueda tener, ésta es insustituible. Pero estos conocimientos no tienen que ir tanto en la dirección de un catálogo de "variedades socioculturales", sino de una formación metodológica que prepare al trato con la diversidad y el cambio constante que es con lo que, en definitiva, tendrán que confrontarse los profesionales sanitarios, tal como ya ocurre en la actualidad.

Para terminar, creo que la intensificación de las migraciones en España nos indica que, también en el campo de los procesos de salud/enfermedad y atención, tenemos que aprender a gestionar la diversidad sociocultural: por eficacia, y porque una buena gestión de esta diversidad es, en el fondo, lo que posibilitará el desarrollo de una democracia robusta, medio que, hoy por hoy, parece el más adecuado para poder desarrollar esto que llamamos una vida sana.



Josep M. Comelles

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona.
- Doctor en Antropología por L'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) de París.
 - Especialista en Psiquiatría.

ACTIVIDAD PROFESIONAL

- Profesor de Antropología Social en el Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.
 - Especializado en antropología médica e historia de la ciencia.
 - Investigador principal de un proyecto multidisciplinar sobre discriminación en colectivos de migrantes en el ámbito sanitario que estudiaba buenas prácticas en cinco países europeos, analizaba los principales rasgos de discriminación y propuso instrumentos de evaluación y análisis.

PUBLICACIONES

- González E, Comelles JM (comps). Psiquiatría Transcultural. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.
- Perdiguero E, Comelles JM (comps). Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra, 2000.
 - Vulpiani P, Comelles JM, Dongen Els van (eds). Health for All, All for Health. European experiences on health care for migrants. Perugia: Cidis Alisei, 2000.
- Comelles JM, Dongen Els van (eds). Themes in Medical Anthropology. Perugia: Fondazione Angelo Celli Argo, 2002.
 - Comelles JM. Stultifera Navis. La Locura, el poder y la ciudad. Lleida: Milenio, 2006.



Mariola Bernal

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciada en Sociología.
- Doctoranda en el programa de Antropología de la Medicina de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

ACTIVIDAD PROFESIONAL

- Ha sido profesora asociada en el Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions en la Universitat de Barcelona.
 - Es docente en el curso de posgrado “Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, refugiados y minorías” impartido en la misma universidad.
 - Ha participado en diversos proyectos europeos relacionados con la salud mental “Good Practices in Mental Health and Social Care Provisions for Immigrants, Asylum Seekers and Refugees” y “European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)”.
 - En los últimos años desarrolla su trabajo en el campo de los trastornos alimentarios.

PUBLICACIONES

- Entre sus publicaciones destacan los artículos “Los trastornos mentales y los nuevos retos sociales: la inmigración” (2004) y “Migration and mental health in Europe” (2005).

EL HECHO MIGRATORIO Y LA VULNERABILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

RESUMEN

El fenómeno de las migraciones masivas no es nuevo ni en Cataluña ni en España. Diversos procesos migratorios seculares hacia el extranjero o dentro del país constituyeron el proletariado en España, sin que nunca se pusieran en relación las migraciones con las políticas de salud. Además, la particularidad de la cultura política europea llevó a que las migraciones nunca fuesen consideradas en términos *étnico-culturales*, aunque apelativos como *xarnego*, *murciano* o *maqueto* reflejaran algo más que la fuerte diversidad lingüística, étnica o cultural de la Península.

España, sin colonias y país de emigración, ni sabe comprender su diversidad cultural interna, ni sabe ahora gestionar la que viene de fuera. Tan conflictiva, ideológicamente hablando, es la cuestión que no ha habido, ni lo hay ahora, un debate sobre qué modelo va a seguirse –multiculturalismo o integración–, no sólo a escala del Estado, sino también de las diecisiete Comunidades Autónomas. Éstas y los ayuntamientos, que proveen y financian sanidad, educación y servicios sociales, se enfrentan a las dificultades generadas por la desigual distribución de una población inmigrante, y por tanto de una demanda de servicios, cuya financiación no está siendo corregida por un Estado en el cual sus responsables políticos siguen ocupados en hacer demagogia electoral con las listas de espera.

La explosión demográfica que supone la inmigración exige, ya con urgencia, resolver bastantes de los problemas que algunos señalaron décadas antes, pero ante los cuales el sector salud y sus profesionales mayoritariamente se hicieron el ciego o el sordo, o escondieron la cabeza bajo el ala. La oleada migratoria no prevista ha supuesto para los profesionales de la salud que están en las Administraciones y para muchos clínicos, que la sociedad y la cultura existen, aunque los planes de estudio de las facultades de medicina –menos los de enfermería– se empeñen en lo contrario. La inmensa mayoría de países confrontados con la inmigración sabían que era necesario revisar la formación de los profesionales de la salud incorporando en los currículums las ciencias

sociosanitarias –esencialmente la sociología y la antropología médicas–, desde los años sesenta del pasado siglo. La rigidez del modelo universitario y de las resistencias corporativas y académicas en nuestro país permanecen al margen de ese proceso por la persistencia de un modelo obsoleto de Humanidades Médicas sin posibilidades reales de aplicación y por el lento desarrollo de las Ciencias sociosanitarias desde instituciones que no son facultades de medicina.

Ante mucha de la patología biomédica, la biomedicina ha aspirado a alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, depurando la clínica y el laboratorio de cuantas variables fuesen accesorias a esos tres actos, como las variables sociales y culturales, incómodas por la ausencia de instrumentos analíticos e interpretativos de las mismas en el edificio teórico de la biomedicina. Sin embargo, la anulación completa de la capacidad interactiva y de la intersubjetividad entre el profesional y el entorno –el paciente, su red social, la propia institución, los otros profesionales– no se cumplen casi nunca.

Algunas características idiosincrásicas de la cultura del “seguro” español, y especialmente la hegemonía del fármaco como panacea para todos los males, han podido hasta hace unos años reducir la comprensión del contexto sociocultural a unos mínimos, pero las migraciones han significado una relativa ruptura en ese patrón cultural. Ante esta situación, los profesionales han de asumir la diversidad cultural y social, es decir, gestionar las complicaciones en la comunicación y en el soporte a los pacientes, dificultades en el seguimiento, y han de adecuarse a pautas culturales para ellos sin significado y que rompen con los estereotipos y los idiomas culturales más frecuentes en las consultas con los pacientes de aquí. Para ello lo “cultural” y lo “social” en el modelo y la práctica médicas actuales no pueden seguir contemplándose a partir de taxonomías culturales, sino como *procesos permanentes de construcción y reconstrucción de significados* en un mundo sometido a una dialéctica entre influencias culturales locales o globales.

THE MIGRATORY PHENOMENON AND THE VULNERABILITY OF THE SPANISH HEALTH SYSTEM

SUMMARY

The phenomenon of the massive migrations is not new, neither in Catalonia nor in Spain. Diverse secular migratory processes toward foreign countries or inside Spain constituted the proletariat in this country while migrations were never put into relation to health policies. Also, the particularity of the European political culture made migrations never be considered in *ethnic-cultural* terms although appellatives like *xarnego*, *murciano* or *maqueto* reflected something more than the strong linguistic, ethnic or cultural diversity of the Peninsula.

Spain, without colonies and being an emigration country, is incapable of understanding its internal cultural diversity, and doesn't know either how to manage the new one coming from outside its borders. Since the question is, ideologically speaking, so conflicting, no debate has taken place on what model will be implemented –multiculturalism or integration–, not only on scale of the State, but also of the seventeen Autonomous Communities. These and the city councils that provide and finance health, education and social services face the difficulties generated by the unequal distribution of the immigrant population across the territory and therefore of a demand of services, whose financing is not being corrected by a State in which its responsible politicians continue occupied in making electoral demagoguery on the waiting lists.

The demographic explosion represented by the immigration population demands, with urgency, to solve many of the problems that some pointed out decades ago but before which, the health system and its professionals had remained blind to. The migratory wave not foreseen has represented for health professionals working in the administrations and in the clinical settings that society and culture exists, although the study plans at the Medical Schools –unless those of Nursery–, insist on the opposite. The immense majority of countries confronted with the immigration issue knew that it was necessary to review the training

of health professionals, incorporating in the curricula the sociosanitary sciences –essentially Medical Sociology and Medical Anthropology–, since the sixties of the past century. The rigidity of the university model and of the corporate and academic resistances in our country remain outside that process because of the persistence of an obsolete model of Medical Humanities without real possibilities of implementation, and of the slow development of the sociosanitary sciences in institutions besides Medical Schools.

Before the biomedical pathology, biomedicine has aspired to reach the maximum diagnostic, prognostic and therapeutic efficiency, purifying the clinic and the laboratory of all those variables considered as accessory to those three acts, as the social and cultural variables, uncomfortable for the absence of analytic and interpretive instruments of the same in the theoretical building of biomedicine. However, the complete annulment of the interactive capability and of the inter-subjectivity between the professional and the environment –the patient, his/her social net, the institution, the other professionals– are almost never met.

Some idiosyncratic characteristics of the Spanish "insurance" culture, and especially the hegemony of the drugs as the panacea for all the wrongs, have been able to reduce the understanding of the socio-cultural variables to the minimum, but the migrations have meant a relative rupture in that cultural pattern. In front of this situation, the professionals must assume the cultural and social diversity, that is to say, to handle the troubles emerged in the communication and support process to the patients, difficulties in the monitoring, and adapt to cultural rules that break up with stereotypes and the most frequent cultural idioms found among native patients. For that, the "cultural" and the "social" in the pattern and current medical practice cannot continue being contemplated from cultural taxonomies but as *permanent processes of construction and reconstruction of meanings* in a world subjected to a dialectic between local or global cultural influences.

EL HECHO MIGRATORIO Y LA VULNERABILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

JOSEP M. COMELLES Y MARIOLA BERNAL

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona (Espanya).

UN PROBLEMA QUE NADIE PREVIÓ

El fenómeno de las migraciones masivas no es nuevo ni en Cataluña ni en España. Procesos migratorios seculares tuvieron América o Alemania como metas míticas y, como menos míticas, las áreas de desarrollo industrial o de servicios en la propia Península. Pero aunque con ellas se constituyó el proletariado en España, nunca se pusieron en relación las migraciones con las políticas de salud, sino únicamente con la patología de la pobreza (del proletariado) como objetivo de la beneficencia pública liberal¹. La concepción jacobina de la ciudadanía, propia de la cultura política europea, significó que las migraciones (inicialmente internas en el Estado-Nación) nunca fuesen consideradas en términos *étnico-culturales*, aunque apelativos como *xarnego*, *murciano* o *maqueto* reflejaban algo más que la fuerte diversidad lingüística, étnica o cultural de la Península.

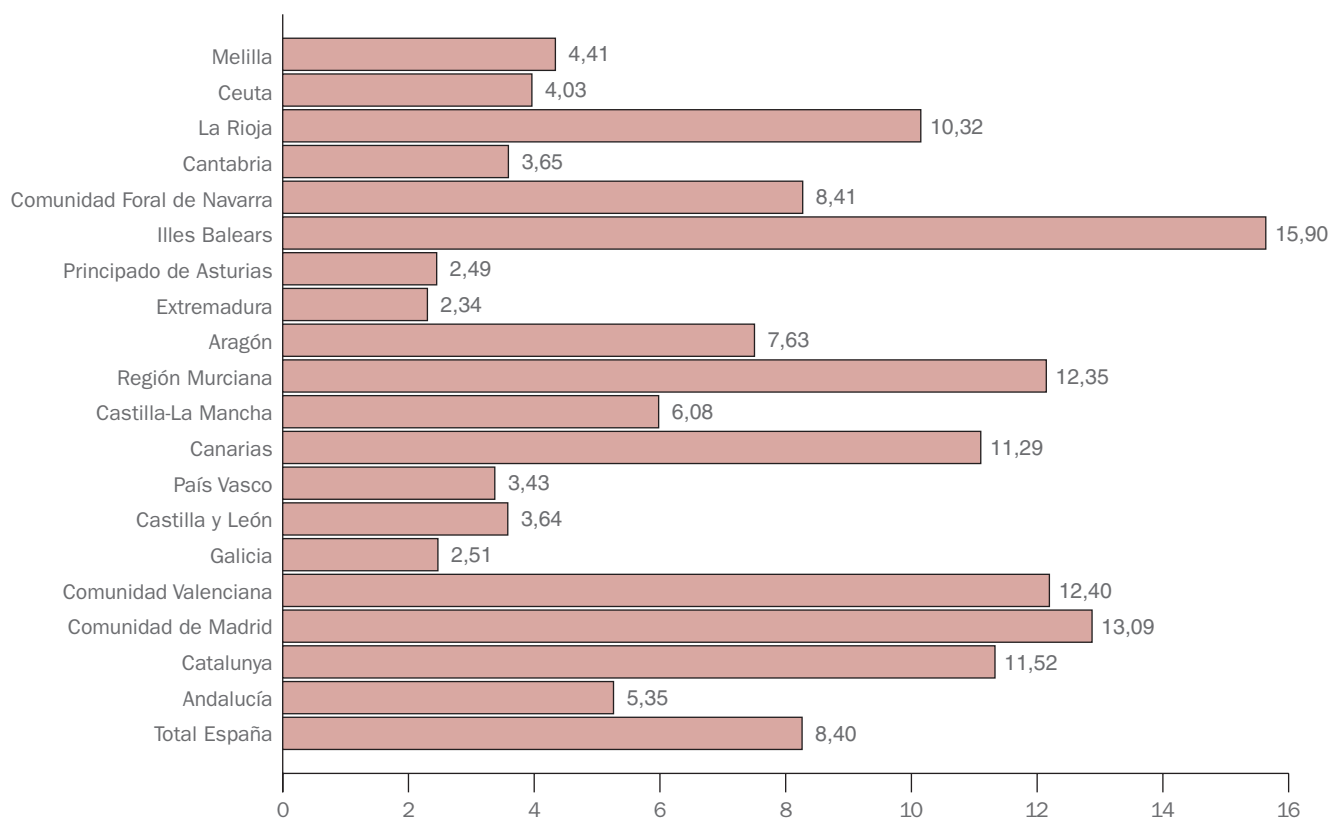
A diferencia de lo que sucedió en Estados Unidos, Australia o Canadá, donde las políticas de *melting pot* para absorber a millones de inmigrantes dieron lugar a formas de ciudadanía multiétnica, los europeos pensaron que con educación y lucha contra las desigualdades de clase se alcanzaría la homogeneidad social y cultural *integrando* a los proletarios en un proyecto nacional. Aun así, países como el Reino Unido o los Países Bajos apostaron por modelos multiculturales tras la descolonización para resolver el encaje de la diversidad cultural de los *British subjects* o la doble nacionalidad de

los neerlandeses de sus excolonias. Los franceses, fieles a su tradición *républicaine*, insistieron en la integración hasta que en la última década la *desafiliación*² de la que habló Castel (1994) ha destruido el modelo. En todos los casos, hay hoy crisis fruto de los esfuerzos por dismantlar el Estado del Bienestar europeo. España, sin colonias y país de emigración, ni sabe comprender su diversidad cultural interna, ni sabe ahora gestionar la que viene de fuera. Tan conflictiva, ideológicamente hablando, es la cuestión que no ha habido, ni hay, un debate sobre qué modelo va a seguirse, no sólo a escala del Estado, sino también de cada una de las diecisiete Comunidades Autónomas (CCAA)³.

La actual oleada migratoria no fue prevista por los institutos de demografía. Éstos amenazaban con el estancamiento demográfico de la Península. Pero, en una década, Cataluña, uno de los países con más baja natalidad del mundo, ha crecido más de un millón de habitantes, y la población inmigrante está en torno al 10% sin contar los ilegales.

La actual oleada migratoria (fig. 1) se distribuye desigualmente. Se concentra en el Mediterráneo, en Madrid y en las comunidades insulares, y su distribución étnica tampoco es homogénea, pues no depende como antaño de las necesidades de la industria, sino también de la agricultura y los servicios. Y además España recibe migraciones masivas de jubilados del Norte de Europa que convierten el arco mediterráneo peninsular en la antesala de un geriátri-

FIGURA 1. Porcentaje de población extranjera por Comunidad Autónoma a 1 de enero de 2005



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2006.

co. Todo ello es una revolución en un país que era pobre, “atrasado” y de emigrantes. Pero ahora los nórdicos vienen atraídos por el clima en invierno, la calidad de vida y la bonanza económica, y los extracomunitarios por una demanda, aparentemente insaciable, de mano de obra de baja calificación destinada a las economías sumergidas, a la agricultura, a la hostelería, a los servicios personales y familiares, a la prostitución, al turismo y a la construcción, todos ellos beneficiados por las desregulaciones del mercado laboral y por la ineficacia de los sistemas de inspección. Si añadimos la migración a España de las mafias atraídas por la circulación del 25% de los billetes de 500 €, tenemos el panorama casi completo.

Este proceso no tiene parangón en Europa, donde las migraciones interestatales tuvieron que ver con los procesos de descolonización y las dobles nacionalidades y operan desde hace más de medio siglo. Aquí, en menos de una década, la proporción de inmigrantes en algunas CCAA y ciudades ha alcanzado magnitudes iguales o superiores a las de países con pasado colonial, las regularizaciones de irregulares han sido moneda corriente y el proceso sigue, puesto que hay paso franco en el aeropuerto de Barajas o por la Junquera y Behobia. Las pateras y cayucos son una escandalosa y desgraciada anécdota.

A pesar de la magnitud del fenómeno, y del miserabilismo del Estado del bienestar español,

las autoridades estatales y autonómicas no han respondido con agilidad a tal desafío. Al Estado, transferidos los servicios asistenciales sanitarios y educativos a las CCAA y los sociales a los ayuntamientos y diputaciones, sólo le ha interesado la discusión policial, y se ha frotado las manos ante las enormes recaudaciones de la Seguridad Social derivadas de la creciente cifra de inmigrantes legalizados, que garantiza crecimiento económico y superávit en la caja de los seguros sociales. Los dos grandes partidos estatales, por eso, han preferido pelearse por minucias ideológicas pero asegurarse que ni un euro de la Seguridad Social pase a la novísima Ley de Dependencia. Tampoco el Estado ha planteado una discusión sobre un modelo “español”, si de multiculturalismo –imposible vista la retórica política–, o de integración, porque el problema corresponde ahora a las CCAA y en muy pocas ha habido algún debate al respecto. Por eso las políticas de inmigración del Estado deben calificarse, de forma suave, de faltas de previsión, de llenas de bandazos en la toma de decisiones por razones electoralistas, de tacticismo político, de ingenuidades y de no poca mala fe.

Para CCAA y ayuntamientos, que proveen y financian sanidad, educación y servicios sociales, la papeleta es otra. Un crecimiento de un 10% de la población –como en Cataluña–, significa mayor demanda de servicios asistenciales, sanitarios, sociales y de escolarización, pero su financiación, salvo en Euskadi y Navarra, depende de las transferencias del Estado recogidas en los Presupuestos Generales. De no revisarse los cálculos de los conciertos entre el Estado y las CCAA o revisar al alza la financiación municipal, la consecuencia es que quien corre con los gastos son los presupuestos locales y autonómicos. Más aún, la actual Ley de Dependencia, al no depender de la caja –con superávit–, de la SS y hacerlo de los Presupuestos Generales, será una carga añadida que incidirá de forma diferencial en las distintas CCAA, puesto que la población no se distribuye de forma regular, sino que se concentra sólo en algunas CCAA y municipios, y ni las necesidades ni las quejas de los usuarios por la sobrecarga de

servicios tampoco se distribuyen de forma regular por la propia diversidad social y cultural del Estado. Los cambios en la demanda repercuten también sobre la planificación, sobre los proveedores de los servicios y los profesionales, sobre las autoridades autonómicas y locales, pero nunca sobre el Estado. Eso permite, a escala global, que sus responsables políticos sigan haciendo demagogia electoral con las listas de espera, alentando que en los sectores menos críticos de la población –en un país con un altísimo analfabetismo funcional–, se interprete a menudo que son “los inmigrantes” los que favorecen la existencia de listas, y no los escasos recursos puestos en juego por el Estado, o la mala financiación de las CCAA que no disponen del sistema del “cupó”. Si el gasto sanitario de los inmigrantes jóvenes legalizados puede parecerse, a los pocos meses, al de cualquier otro ciudadano, la demanda de salud materno-infantil o la atención a los colectivos marginales y que viven en las lindes o en plena pobreza implica una escalada diferencial del gasto en algunas CCAA, que se añade al que nuestros jubilados europeos solicitan –sólo en algunas CCAA–, para tratarse los achaques de la edad o aprovechar la liberalidad con que servicios sanitarios, a los que en sus países no tienen derecho, les sean aquí ofrecidos por nuestro canijo estado del bienestar⁴.

EL SÍNDROME DE CASANDRA

La conversión de España como objetivo de inmigraciones internacionales ya era un hecho durante los ochenta. Numerosas comunidades de jubilados del Norte se habían instalado en la Península, creciendo con la entrada en la Unión Europea en 1986. Estas migraciones de ancianos susceptibles de emplear servicios y que carecen de interés por expresarse en cualquier lengua del Estado no suscitaron ningún debate sobre la provisión de servicios de salud. En cambio, la llegada de proletariado inmigrante, ya reconocible en el entorno metropolitano de la Barcelona preolímpica, y en general sin papeles, indujo a ofrecer dispositivos de atención especí-

ficos en Barcelona o Mataró, por ejemplo. Al carecer de documentos –antes de la Ley de Sanidad del 86–, la atención debía efectuarse bajo el paraguas de la beneficencia liberal, de modo que los dispositivos municipales asumieron la vigilancia y el seguimiento de la patología importada, y muy pronto una demanda progresiva de ayuda ante patología de la pobreza por las condiciones de vida de esos colectivos marginales. Los fundadores de esos dispositivos solían ser cooperantes, cuya experiencia en el extranjero les permitía comprender una problemática que no podía canalizarse ni hacia los centros de atención primaria ni hacia los hospitales⁵. De ahí surgieron las primeras experiencias de buenas prácticas con esos colectivos aprovechando el margen de autonomía que les permitía el ser empresas proveedoras del Servei Català de la Salut.

Ni el Estado ni la Administración autonómica catalana se interesaron inicialmente por el tema. A los primeros porque el problema les caía lejos; a los segundos porque el volumen de la demanda era aún modesto, centrado en la conurbación barcelonesa, y podía ser gestionado por empresas proveedoras locales. Esto retrasó casi una década el afrontamiento del problema, hasta que el volumen de la demanda se diseminó por la geografía catalana y los profesionales y los servicios quedaron desbordados por una demanda no prevista, y por los problemas que planteaba la atención a una diversidad cultural que nada tenía que ver con los “cartilleros”, “08/” o “28/” del argot institucional. Desde esos servicios pioneros se desarrollaron programas de formación continuada e investigación epidemiológica, clínica y cualitativa articulada en programas europeos de prevención y promoción de la salud, pero con escasa financiación⁶. Desde 2001, algunas CCAA reconocieron que el problema era de envergadura. En Cataluña el plan director de migraciones se empezó a gestar ese año, tratando de promover el acceso a los servicios sanitarios mediante una generosísima distribución de tarjetas sanitarias, para identificar y dar respuesta a los problemas específicos de los inmigrantes y establecer cen-

tros de referencia. Pero no se terminó hasta el 2006 y su aplicación está en el alero vistos los problemas financieros de la Generalitat. Por otra parte, la primera guía de buenas prácticas, más o menos oficial, fue la del Colegio de Médicos de Barcelona, editada en el año 2003⁷.

También en salud mental, C. Ballús, catedrático de psiquiatría, de vuelta del Congreso sobre Medicina y Migración de Roma alertó en 1990 sobre la carencia de bases jurídicas, legales y administrativas en España con las que afrontar los problemas asistenciales de las nuevas migraciones⁸. Sugería la necesidad de formar a los profesionales para combatir las dificultades en la comunicación, comprensión lingüística y en el desconocimiento de la situación social de estos pacientes, pero sus advertencias cayeron en saco roto. De nuevo fueron asociaciones semiprivadas o públicas, voluntaristas las más, las que iniciaron experiencias asistenciales para dar respuesta a una demanda creciente. Veinte años después la explosión demográfica que supone la inmigración exige, ya con urgencia, resolver bastantes de los problemas que algunos señalaron, pero ante los cuales el sector salud y sus profesionales se hicieron el ciego, el sordo, o escondieron la cabeza bajo el ala.

EL RETO DE LA GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL

Médicos y cultura

La oleada migratoria ha supuesto, para los profesionales de la salud que están en las administraciones y para muchos clínicos, que la sociedad y la cultura *existen*, aunque los planes de estudio de las facultades de medicina –menos los de enfermería–, se empeñen en afirmar lo contrario. La inmensa mayoría de países confrontados con esta problemática, tanto en el primero como en el tercer mundo, sabían que era necesario revisar la formación de los profesionales de la salud incorporando en los currículos las ciencias sociosanitarias –esencialmente la sociología y la antropología médicas–, desde los

años sesenta. España, como consecuencia de la rigidez del modelo universitario y de las resistencias corporativas y académicas permanece al margen de ese proceso en parte por la persistencia de un modelo obsoleto de Humanidades Médicas de raigambre filosófica y especulativa sin posibilidades reales de aplicación –con la salvedad de algunas aplicaciones bioéticas–, y por el lento desarrollo de las Ciencias sociosanitarias desde instituciones que no son facultades de medicina (facultades de letras o de sociología)⁹.

El grado de desconexión y desconocimiento de los profesionales de la salud españoles de la teoría social y cultural es tal que es frecuente encontrar, en escritos serios recientes, concepciones decimonónicas como las de “supervivencias culturales” aplicadas a algunas prácticas. O se confunde la ciudadanía administrativa “etíopes” o “pakis” con una categoría étnica como “gitano”, eso sí sin distinguir entre manush, rom o caló. Este modelo de cultura tipológica que se transporta al propio país, “españoles”, “catalanes”, “andaluces” o “rumanos” puede comprenderse y tener cierta utilidad sólo cuando hay cierta homogeneidad lingüística o religiosa, pero oculta una realidad muchísimo más compleja, tiende a reificar los rasgos culturales y es, en sí misma, un factor fundamental de desigualdades y discriminación.

Ante la palabra “cultura” los profesionales se sienten a menudo perplejos. ¿Qué significa “cultura” y de qué “cultura” o “culturas” estamos hablando? ¿Se trata de la “cultura” entendida como *taxonomía étnica*, *administrativa o lingüística*, o es un sinónimo de “educación” académica? Probablemente la mayoría son capaces de moverse en ese terreno, sin darse cuenta de que ésta es una noción controvertida y que hoy el concepto de cultura se entiende como un conjunto de significados en un momento histórico dado con los que los individuos pueden construir no una sola identidad, manush, sino las identidades múltiples que caracterizan al ser humano en la sociedad actual y que son aquellas con las que se confronta el profesional en su práctica. “El recomendado”,

personaje característico de nuestro sistema sanitario, forma parte de una “cultura” específica del “seguro social” español, históricamente determinada, y genera representaciones y prácticas no menos específicas. El “recomendado” es un “hecho cultural” como en los años sesenta lo fue el “paesopaguista”.

Es bien cierto que ante mucha de la patología, la biomedicina aspiraba a alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, depurando, casi patológicamente, la clínica y el laboratorio de cuantas variables fuesen accesorias a esos tres actos, entre las cuales se hallan –pensaban no sin ingenuidad– las variables sociales y culturales, incómodas por la ausencia de instrumentos analíticos e interpretativos de las mismas en el edificio teórico de la biomedicina. Lamentablemente, esa utopía sólo es posible en algunos pacientes internados en unidades de cuidados intensivos, en pacientes en coma *dépassé* a los que puede mantenerse en vida largo tiempo “conectados”, o en donantes legalmente muertos pero biológicamente vivos mientras esperan la llegada del receptor. En todos los demás casos la anulación completa de la capacidad interactiva y de la intersubjetividad entre el profesional y el entorno –el paciente, su red social, la propia institución, los otros profesionales– no se cumple. Y entonces entran en juego las identidades culturales múltiples de todos los agentes involucrados en el proceso asistencial. En un país como el nuestro, tras décadas de funcionamiento de un “seguro” peculiar e idiosincrásico, la inmensa mayoría de los profesionales podían compartir identidades culturales con sus pacientes y con la red social de éstos, y ello permitía mitigar las “barreras culturales y sociales” hasta cierto punto. Hasta cierto punto, cuando hablamos de patología grave que implica atención urgente e incisiva, pero menos cuando la patología que se gestiona son procesos crónicos que afectan a la calidad de vida y plantean la necesidad de largos seguimientos. Aquí, los problemas de comunicación, la necesidad de soporte y la necesidad de “comprender” son más importantes que los de “explicar” la causa, y por ello las variables cul-

turales y sociales del profesional, del paciente y de su red son más importantes.

Bien es cierto que algunas características idiosincrásicas de la cultura del “seguro” español, y especialmente la hegemonía del fármaco como panacea para todos los males, podían reducir la necesidad de esa “comprensión” a mínimos, pero las migraciones han socavado ese modelo. Lo han sido por los problemas de comunicación verbal, por los problemas de carácter cultural (entre otros los religiosos), por los problemas relacionados con variables sociales derivadas de las condiciones de trabajo, de la pobreza y de la situación administrativa y por el propio desconocimiento de los recién llegados de las reglas del juego establecidas, durante décadas, entre “cartilleros” y profesionales. La novedad del hecho, y los estereotipos han hecho el resto. Todos los inmigrantes proceden de países ya medicalizados, aunque muchos sin cobertura universal de servicios, de modo que a su llegada aquí se hallan en condiciones de negociar ventajosamente los servicios de nuestro sistema de salud y aprenden rápidamente a transaccionar con el mismo, lo que lleva a afirmar “que se aprovechan” olvidándose de eso tan corriente de “pasar” las recetas por la cartilla del pensionista, o “dejarse la cartilla” que tanto se practicara en los barrios hace no tantos años.

Ante esta situación, los profesionales se desconciertan. Han de asumir la diversidad cultural y social, han de asumir complicaciones en la comunicación y en el soporte a los pacientes, dificultades en el seguimiento, y han de adecuarse a pautas culturales para ellos sin significado y que rompen con los estereotipos y los *idioms* culturales más frecuentes en las consultas con los pacientes de aquí. Tampoco entienden que la cultura de origen de los inmigrantes no es homogénea sino producto de hibridaciones culturales –por eso el deporte nacional en Pakistán ¡es el cricket!– que al llegar aquí se hibridan si conviene con el Barça, con los *Castells* o aprendiendo a prestarse la tarjeta para los medicamentos, a negociar los análisis, etc., igual como han hecho los “cartilleros”, los

“08/” y demás, pero con la posibilidad añadida de acusar de racistas a los que antes llamaban “xarnegos” a los inmigrantes del sur y ahora hablan de “moros”, “sudacas” o “pakis”.

Por eso lo “cultural” y lo “social” en el modelo y la práctica médicas actuales, no pueden ya contemplarse a partir de taxonomías culturales –una concepción decimonónica–, sino como *procesos permanentes de construcción y reconstrucción de significados* en un mundo sometido a una dialéctica entre influencias culturales “locales” (por llamarlas de algún modo), o globales (como pueden ser series televisivas como *House*), y que engendran formas culturales específicas y cambiantes de modo permanente, lo que Appadurai llama *etnoscaapes*¹⁰.

El debate actual sobre la diversidad cultural en el sector salud y sobre el papel de los *etnoscaapes* en el proceso salud/enfermedad/atención no está sólo vinculado a la confrontación con la diversidad étnico-lingüística de los inmigrantes, sino mucho más por la transición en la demanda de ayuda sanitaria hacia enfermedades crónicas y degenerativas, malestares y formas de aflicción cuyas respuestas terapéuticas y asistenciales desbordan los límites del modelo biomédico y exigen nuevas estrategias asistenciales, como en Cataluña los equipos de asistencia paliativa domiciliaria (PADES)¹¹. Lamentablemente, estos no tan nuevos escenarios son, a menudo, experiencias limitadas a situaciones específicas como recuperar saberes populares¹², “devolver” funciones a los entornos familiares de los enfermos¹³ o desarrollar paradigmas alternativos. En general, resulta difícil su generalización, por resistencias corporativas. En cualquiera de estos nuevos escenarios, el más simple y clásico de los cuales es la asistencia domiciliaria, es indispensable que el profesional de la salud sepa gestionar y analizar significados culturales, comprender la variedad de situaciones en la que se encuentra y ser capaz de relativizar los propios prejuicios. Quizás así pueda mejorarse la calidad subjetiva de la práctica, y no solamente dirigirla a la aplicación rígida de protocolos biológicos. El problema del actual modelo médico es su incapacidad estruc-



tural para adaptarse al cambio entre una demanda legitimada por el riesgo de la muerte a otra que busca la reducción del riesgo o la gestión del sufrimiento a medio o largo plazo¹⁴. Es el fruto de haber abandonado, históricamente hablando, los criterios de co-producción de saberes con los profanos que les ha llevado a los profesionales a infravalorar su papel y su conocimiento respecto a la salud y a alentar su dependencia¹⁵. En el tercer mundo los movimientos alternativos son hoy formas de organización y resistencia que permiten reinventar estructuras de producción de conocimiento colectivo que resuelvan las carencias de los dispositivos¹⁶. Paradójicamente, aquí hay poca investigación etnográfica sobre las relaciones entre los ciudadanos, los profesionales y las instituciones¹⁷, y menos aún sobre diversidad cultural y construcción de significados culturales que traten de comprender la complejidad de las identidades múltiples de los ciudadanos de una sociedad moderna¹⁸.

Cultura y salud mental

Las migraciones han sido tradicionalmente consideradas por la psiquiatría como un factor de riesgo para la salud mental. Estudios de la primera mitad del siglo XX sugerían mayor incidencia de enfermedad mental entre inmigrantes recién llegados a Norteamérica, aunque más tarde los estudios epidemiológicos dieron resultados contradictorios. Algunos encontraron mayores tasas de morbilidad entre inmigrantes¹⁹⁻²¹, otros entre población autóctona^{22, 23}. Queda un debate abierto, pero en la España actual la salud mental de los inmigrantes ha sido considerada prioritaria²⁴. Contrasta este interés, probablemente interesado, si consideramos que los fuertes procesos emigratorios del pasado siglo apenas generaron investigación al respecto²⁵. Solían ser observaciones sobre emigrantes retornados, como es el caso de la topografía médica de Corvera de Asturias por José Villalaín²⁶, de 1924, o el informe de 1967 de Manuel Cabaleiro Goas²⁷. En los setenta, en ple-

no flujo migratorio interno, el Congreso Nacional de Psiquiatría de 1973 y el de la Sociedad Española de Psiquiatría en 1979, discutían la problemática de los retornados y reclamaban la importancia de la psicología, la psiquiatría social, la antropología y la sociología en el estudio de las enfermedades mentales, sin que ello tuviese ningún efecto sobre la formación futura de los psiquiatras y psicólogos clínicos.

Las reformas psiquiátricas de los ochenta del pasado siglo se centraron en el despliegue de un dispositivo de *administrative psychiatry*, más o menos calcado del modelo de jerarquización y escalonamiento de los dispositivos de atención somática. Se trataba de acercar el dispositivo a los ciudadanos a partir de una concepción clínica de la asistencia. Este modelo no significaba realmente “trabajo comunitario”, sino simplemente poner antenas “en la comunidad administrativa”, y no exigía por ello formación específica en ciencias sociales. Remitida la emigración, tampoco esta problemática se desarrolló específicamente.

En cambio, en los noventa, y también en Barcelona, aparece una de las primeras y más relevantes publicaciones sobre salud mental e inmigración llegada a Cataluña por parte de un equipo investigador liderado por Tizón y formado por psiquiatras y psicólogos (Tizón et al, 1993), en su mayoría de formación psicoanalítica. Publicaron los resultados de investigaciones sobre inmigrantes –del resto del estado– realizadas en los centros de atención primaria de la red pública en Barcelona que compararon con estudios internacionales, de los cuales se muestra un amplio estado de la cuestión. Algo más tarde, en la I Reunión Internacional en España sobre inmigración que se realiza en Granada en 1997, se expone la problemática de la salud mental y los inmigrantes por parte de científicos extranjeros que no reflejan la realidad española. El cambio de siglo supone una ruptura, creemos que irreversible, con un rápido crecimiento del interés acerca del tema por parte de los profesionales que ha dado lugar a numerosas ponencias, mesas redondas y acciones de sensibilización. Este giro está directa-



mente relacionado con la demanda creciente de consultas por parte de la población inmigrante.

En el año 2000 se celebró un primer simposio dedicado a la Psiquiatría Transcultural en el Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en Santiago de Compostela²⁸. Organizada por psiquiatras y antropólogos, fue la primera vez que en España se situaba el tema en el centro del debate. Las publicaciones menudean después y son numerosos los servicios que se han abierto para atender esta problemática.

La producción científica puede clasificarse en tres grandes grupos: artículos de opinión, epidemiológicos y los que refieren a cuestiones asistenciales. Mientras que los primeros resaltan la relevancia del tema, los estudios epidemiológicos descriptivos en centros de salud o en hospitales comparan tasas de prevalencia de trastorno mental entre inmigrantes y autóctonos o motivos de consulta, pero en general son realizados sobre muestras muy reducidas y ponen de relieve la deficiente recogida de datos sociodemográficos sobre población extranjera en los servicios. Ello impide llegar a conclusiones rigurosas. Por fin, los que refieren a cuestiones asistenciales son cada vez más numerosos y plantean las dificultades de la valoración clínica y del tratamiento derivadas de barreras tales como el desconocimiento del lenguaje, las diferentes creencias sobre la enfermedad según el universo cultural del paciente, la validez de los instrumentos diagnósticos, las diferentes respuestas a los fármacos según las etnias, y la contratransferencia que vendrá dada por el grado de aculturación del inmigrante.

La misma tendencia se observa en la creciente participación de España en proyectos europeos comparativos que, además de analizar la situación en nuestro país, están dirigidos a proponer y promover el intercambio de conocimiento y de experiencias llevadas a cabo en otros países de nuestro entorno. Entre estos estudios destaca la publicación del libro *All for Health, Health for All* (2000) fruto de un proyecto europeo contra las prácticas discriminatorias en la atención sanitaria a inmigrantes, en el

que se describen experiencias respecto a la inmigración y a su repercusión en el ámbito sanitario de tres países, Italia, Bélgica y España. En lo relativo a salud mental, el informe *Good practices in mental health and social care provisions for asylum seekers and refugees* partía de un enfoque normalizador para examinar los problemas y necesidades de estas poblaciones, a la vez que retrataba el estado de la asistencia en salud mental a la diversidad cultural en cuatro países europeos, dos representantes del norte, Holanda y Reino Unido, y dos del sur, Portugal y España. En el caso de España la población objeto de estudio fue la población inmigrante en general, si bien se hace referencia particular a aquellos casos que atañen de forma específica a refugiados y solicitantes de asilo. Estos proyectos muestran cómo en nuestro país se está tratando con un fenómeno nuevo que contrasta con las experiencias de otros países con una más larga tradición de recepción y acogida. No obstante, nuestros esfuerzos de universalización del acceso a los servicios sanitarios han sido positivamente valorados por los países más veteranos en la materia.

En general, la literatura al respecto pone de manifiesto que, mientras las variables étnicas y culturales tienen una relevancia fundamental en aspectos ligados a la asistencia sanitaria y en las diferentes formas de expresión de la enfermedad, la patología mental está –como no podía ser de otra manera– más ligada a las difíciles condiciones sociales en las que se realizan las migraciones económicas contemporáneas, y a los condicionantes políticos que suponen, en muchos casos, una agresión contra los derechos humanos fundamentales. Estas razones conducen a duelos complicados que influyen negativamente en la salud mental, situaciones en las que la patología sería considerada una reacción “normal” ante una situación “anormal”²⁹.

Refugiados e ilegales

Si bien las razones que llevan a abandonar el país de origen y las condiciones en las que se



realiza el viaje migratorio y el establecimiento en el país receptor son diferentes en cada caso individual, sí que podemos, en base a estos criterios, diferenciar dos grupos especialmente vulnerables entre la población inmigrante: los refugiados y los ilegales. Téngase en cuenta que el solapamiento entre estos dos grupos de población es frecuente. En muchos casos, como consecuencia de las políticas de asilo europeas cada vez más restrictivas y especialmente en España, muchos solicitantes de asilo a quienes les es denegado el estatuto de refugiado se convierten automáticamente en ilegales.

A diferencia de otros países europeos, los refugiados en España son un porcentaje menor de la población extranjera por razones político-administrativas. La tasa de resoluciones favorables de asilo está por debajo del 10%³⁰, y en 2005 fue sólo el 6,2% de las solicitudes presentadas³¹. Una parte significativa de esta población queda oculta por las dificultades de legalización o por haber accedido a la regularización a través del Régimen General de extranjeros.

Existe una amplia literatura sobre el estado de salud de este colectivo liderada por los países con larga experiencia como Canadá, Australia, Estados Unidos y los países del norte de Europa. Por la mayor exposición a experiencias traumáticas en las que tiene lugar su huida, la mayoría de estudios hacen referencia a la salud mental, siendo el trastorno de estrés postraumático (TEPT) el más comúnmente diagnosticado en población refugiada. Éste se incluyó en el DSM-III en 1980 tras la guerra de Vietnam, pero tiene sus antecedentes en las nociones de neurosis de guerra o neurosis de estrés de largo rai-gambre en la nosografía psiquiátrica clásica. Sin embargo, no existen estudios sobre su prevalencia en población refugiada en España. De hecho, la literatura sobre salud mental y refugiados residentes en nuestro país es prácticamente inexistente –la información sobre su estado de salud probablemente queda dispersa en los estudios sobre población inmigrante–, y solamente hallamos algunas aportaciones de psiquiatras españoles que han participado como cooperantes en el extranjero.

Los ilegales, indocumentados o bien autodenominados “sin papeles”, cuya mayor proporción entre los países de la UE, según diversas estimaciones, se encuentra en España, coinciden con los refugiados o solicitantes de asilo en su mayor exposición a experiencias generadoras de estrés. A los estresores clásicos ligados a la migración se añaden otros particulares como son la incertidumbre prolongada sobre el futuro y la restricción de la propia libertad. El impacto que las políticas que limitan el acceso a la vivienda, la educación, la salud y el trabajo y las experiencias de discriminación tienen sobre la salud mental de los refugiados e ilegales han sido estudiadas por Silove y Steel³² en Australia y Vanessa Harris³³ en Holanda, entre otros. En España, el miedo y el desconocimiento sobre el sistema de salud constituyen las dos principales barreras de acceso de los inmigrantes ilegales a los servicios sanitarios.

La falta de sensibilidad cultural de los servicios generales ha dado lugar a la creación en algunas localidades de servicios públicos especializados y a la provisión de esta ayuda por parte de organizaciones no gubernamentales. En salud mental han surgido en la ciudad de Barcelona durante la década de los 90 dos servicios³⁴ de asistencia psicológica y psiquiátrica al inmigrante dirigidos por equipos multidisciplinares, estando motivada la realización de ambos proyectos por la sensibilidad y el interés personal de ciertos profesionales. En la actualidad estos servicios siguen funcionando, si bien el objetivo de uno de ellos, el Servei d'Atenció i Tractament a la Migració (SATMI) no es tanto el de crear un dispositivo de asistencia paralelo que promueva la segregación, sino más bien el de servir de soporte para facilitar la integración del inmigrante. Por ello sus servicios se definen como un recurso de interconsulta del que el médico regular puede hacer uso derivando a su paciente de forma temporal/puntual cuando surge un problema que no tiene capacidad de resolver –debido mayormente a la falta de formación específica.

Varias ONG y asociaciones de inmigrantes³⁵ han absorbido la demanda sanitaria de aquella parte de la población foránea que, por un lado, se



encuentra en situación ilegal y desconfía de las consecuencias que puede tener el acceso a los servicios sanitarios públicos, y por otro, de aquellos que no han obtenido una atención adecuada a sus necesidades en la red pública. Según el informe *Buenas prácticas en salud mental y servicios sociales para inmigrantes, solicitantes de asilo y refugiados* se realizan derivaciones desde el sistema público de salud a ONG con servicios de atención psicológica, y los usuarios muestran su preferencia por este tipo de atención. Sin embargo, se trata de programas a corto plazo, con una duración anual, de lo que se derivan desventajas por su posición marginal respecto a los servicios públicos regulares. Entre estas desventajas podemos señalar la presión a la que el servicio se ve sometido para mostrarse como exitoso en un corto período de tiempo y las dificultades para reclutar profesionales con contratos de corta duración, lo que da lugar a la utilización de un importante porcentaje de voluntariado en sus equipos.

Como parte esencial del proceso de integración de esta nueva población, el sistema público de salud se enfrenta al reto de ajustarse y adaptarse a ciertas necesidades, no totalmente nuevas, para poder suministrar la atención adecuada a estos colectivos cuyas demandas están aún siendo canalizadas por recursos paralelos. Si bien la creación de servicios especializados no es el camino a seguir, por lo que comentaremos inmediatamente, pueden ser de utilidad inicial como instrumentos para facilitar la transición hacia una atención culturalmente competente.

COMPETENCIA, (IN)COMPETENCIA CULTURAL Y BUENAS PRÁCTICAS

«The following national standards issued by the U.S. Department of Health and Human Services' (HHS) Office of Minority Health (OMH) respond to the need to ensure that all people entering the health care system receive equitable and effective treatment in a culturally and linguistically appropriate man-

ner. These standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) are proposed AS A MEANS TO CORRECT INEQUITIES that currently exist in the provision of health services and to make these services more responsive to the individual needs of all patients/consumers. The standards are intended to be inclusive of all cultures and not limited to any particular population group or sets of groups; however, they are especially designed to address the needs of racial, ethnic, and linguistic population groups that experience unequal access to health services.»

Esta fue la respuesta del gobierno en Estados Unidos al problema de la atención a la diversidad cultural, un fenómeno cada vez más relevante en un país donde la minoría *Spanish* está superando en cuantía a la afroamericana y donde se puede vivir en castellano en muchos estados y en la propia Nueva York. Hace referencia a la necesidad de “acreditar culturalmente” aquellos hospitales públicos receptores de subvenciones federales. El objetivo es mejorar la equidad en la atención y proteger a los profesionales y a las instituciones ante situaciones de mala práctica derivadas de fallas en la comunicación, que abogados avisados de las propias minorías étnicas pueden judicializar en busca de indemnizaciones.

Tras esta política de acreditaciones subyace el concepto de *competencia cultural (cultural competence)*, que aparece reiteradamente en la literatura biomédica norteamericana desde hace años, y revela un cambio en la conciencia de los profesionales y de los responsables políticos respecto a la diversidad cultural. Esa polémica está vinculada al debate jurídico-político sobre los derechos de las minorías en el estado liberal.

Amplios sectores tanto de la medicina como de las ciencias sociosanitarias son hostiles al concepto de competencia cultural y con razones suficientes. Entienden, y también nosotros, que las concepciones categoriales de cultura como “*spanish*” o “*afro-american*” son una puerta abierta a la discriminación y favorecen los *ghet-*

tos y el pensamiento racista. Lo mismo sucede con las etiquetas religiosas: teóricamente en España el 90% de los ciudadanos está administrativamente bautizado, pero apenas un 10% son practicantes; por eso no se puede etiquetar a priori de “católico”, sino que hay que distinguir entre “practicante” o no, y entre los primeros no tienen nada que ver los afiliados al *Opus Dei* o los que apoyan la teología de la liberación. Lo mismo sucede con el “islamismo” o con los “judíos”, muchos de los cuales no han pisado la sinagoga en su vida.

Dicho esto, es obvio que una atención de calidad en cualquier dispositivo debe resolver los problemas elementales de comunicación lingüística con el objeto de garantizar que el paciente y su entorno sepan qué se hace con ellos. Es de cajón que las administraciones han de facilitar la traducción en la relaciones clínicas o editar, en lenguas diversas, la documentación clínica que firma el enfermo a su ingreso, han de asegurar el derecho del enfermo a ser informado adecuadamente y de forma que pueda entenderlo. Eso forma parte de la responsabilidad profunda de un sistema público de atención universal. No es de recibo el caso lamentable de la muerte de un infante magrebí en el servicio de urgencias del Hospital de Melilla hace unos años, que fue despachado sin más por la ministra de turno, insinuando que la culpa era de la madre que no hablaba español... La incompetencia cultural de la ministra ponía en cuestión el derecho a la asistencia y revelaba por parte de las autoridades su ignorancia, desidia, falta de responsabilidad y desinterés hacia el fenómeno más significativo de carácter social y cultural al que se ha visto confrontada la sociedad española.

También puede ser necesario, *en etapas iniciales del proceso migratorio*, asegurar la asistencia de mediadores culturales que permitan un nivel de traducción e interpretación cultural con ciertas garantías de seriedad. Pero estamos hablando de una casuística muy concreta. A medida que el inmigrante se asienta, adquiere cierta competencia lingüística con las lenguas vehiculares, y aprende a negociar con las insti-

tuciones y los profesionales, su papel deja de tener sentido, y los procesos de mediación se trasladan a otros niveles del entorno o de la red social del propio paciente, exactamente como ocurre con nuestra ciudadanía: ¡cuántas veces en pacientes de origen rural sacerdotes u otros notables locales han mediado para facilitar la asistencia!

Resolver esos puntos de acreditación cultural de las instituciones no excluye la responsabilidad de los profesionales y de las administraciones de asumir el cambio cultural que significa atender a *toda* la diversidad cultural y social –*a la de todos los ciudadanos*. Para eso no son necesarios sólo formularios comprensibles en catalán, checo o urdu, sino el aprendizaje de una especial sensibilidad –desde los celadores, a los especialistas y al personal administrativo–, de modo que la urbanidad indispensable para la cohesión como sociedad se aplique *a todas las circunstancias y todas las personas*. La competencia cultural no es sólo “competencia lingüística” o “competencia jurídica”; es “profesionalidad”, hasta el punto de que el más racista de los racistas deba atender adecuadamente, en su lugar de trabajo, a una persona de otro origen.

En este punto puede comprenderse la falacia de la idea de “competencia cultural” y la hostilidad de los antropólogos norteamericanos al respecto. Es cierto que, en su modestia, la acreditación cultural tiene la virtud de ampliar ese espacio a variables de naturaleza cultural, y es una llamada de atención respecto a los derechos de las minorías, pero acaba dando lugar a protocolos mecánicos y reduccionistas que terminan siendo contraproducentes.

En la literatura sanitaria europea el concepto de *cultural competence* ha llegado apenas, puesto que nuestro Estado del Bienestar, basado en el derecho al acceso universal a la salud con independencia de la variabilidad cultural del ciudadano resuelve, al menos sobre el papel, el uso de los servicios, aunque no los efectos de la diversidad cultural sobre un sistema, cuyo proyecto fundacional era y es radicalmente igualitarista e imaginado para una población culturalmente homogénea y cada vez más secularizada.



Amparada en este principio, que le permite trazar políticas públicas idiosincrásicas, la filosofía y la práctica política europea suele ser reacia a introducir lo cultural³⁶, incluso en contextos, como el catalán, que deberían ser más sensibles a la variabilidad cultural. Así, en los *Plans de Salut (Health Plans)* bianuales de la Generalitat de Catalunya, el principio de la “salud igual para todos” parece excluir para siempre cualquier atisbo de discriminación por razones étnicas, culturales o religiosas, lo mismo que la Constitución española³⁷ y la Ley General de Sanidad de 1986, pero la realidad es más tozuda que la escritura leguleya y tanto en *welfare states* como en los que carecen de él, la discriminación y la falta de equidad, y las desigualdades de acceso asociadas a variables culturales, identitarias o lingüísticas son un hecho cotidiano por acción u omisión, puesto que los proveedores de los servicios, las instituciones y los profesionales construyen ellos mismos sus propias culturas institucionales y corporativas en las que se proyectan no sólo los perfiles profesionales, sino también las identidades múltiples de sus miembros. Ahora, los inmigrantes ponen de manifiesto que “su diversidad” no es únicamente “suya”, sino que es compartida también por el conjunto de la ciudadanía, en la medida en que la demanda de servicios es ahora matizadísima y diversa, del mismo modo que es diversa la economía post-fordiana. Ante esta situación el peligro está en pensar que los malestares de la ciudadanía no son culturalmente diversos y que pueden reducirse a “ansiedad” y “depresión” y tratarse dentro del modelo médico estándar, mientras que son singulares los de los inmigrantes, aun cuando el mayor interés sería verlos reducidos también a “ansiedad” y “depresión”.

La superación del concepto de *competencia cultural* debe partir de la revisión de las concepciones taxonómicas de “cultura”, en la cual incluso los politólogos más abiertos como Kymlicka se sienten más cómodos, y el acercamiento a las concepciones fluidas de la cultura en la línea de lo señalado desde los *post-colonial studies* o de la literatura sobre el *embodi-*

*ment*³⁸. Por eso, más que pensar la acreditación en términos de asegurar el conocimiento de las taxonomías culturales, o de disponer de los recursos de traducción, por otra parte indispensables, el problema remite a cambios sustanciales en las *abilities*, a la de *agency* y a la de *profesionalidad*, necesarias para una concepción de *cultura* flexible y en constante construcción y deconstrucción, capaz de responder a la variabilidad y la complejidad de las *identidades* en un universo esencialmente mestizo, en el que la producción de *etnoscaapes* es un fenómeno constante atrapado en historicidades particulares, y por tanto sometido a procesos transaccionales permanentes que a su vez constituyen formas de saber, saberes o formas de *agency*. En este ámbito se trata de plantear *anthropological abilities* en la práctica profesional para acabar con las situaciones de desconcierto ante la diversidad cultural y mitigar las respuestas situadas en la banda discriminatoria del espectro aludido. En una comunicación destinada a una reunión profesional de médicos de familia, Xavier Allué³⁹ lo sintetiza así:

“El médico debe tener una percepción de su propia cultura y su status y de las diferencias en control y poder existentes en la relación médico/paciente, y un conocimiento básico de cómo la teoría y la práctica de la Medicina están condicionadas culturalmente, de la existencia de fenómenos de exclusión (racismo), de las diferencias en las estructuras familiares y los diferentes roles asumidos por los miembros de las familias en las diferentes culturas, los factores sociopolíticos que repercuten sobre la existencia de los pacientes y de los síndromes o enfermedades culturalmente construidos (“culture-bound syndroms”). Además debe adquirir habilidades o destrezas que le permitan comprender los modelos explicativos de la enfermedad de los pacientes, ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas. Entre sus cualidades se



deben incluir la empatía, el respeto, la capacidad de inspirar confianza, la comprensión y establecer lazos que faciliten la colaboración, que proporcionen esperanza y ánimo y que permitan al paciente asumir el control propio de su proceso (“empowering”).

De un médico y destinado a médicos, se trata de, a partir de la toma de conciencia de los médicos por la novedad de la presencia de extranjeros en las consultas, derivar esa toma de conciencia, inicialmente identificatoria, hacia un modelo mucho más comprensivo del contexto cultural y de la diversidad de todos sus pacientes. Y aunque para muchos antropólogos esta propuesta estaría aún demasiado cerca de un concepto taxonómico de cultura, no debe olvidarse que resulta difícil, desde un punto de vista pedagógico y en este momento histórico, explicar a profesionales sanitarios con una formación radicalmente neopositivista y taxonómica y en el que sólo algunos han desarrollado una conciencia de la diversidad cultural, asumir que las nuevas concepciones de lo cultural exigen imperativamente deconstruir sus propias identidades y en algunos sentidos su propia racionalidad.

NOTAS

1. Tampoco la creciente presencia de inmigración golondrina en forma de millones de turistas extranjeros desde 1960 tuvo ningún efecto. En este caso porque la mayor parte de la demanda de atención correspondía a urgencias y a un contacto muy episódico del paciente con los dispositivos.
2. Castel R. *Les Métamorphoses de la Question Sociale. Une Chronique du salariat*. París: Fayard, 1995.
3. Castiñeira A (comunicación personal).
4. Hurtado I. De inmigrantes y extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales. *Actas del X Congreso de Antropología. Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Sevilla. Septiembre 2005. Universidad de Sevilla. Fundación El Monte.
5. La bibliografía sobre migraciones y salud en España está recogida de manera bastante exhaustiva hasta 2000 en dos compilaciones bibliográficas:

- Perdiguero E, Comelles JM, Erkoreka A. Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000). En: Perdiguero E, Comelles JM (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000; 353-446; y Comelles JM, Mascarella L, Bajardí F, y Allué X. International Migration and Health Care Policy in Spain. En: Vulpiani P, Comelles JM y van Dongen E (eds). *Health for All, All for Health. European experiences of health care for migrants*. Perugia: Cidis Alisei, 2000; y en relación a la salud mental, Bernal M, Comelles JM. Los trastornos mentales y los nuevos retos sociales: la inmigración. *Monografías de Psiquiatría* 2004; 16 (3): 46-51. Estos repertorios no incluyen la bibliografía de carácter puramente clínico. Un buen estado de la cuestión está en los informes SESPAS.
6. Comelles JM, Mascarella L, Bajardí F, y Allué X. *Op. cit*, 2000.
 7. Balanzó X, Faixedas MT, Guayta R, et al. *Els immigrants i la seva salut*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona: Centre d'Estudis Col·legials i Servei de Responsabilitat Professional, 2003 (*Quaderns de la Bona Praxi*, 16).
 8. Ballús C. Psiquiatría y migración. *Rev Dep Psiquiatr Fac Med Barc* 1990; 17: 243-244.
 9. Véase Comelles JM, Perdiguero E, Martínez-Hernández A. Topographies, folklore and medical anthropology in Spain. En: Saillant F, Genest S (eds). *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns*. Malden, Ma: Blackwell, 2007; 103-121.
 10. Sobre las bases teóricas ver Bhabha, HK. *El lugar de la cultura*. Buenos Aires: Manantial, 1994, 2002; Appadurai A. *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris: Payot, 1996, 2001; o en política Kymlicka W. *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Barcelona: Piados, 1995, 1996.
 11. Este problema fue detectado en los sesenta y dio lugar a la literatura y los posicionamientos respecto a la idea de participación ciudadana en salud, cuyos límites ha examinado recientemente Serapioni M. *La participación de los ciudadanos en el ámbito de la salud. Experiencias europeas*. Tesis de doctorado. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2003. La evolución de un modelo de participación, más o menos colectivo, a nuevas formas de participación, mucho más cualitativa, ha sido examinada por Canals Sala J. *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en el estado del bienestar*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2002.
 12. González Chévez L. El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colec-

- tivo de mujeres del subproletariado urbano. Tesis de doctorado. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1998; Osorio Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles. Tesis de doctorado. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 1998.
13. Canals, 2002, *Op cit.*
 14. La estrategia de los *hospice* como dispositivos de cuidados paliativos se plantea como una atención a término, siempre en un relativamente corto plazo, pero no sucede lo mismo cuando la experiencia del dolor se prolonga años y años. Ver al respecto Allué Martínez M. La douleur en direct. *Anthropologie et Sociétés* 1999; 23: 117-136.
 15. Para una crítica, ver sobre todo Allué Martínez M. *DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Bellaterra, 2003; y Canals (2002), *Op. cit.* desde la perspectiva del derecho de los usuarios.
 16. Ver, por ejemplo, las formas de organización de las mujeres en América latina en Osorio (1998) *Op. cit.*, y González Chévez (1998) *Op.cit.*
 17. Las revistas *Health* y *Sociology of Health and Illness* vienen publicando artículos sobre esta temática desde hace algunos años.
 18. Ver a este respecto Comelles JM, Dongen Ev (eds). *Themes in Medical Anthropology*. Perugia: Fondazione Angelo Celli Argo, 2002; y Dongen Ev, Comelles JM. *Medical Anthropology and Anthropology*. Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2001, en el que hay bastantes aportaciones sobre casos europeos.
 19. Ödegaard Ö. Emigration and insanity: a study of mental disease among the norwegian born population of Minesota. *Acta Psychiatr Neuro Scand* 1932; 4 (7): 1-206.
 20. Mc Donald R, Vechi C, Bowman J, Sanson-Fisher R. Mental health status of a Latin American community in New South Wales. *Aust NZ J Psychiatry* 1996; 30: 457-62.
 21. Hitch P, Rack PH. Mental illness among Polish and Russian refugees in Bradford. *Br J Psychiatry* 1980; 137: 206-11.
 22. Vega WA, Kolody B, Aquilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (9): 771-8.
 23. Escobar JI, Nervi CH, Gara MA. Immigration and mental health. Mexican Americans in the United States. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 8: 64-72.
 24. Jansà JM y García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (Supl): 207-213.
 25. Para más detalle ver Bernal y Comelles. “Los trastornos mentales y los nuevos retos sociales: la inmigración”. *Monografías de Psiquiatría* 2004; N° 3 Año XVI: 46-51.
 26. Villalaín J. Topografía Médica del Concejo de Cuera de Asturias. Premio Real Academia de Medicina 1924. Premio García Roel. Madrid: Imprenta de la Ciudad Lineal, 1925.
 27. Cabaleiro M. Síndromes psicopatológicas condicionadas pola inmigración e emigración. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1997.
 28. González E, Comelles JM. *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.
 29. Watters C, Ingleby D, Bernal M, de Freitas C, de Ruuk N, van Leeuwen M, y Venkatesan S. Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees. Final Report for the European Commission (European Refugee Fund). Canterbury: University of Kent, 2003. Disponible en www.ercomer.org/staff/ingleby.
 30. UNHCR. Asylum applications lodged in industrialized countries: Levels and trends 2000-2002. Ginebra: Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, 2006. www.unhcr.ch
 31. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario Estadístico de Extranjería* (2005). Disponible en: www.mtas.es
 32. Silove D, y Steel Z. The mental health and Well-being of On-shore asylum seekers in Australia. Psychiatry Research and Teaching Unit, University of New South Wales, Liverpool, Australia, 1998.
 33. Harris V. Aan de rand. Ervaringen van illegale immigranten met tuberculose in de Nederlandse gezondheidszorg. *Cultuur migratie gezondheid* 1998; 1 (3): 2-13.
 34. Los dos servicios a los que aquí nos referimos son el Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats (SAPPiR) y el Servei d'Atenció i Tractament de la Migració (SATMI).
 35. En el informe Bernal M. (2003). “Good practices in mental health and social care provision for refugees and asylum seekers. Report on Spain”, en Watters C e Ingleby D. *Good practice in mental health and social care for asylum seekers and refugees. Final Report*. Disponible en www.ercomer.org, el trabajo de campo realizado en las ciudades de Barcelona y Madrid encontró para asistencia sanitaria general a Cruz Roja y la asociación de inmigrantes Karibu, y en salud mental la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), el Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en España (COMRADE), Cruz Roja, la Asociación Cultural para Colombia y Latinoamérica (ACULCO), y Exil, entre otras.

36. Una comparación entre España y los Estados Unidos en torno a las problemáticas de la diversidad cultural está en Greenwood DJ y Greenhouse CJ (comps). *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*. Madrid: UNED, 1998; y en Greenhouse CJ (comp). *Democracy and Ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*. Albany: State University of New York Press, 1998.
37. Para el papel de lo cultural en la Constitución española de 1978 ver Prieto de Pedro J. *Cultura, Culturas y Constitución*. Madrid: Congreso de los Diputados /Centro de Estudios Constitucionales, 1992.
38. Csordas TJ (comp.). *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
39. Allué X. *La competencia cultural de los médicos de Asistencia Primaria*. XV Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Peñíscola, 22 y 23 de mayo de 2003.