

INMIGRANTES EN EL SECTOR DE LA SANIDAD: ¿ACCESO UNIVERSAL O PROBLEMA CULTURAL?

Ricard Zapata-Barrero

Profesor Titular de Ciencia Política. Director del Grupo de Trabajo sobre Política e Inmigración (SEC2000-534)
 Departament de Ciències Polítiques i Socials. Universitat Pompeu Fabra. Ramon Trias Fargas, 25-27
 08 005 Barcelona - Tel. 93-542 23 71/26 86
 Correo-E.: ricard.zapata@cpis.upf.es

0. PRELIMINARES

¿Cuáles son los problemas que los principales actores comprometidos consideran básicos para acomodar a los inmigrantes en el sector de la sanidad?

Este artículo tratará globalmente de ofrecer elementos que nos permitan responder, o al menos profundizar las reflexiones que suscitan esta pregunta. Trataré a la sanidad como uno de los sectores públicos afectados por el fenómeno de la inmigración. Como tal, abordaré el tema situándome en este sector *hacia fuera* y no *hacia dentro* como seguramente lo tratarán en profundidad las otras colaboraciones. Esto significa que enfocaré la relación entre la sanidad y los inmigrantes como un ejemplo concreto de las relaciones que mantienen los inmigrantes con las diferentes esferas públicas de nuestra estructura básica (por ejemplo, los sectores de la vivienda, del trabajo, de la educación, de la seguridad, de la cultura, etc.).

Mi intención concreta es presentar algunos resultados de una investigación empírica financiada por la *Fundació Jaume Bofill* (finalizada en marzo de 2000), cuyas conclusiones completas han aparecido bajo forma de libro con

el título *L' hora dels immigrants: esferes de justícia i polítiques d'acomodació* (Barcelona: Centre d'Estudis de Temes Contemporanis/Proa). En dicho estudio entrevisté a 53 actores comprometidos con el tema de la acomodación de los inmigrantes cuyo ámbito de actuación incluyera la ciudad de Barcelona. La tipología de actores fue la siguiente:

Tipo Actor 1: Asociaciones de inmigrantes y ONG

Tipo Actor 2: Partidos políticos con representación municipal

Tipo Actor 3: Organizaciones de interés (patronal, confesiones religiosas, sindicatos)

Tipo Actor 4: Unidades de la Administración pública del Ayuntamiento de Barcelona

Me interesaron especialmente las percepciones subjetivas de dichos actores sobre cuestiones relacionadas con la acomodación de los inmigrantes, con el objetivo de inferir al final de estudio las recomendaciones básicas.

En este artículo mi intención es presentar aquellos resultados relacionados con la sanidad que considero que podrían interesar a los profesionales del sector. Abordaré específicamente la relación entre

sanidad, inmigración y acomodación. Pero antes es necesario situar brevemente las «lentes» que utilizo para analizar estas cuestiones: a saber, un enfoque politológico.

1. ENFOQUE POLITOLÓGICO PARA ABORDAR EL TEMA DE LA ACOMODACIÓN DE LOS INMIGRANTES

Desde mediados de los años ochenta se está produciendo un cambio cualitativo importante en España respecto a la inmigración: la presencia cada vez más importante de inmigrantes no comunitarios procedentes de países en vías de desarrollo. Este proceso creciente presenta problemas políticos y administrativos para gestionar sus demandas (derechos, culturales, religiosos, lingüísticos, etc.). Esto se debe, sobre todo, a que al diseñar nuestras instituciones públicas nos hemos despreocupado de construir una estructura básica institucional que tenga en cuenta a los inmigrantes. En gran medida, los inmigrantes se han concebido tradicionalmente o bien como «de fuera» (*outsiders*), que regresarían a sus países de origen, o bien como potenciales

ciudadanos. Esta situación es hoy en día diferente. Se reconoce que están para quedarse y que también desean mantener y transmitir sus formas de vida. En resumen, la inmigración se ha convertido en uno de los problemas estructurales más importantes para nuestro Estado de Bienestar y nuestra tradición liberal y democrática.

En este contexto de cambio social y estructural existe una cierta *desorientación práctica* y una *confusión teórica*, en parte justificadas por tratarse de un fenómeno emergente. Una cierta *desorientación práctica* en tanto que gran parte de los actores comprometidos con la acomodación de los inmigrantes (incluyendo a las instituciones públicas) comparten mejor «lo que no debe hacerse» que «lo que debe hacerse». Una cierta *confusión teórica* en el debate actual, porque se tiende a formular, aunque sea implícitamente, teorías universalistas (pretenden que sus teorías se pueden aplicar a todos los sectores públicos) y parciales (se centran en propuestas de acomodación en un sector público determinado, como la sanidad, el trabajo, la vivienda, la educación, pero sin visión global de conjunto), sin una sensibilidad transversal entre sectores públicos.

El enfoque politológico que propongo para abordar estas cuestiones se sitúa en este contexto. Articula sus argumentos a partir de cuatro premisas fundamentales:

(1) **En primer lugar**, la unidad

de análisis de este enfoque es la relación entre inmigrantes e instituciones públicas. Denominamos concretamente esta relación como *esfera pública*. La importancia de esta relación para el inmigrante es, diría, vital: podríamos trazar la biografía de un inmigrante desde que llega a nuestras ciudades y constatar cómo sus expectativas de vida están directamente relacionadas con las relaciones (y tensiones) que tiene con nuestras esferas públicas (la sanidad, el trabajo, la educación, la vivienda, etc.).

(2) **La segunda premisa** del enfoque politológico que propongo es una concepción compleja y pluralista de la acomodación. Esto significa, como ya he tenido ocasión de subrayar anteriormente, que no existe una única manera de formular políticas de acomodación, sino varias, dependiendo de dos factores básicos: la esfera pública donde se implementan y las propiedades distintivas del inmigrante. Esta premisa incide, pues, en que las dos preguntas básicas que deben preceder todo diseño de políticas de acomodación es el *dónde* se aplica (en qué esfera pública) y a *quiénes* va destinada (a los inmigrantes solamente o a los inmigrantes y ciudadanos: y dentro de los inmigrantes, a qué nacionalidad, puesto que existen «costos de acomodación» según la nacionalidad de procedencia; esto es, las dificultades concretas que puede tener un inmigrante para acomodarse dependen de la distancia que percibe entre su cultura

ra y la cultura de recepción).

(3) **Como tercera premisa**, la concepción que defendemos de 'acomodación' (siguiendo el sentido común, nuestro mejor aliado en estas cuestiones tan complejas) es simplemente que el inmigrante se sienta 'cómodo' al relacionarse y al actuar con nuestras esferas públicas. Esto es: *un inmigrante está acomodado cuando no tiene necesidad de legitimar los problemas (conflictos y tensiones) que aparecen al relacionarse con las distintas esferas públicas por razones de su nacionalidad, cultura, religión o posición jurídica, sino que son problemas justificables como los de cualquier ciudadano*. Según esta definición, entendemos que el principio básico elemental que debe orientarnos para determinar si un inmigrante está acomodado es el de *no-discriminación* por su situación jurídica (*discriminación jurídica*), por su nacionalidad (*discriminación nacional*), por su cultura (*discriminación cultural*), por su religión (*discriminación religiosa*), también por su color de la piel u otros rasgos físicos que le diferencian de los ciudadanos (*discriminación física*).¹

(4) Como **cuarta premisa**, y de alguna forma como corolario de las tres premisas anteriores, toda política de acomodación debe conseguir que el inmigrante se sienta *autónomo* al actuar en las diferentes esferas públicas. Esto es, que tenga un *contexto de elección y de acción voluntarias* similar al de cualquier ciudadano. En otras palabras: si se produce una

¹ Podemos seguir la definición siguiente de *discriminación*, centrada en los efectos y aplicada al tema que nos ocupa: *la discriminación tiene como efecto limitar la acción pública del inmigrante por razones ajenas a su voluntad, vinculadas a su identidad jurídica, nacional, cultural, religiosa, o también física*.

situación donde el inmigrante percibe que tiene restricciones de elección y de acción por motivos diferentes a los que pueda tener un ciudadano, entonces, dicho inmigrante no se sentirá autónomo.

Para seguir presentando nuestro instrumental analítico, en la siguiente sección detallaré los tres modelos de acomodación que me servirán para discriminar en las respuestas recibidas los argumentos de los actores entrevistados.

2. INSTRUMENTAL ANALÍTICO: TRES MODELOS DE ACOMODACIÓN

Utilizando como indicadores la participación en las decisiones y la gestión política de la diferencia cultural y el carácter cultural de las diferentes esferas públicas, pueden precisarse tres modelos básicos de acomodación. Respectivamente, un modelo asimilacionista, integracionista, y autonómico. Para cada uno destacaré cuatro variables: (i) la posición que adoptan respecto a los dos indicadores; (ii) la preocupación básica que les caracteriza; (iii) el vínculo que establecen entre la teoría política y la política pública; y, por último (iv), el concepto básico que les identifica. Veamos los fundamentos que legitiman cada una de estas políticas de acomodación.

En el *modelo asimilacionista* no se expresa ninguna necesidad de variar los límites y el contenido actual de los valores que componen las diferentes esferas estructurales, eminentemente monoculturales o culturales autóctonas. Evidentemente, tampoco facilita la

participación de los inmigrantes en las decisiones y en la gestión política de la diferencia, en manos exclusivamente de los ciudadanos. La coexistencia entre inmigrantes y ciudadanos es percibida como competencia y, como tal, el grupo que dispone de más recursos para su supervivencia (el de los ciudadanos) podrá exigir a los otros las condiciones de acceso en las esferas públicas controladas por ellos mismos. En los términos de los dos indicadores, la asimilación puede definirse como decisión y gestión política de la diferencia en manos de la ciudadanía y como carácter monocultural de las esferas públicas. El inmigrante que quiera acceder a la ciudadanía deberá, por lo tanto, dejar para la esfera privada aquellas prácticas susceptibles de poner en tensión las ya establecidas. En términos políticos públicos, su forma pura se inclina por políticas genéricas; en términos teóricos políticos, no hay variación de la estructura básica. Como resultado, el inmigrante tan sólo tiene su esfera privada para expresar su autonomía. En las diferentes esferas públicas no es autónomo. Este modelo sólo defiende la intervención estatal cuando la cultura autóctona es vista como amenazada por cualquier forma de «invasor cultural». Podríamos decir que en la práctica este modelo se orienta por un *dejar hacer cultural*. Percibe al inmigrante eminentemente como portador de unos valores que «chocan» con nuestros clásicos valores liberales y democráticos. Su discurso sobre el pluralismo cultural sigue la lógica de la mayoría y de la minoría. Como con-

secuencia, su preocupación básica es la conservación de la identidad autóctona y su concepto preferido, cuando trata de temas de pluralismo cultural, es el de tolerancia.

El *modelo integracionista* compartiría con la orientación anterior la defensa de que la decisión y la gestión política de la diferencia permanezcan en manos de la ciudadanía, aunque admitiría algunas variaciones del contenido y de los límites culturales de las esferas públicas para permitir que ciertas prácticas de los inmigrantes tengan algún espacio. Independientemente del nivel donde se tomen las decisiones, se parte de la premisa de que ante la pregunta ¿quién decide, quién controla los límites y el contenido de las esferas públicas?, la respuesta será siempre la misma: el ciudadano. Se sigue que su centro de atención son las diferentes esferas públicas. Este reconocimiento institucional tiene como impulso el deseo de apaciguar el conflicto emergente entre la población autóctona y la inmigrante. Su discurso sobre el pluralismo cultural sigue la lógica de la inclusión y de la exclusión. Contempla que toda variación de esta relación debe tener como resultado un mayor grado de estabilidad y de cohesión social. Su concepto preferido al abordar el tema del pluralismo cultural es el de interculturalidad. En este caso, las esferas públicas podrían considerarse como interculturales, aunque este contenido y sus límites todavía estén controlados por la ciudadanía. Las demandas de los inmigrantes que consigan pasar el «filtro» del control ciudadano po-

drán, así, ser públicamente practicadas y reconocidas. La ciudadanía, no obstante, es quien en última instancia decide satisfacer o no dichas necesidades específicas de los inmigrantes. En contraste con la orientación anterior, la integracionista rechazaría la asimilación, pero exigiría a los extranjeros su *integración*. «Integración» porque, según el modelo, la ciudadanía estaría dispuesta a cambiar el carácter de sus esferas estructurales, «inter-culturalizarlas», si se le permite la expresión, pero sin posibilidad de participación directa en la gestión de la diferencia por parte de los inmigrantes. En definitiva, las decisiones políticas aún permanecerían exclusivamente en manos de los ciudadanos. En términos políticos públicos abogaríamos por políticas genéricas de acción específica; en términos teóricos políticos, apoyaría un cierto cambio de la estructura básica.

El *modelo autonómico* compararía con el integracionista la necesidad de crear esferas públicas sensibles a las prácticas distintivas de los inmigrantes. En tal caso, su exigencia sería de integración. Pero en contraste con las dos anteriores orientaciones, estaría dispuesto a que los mismos inmigrantes residentes permanentes (los *denizens*) pudieran también formar parte del grupo decisorio, o por lo menos, como gestor de la diferencia. Su centro de atención es que los inmigrantes tengan también medios de control de las decisiones sobre cómo gestionar las diferencias culturales. En este sentido, por su carácter participativo, este modelo fomentaría la autonomía plena de los inmigrantes. Se sigue

que su concepto preferido es el de autonomía. En una palabra, los inmigrantes podrían participar en la toma de decisiones y en la gestión del contenido y de los límites de las diferentes esferas públicas, como un ciudadano más. Su preocupación básica es mantener una representatividad social y política del pluralismo cultural (no es ni la conservación de la identidad autóctona, ni la estabilidad y cohesión social). Su discurso sobre el pluralismo cultural sigue, igual que el modelo integracionista, la lógica de la inclusión y de la exclusión, pero contemplaría que toda variación de esta relación debe ser el resultado compartido entre inmigrantes y ciudadanos. En términos políticos públicos abogaríamos más por políticas específicas; en términos teóricos políticos por una modificación profunda de la estructura básica.

En resumen, y en nuestros términos analíticos, el modelo asimilacionista no reacciona ante la presencia de los inmigrantes proclamando una modificación de la estructura básica, sino todo lo contrario. El inmigrante, si quiere acomodarse deberá aceptar los valores que sustentan la estructura institucional y dejar los suyos propios para su ámbito privado. Por el contrario, tanto el modelo integracionista como el autonómico defienden la necesidad de modificar algunos aspectos de la estructura básica, con la finalidad de que los inmigrantes se sientan «cómodos» al actuar en las diferentes esferas públicas. La diferencia radica en los procedimientos: el modelo integracionista dejaría a los autóctonos el poder de

decisión de los criterios y el contenido de las esferas públicas; mientras que el modelo autonómico dotaría a los mismos inmigrantes de la posibilidad de decidir y de gestionar, junto con los ciudadanos, los principios orientativos para distribuir los bienes de las diferentes esferas públicas.

3. LA SANIDAD COMO BIEN PRIMARIO COLECTIVO

Partimos de la base de que los actores comprometidos con la acomodación de los inmigrantes tienen como principal «tema de discusión» unos bienes que denominamos *bienes primarios*. En nuestro lenguaje, un *bien primario* es ante todo un *recurso instrumental* que el inmigrante considera necesario para poder ser autónomo y miembro plenamente acomodado de la sociedad. Según esta percepción, podemos afirmar que el bien primario es el principal objeto reivindicativo de los actores.

Se sigue, pues, que los *bienes primarios* son aquellos *recursos* que distribuyen las instituciones públicas. Por ejemplo, la esfera de la vivienda distribuye casas, pisos; la esfera de la sanidad, salud; y así sucesivamente para cada esfera pública. Nuestra premisa es que la distribución de estos bienes ha sido históricamente pensada para unos receptores culturalmente homogéneos (ciudadanos). Con la llegada de inmigrantes como nuevos «clientes» se constata que al mismo tiempo que se asignan bienes, se distribuyen también pausas de carácter cultural, algunas de las cuales entran en tensión

con la identidad cultural de los inmigrantes. Por consiguiente, la principal explicación de las divisiones que se producen entre los actores está directamente relacionada con ciertas propiedades *conflictivas* de los bienes primarios que se quieren distribuir. Esto implica, y aquí llegamos a uno de los puntos importantes para entender nuestro tratamiento de la sanidad, que los *bienes primarios* poseen unas *propiedades* que determinan el *potencial conflictivo* que puede generarse en la relación entre los inmigrantes y dicha esfera pública. Interesa, de entrada, precisar qué es lo que significa cuando afirmo que un bien primario tiene un potencial conflictivo.

Si hemos seguido desde el principio el enfoque que propongo, cuando hablo de *conflicto* significa que no hay un consentimiento predeterminado en la forma de diseñar una política de acomodación, y de decidir si debe cambiarse o no (y cómo) la estructura organizativa interna del sector de la sanidad y su forma de distribución. Para poder seguir mi argumentación, es preciso insistir en que la propiedad distintiva del bien primario de la sanidad es, según la teoría de bienes, la dicoto-

mía entre bien individual y colectivo. La Sanidad, considerada como bien distribuible, es un bien colectivo. Dicha propiedad es la que le convierte especialmente en conflictiva cuando entran a formar parte como nuevos beneficiarios personas inicialmente excluidas (los inmigrantes). En efecto, un bien es individual si pierde gradualmente valor al incrementarse su uso compartido. Será colectivo en caso contrario, esto es, cuando dicho bien no pierde valor conforme aumenta su uso compartido. Se sigue que el potencial conflictivo para diseñar una política de acomodación en la esfera de la sanidad se manifiesta en propiedades de bienes colectivos, puesto que la entrada de inmigrantes en el beneficio de este bien puede ser interpretado por algunos actores como una pérdida de su valor colectivo originario. Esto es, se exigirá una modificación de la estructura básica para continuar asegurando la propiedad colectiva del bien con la entrada de nuevos receptores, los inmigrantes.

Veamos ahora algunos resultados obtenidos siguiendo nuestro enfoque politológico, el instrumental analítico, y la concepción específica que hemos dado de la

Sanidad como *bien primario colectivo*. Para ello dividiremos nuestra exposición en tres secciones: en una *sección 4* nos ocuparemos de unos resultados cuantitativos especialmente relevantes entorno a la percepción que tienen los actores sobre la relación esferas públicas/acomodación; en la *sección 5* continuaremos presentando algunos resultados, pero esta vez de carácter cualitativo, los cuales nos permitirán explicar en parte los resultados cuantitativos obtenidos; finalmente, en la última *sección 6*, presentamos las recomendaciones básicas que se infieren de los resultados anteriores.

4. ANÁLISIS CUANTITATIVO: ESFERA PRIORITARIA PARA ACOMODAR A LOS INMIGRANTES

El siguiente resultado cuantitativo tiene su origen en una pregunta destinada a los actores referente a cuál de las ocho esferas públicas citadas consideran como prioritaria, y de alguna forma como *conditio sine qua non* para conseguir la acomodación de los inmigrantes en las restantes esferas. La tabla siguiente resume es-

	Empadron.	Vivienda	Trabajo	Educación	Seguridad	Sanidad	Cultura	Convivencia
1. Asociaciones	8%	8%	56%	24%	4%	0%	0%	0%
2. Partidos Políticos	25%	0%	25%	50%	0%	0%	0%	0%
3. Organizaciones de interés	0%	40%	60%	0%	0%	0%	0%	0%
4. Administración local	16%	0%	37%	37%	0%	0%	11%	0%
Total actores	12%	12%	44%	28%	1%	0%	3%	0%

tos resultados, presentados en porcentajes de 100% en filas.

Constatamos que las esferas del trabajo y de la educación son consideradas prioritarias para el conjunto de actores (44% y 28%, respectivamente), mientras que la **sanidad**, la convivencia y la cultura obtienen una valoración nula o prácticamente nula (0%, 0% y 3%, respectivamente). Entre actores, las asociaciones y las organizaciones de interés muestran como prioridad el trabajo (56% y 60%, respectivamente) y los partidos políticos se inclinan por la educación (50%). La Administración local concede una igualdad en términos de prioridades a la educación y al trabajo (37%), y es la única que destaca también la cultura como esfera prioritaria (11%).

Cabe destacar, no obstante, que estos resultados nos indican implícitamente que estamos en una primera fase, más preocupados por el acceso en las esferas públicas que por la coexistencia. La **sanidad** no es una esfera prioritaria respecto a otras como el trabajo y la educación, porque suponemos que los actores están siguiendo la lógica del debate actual, entendiendo la «esfera prioritaria» en términos de acceso y no de coexistencia. De ahí que los resultados sobre la **sanidad** hayan sido contundentes, sin haber obtenido ninguna respuesta. En la mente del conjunto de los actores, el trabajo ocupa, pues, el primer lugar como esfera prioritaria; y la **sanidad**, el último lugar.

De hecho, aunque este argumento se verá en seguida apoyado por los resultados cualitativos que presentaremos en la sección si-

guiente, una de las conclusiones de la investigación también ha mostrado que existe una cierta confusión en la percepción de los medios y los fines de las políticas de acomodación. Éste es uno de los temas básicos que deberían discutirse con profundidad. En efecto, ante la pregunta sobre si la acomodación es una cuestión de acceso de los inmigrantes a todas las esferas públicas, o bien un asunto de coexistencia con los ciudadanos, los resultados corroboraron esta confusión.

Si aceptamos que existen dos etapas en la aplicación de políticas de acomodación: la que busca extender el acceso a las esferas públicas y la etapa más centrada en la coexistencia entre inmigrantes y ciudadanos, una vez que el acceso a determinados bienes primarios (vivienda, educación, trabajo ...) está asegurado, los actores muestran que no existe una percepción compartida, sino más bien una tendencia a mezclar los objetivos y los medios para la acomodación. Esta confusión nos indica que estamos en una fase inicial, puesto que la preocupación por el acceso predomina tanto sobre la coexistencia, que se le llega a considerar como una fuente de reivindicación.

Según este argumento, el problema de los inmigrantes para acomodarse es que *no* tienen los recursos materiales y legales necesarios para tener acceso a las esferas públicas y bienes primarios que ofrece nuestro Estado de Bienestar a todos sus ciudadanos. Como consecuencia, se suele aceptar con demasiada precipitación que el acceso a estos recursos públicos es un indicador de acomodación. Los

casos que se proporcionan expresan este supuesto vínculo entre acceso y acomodación. Por ejemplo, y por mencionar también otros bienes primarios, el acceso a las escuelas concertadas o privadas, el acceso a cualquier sector laboral, a cualquier centro sanitario, a cualquier vivienda, el acceso a cualquier canal de participación, incluso el derecho al voto.

Ahora bien, para otros actores el acceso *no* es un indicador de acomodación. Por lo tanto, en lugar de considerarlo como una finalidad, el acceso debería ser tratado como un medio que sin duda facilita la acomodación, pero que de ningún modo la asegura. Este segundo grupo de actores insiste en que una *política de acomodación bien diseñada* debería incluir también la segunda etapa, a saber, la coexistencia, una vez que el acceso esté asegurado. El principal argumento que tienen es que el solo hecho de «dar acceso» no resuelve el problema de la acomodación. Por ejemplo, el hecho de dar acceso al derecho de voto, por poner un ejemplo que va adquiriendo fuerza, en ningún momento resolverá los problemas de coexistencia entre inmigrantes y ciudadanos en las diferentes esferas públicas. O bien, tomando a la **sanidad** como ejemplo, el hecho de dar acceso universal a los inmigrantes no resuelve los problemas culturales que existen en la coexistencia, como veremos en seguida. Confundir medios y finalidades para la acomodación es demasiado corriente en los foros de discusión. No debemos dejarnos confundir los horizontes.

**5. ANÁLISIS CUALITATIVO:
PERCEPCIÓN
DE LOS ACTORES ENTORNO
A LA SANIDAD**

Consideraremos dos indicadores de los resultados cualitativos obtenidos: (1) la posición de los actores en relación con el bien primario de la sanidad; (2) cómo se concretan en dicha esfera pública las lógicas subyacentes respecto a los principios y modelos de acomodación descritos anteriormente.

(1) Posición de los actores respecto a la sanidad

Existen dos lógicas contrapuestas que parten de la base de que el principal problema de la sanidad es su acceso universal. Para unos, este acceso a la sanidad es un medio para la acomodación y, por lo tanto, por sí mismo el acceso universal no asegura la acomodación de los inmigrantes; para otros, este acceso universal es un indicador de acomodación y, por lo tanto, es percibido como una finalidad. Teniendo esta controversia como trasfondo, los actores defienden distintas posiciones.

El problema de la sanidad es para unos un tema estrictamente de igualdad de derechos, mientras que para otros es una cuestión eminentemente cultural. Identificar los conflictos que se producen en el sector de la sanidad en términos de derechos o culturales es, pues, central, puesto que según la definición del problema a resolver que hagamos, defenderemos o no la necesidad de modificar la estructura básica para prevenir futuras tensiones. Sólo si detecta-

mos adecuadamente los problemas en la relación entre la sanidad y los inmigrantes en términos culturales, una modificación interna del sector estaría legitimada.

(2) Principios y modelos de acomodación en relación con la sanidad

Siguiendo la convicción expresada por los actores de que la preocupación básica en la esfera de la sanidad es actualmente asegurar su acceso universal, se manifiestan tres posibles opciones, de acuerdo con los modelos de acomodación introducidos anteriormente.

- **Modelo asimilacionista:** el acceso a la sanidad es la finalidad de la acomodación. Su referencia es la situación actual de derechos de los ciudadanos. Defendería, una vez reconocida universalmente la igualdad de derechos en el acceso, políticas genéricas (destinadas a toda la población sin distinción).

- **Modelo integracionista:** el acceso a la sanidad es un medio para la acomodación. Su referencia son los recursos individuales de los inmigrantes (edad, género, situación jurídica, conocimiento de la lengua, etc.). Defendería, una vez reconocidas universalmente, la igualdad de recursos y las políticas genéricas de acción específica (destinadas a toda la población que cumpla las propiedades distintivas hacia la cual apunta la política pública).

- **Modelo autonómico:** preocupado más por la coexistencia. Per-

cibe el problema de la sanidad como eminentemente cultural. Defendería una modificación de la estructura básica del sector de la sanidad para incorporar aspectos culturales. Sus referencias no son ni los derechos ni los recursos individuales de los inmigrantes, sino los bienes propios de su identidad (nacionalidad, religión, cultura). Sigue principios específicos (especialmente destinados a los inmigrantes).

**6. CONCLUSIONES:
RECOMENDACIONES
BÁSICAS EN TORNO
A LA SANIDAD: EL ACCESO
UNIVERSAL, ¿MEDIO O FIN
DE LA ACOMODACIÓN?**

Seguiremos la estructura siguiente:

(1) Descripción: problema estructural básico de la sanidad.

(2) Marco estratégico común: principales líneas estratégicas defendidas por los actores, las cuales conforman un marco concreto de actuación.

(3) Recomendaciones básicas: medidas concretas propuestas por los actores.

(1) Descripción

La lógica argumental que transmiten los actores al considerar la esfera de la sanidad es que se debe también considerar la dimensión cultural. Según el marco analítico, esta lógica coincide con la localización del potencial conflictivo de la sanidad en su *propiedad colectiva*. De hecho, ésta es una de las

primeras esferas donde se percibe claramente que los problemas de coexistencia entre culturas sanitarias diferentes superan las razones estrictamente económicas. De acuerdo con estas premisas, se produce una división entre dos enfoques: para unos (1) el acceso universal a la sanidad es la finalidad de la acomodación; mientras que para otros (2) dicho reconocimiento institucional universal no asegura plenamente la acomodación, aunque sí que la facilita, puesto que permanecen unos problemas culturales en la coexistencia. Detallemos estas dos posiciones.

(a) *El acceso universal a la sanidad debe ser la finalidad de una política de acomodación:* esta primera línea de razonamiento percibe la acomodación en términos de igualdad de derechos. De ahí que una vez reconocida institucionalmente dicha igualdad, la acomodación estaría asegurada. Esto implicaría un *modelo asimilacionista*, puesto que tomando como referencia la situación actual de los ciudadanos, el problema de la acomodación se localizaría en los límites legislativos que tienen los inmigrantes. Una vez resuelto este problema de acceso universal a los servicios sanitarios, se supone que los problemas de acomodación no tendrían ningún otro límite que los que también afectan por igual a los ciudadanos. De ahí que se defiende como única política viable la genérica pura.

(b) *El acceso universal a la sanidad es un medio para la acomodación, su finalidad deber ser gestionar los problemas culturales en la coexistencia:* este segundo enfoque

parte de la premisa anterior, pero para problematizarla. En efecto, para los que apoyan esta vía de argumentación, la igualdad de derechos en el acceso universal es un medio y no un fin para la acomodación. Tomarían como referencia ciertas particularidades que distinguen al inmigrante (los bienes propios de su identidad, como el idioma de los recién llegados o ciertas prácticas culturales y religiosas que no vulneren los derechos humanos más elementales y la legislación vigente). De ahí que se defiende que la misma estructura básica asuma la distribución de bienes primarios propios que requieran los inmigrantes para poder ser autónomos al acceder a los servicios sanitarios. Asimismo, se considera que no toda la distribución de dichos recursos sanitarios llega a todos los sectores de la población de inmigrantes. Algunos actores enfatizan igualmente que la acomodación de los inmigrantes en esta esfera pública depende directamente de cómo se benefician de bienes propios de otras esferas. Por ejemplo, depende de la estabilidad laboral (esfera trabajo) y de residencia (empadronamiento y vivienda). En todos estos casos se defiende un *modelo integracionista* y políticas de acomodación orientadas por principios genéricos de acción específica.

Teniendo este enfoque como telón de fondo, aparece la lógica cultural. La mayoría de actores insiste en que al planificar acciones específicas deben considerarse ciertos bienes propios de la identidad de los inmigrantes. Estos bienes propios conforman lo que podríamos denominar como sus «cultu-

ras sanitarias». Van desde la forma de entender la alimentación y la vacunación de sus hijos a la forma de interpretar la planificación familiar sanitaria, pasando por los asuntos relacionados con temas ginecológicos en general. En este nivel cultural se reclama que en algunos casos es necesario reflexionar sobre la posibilidad de modificar ciertos aspectos de la estructura básica siguiendo principios específicos y un *modelo autónomico* (según criterios de nacionalidad, religión, y cultura, por ejemplo), comenzando por la misma base: un cambio de actitud cultural de ciertos profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, personal sanitario administrativo en general). Es decir, que estos profesionales tengan una *concepción pluricultural de la sanidad*. Como primeras medidas, la intervención de la Administración debería comenzar difundiendo normativas para orientar la actuación de los profesionales con criterios de reconocimiento cultural y evitar, así, la discrecionalidad existente.

(2) Marco estratégico básico

La acción estratégica debe asumir que el reconocimiento institucional del acceso universal a los servicios sanitarios no implica necesariamente acomodación, sino que existen problemas de coexistencia específicamente culturales.

(3) Recomendaciones básicas

1. Para diseñar políticas de acomodación en el sector de la sanidad debe plantearse previamente de qué inmigrantes hablamos (su

nacionalidad, cultura, religión), teniendo en cuenta los «costos de acomodación».

2. Políticas de difusión para distribuir recursos sanitarios a todos los sectores de la población inmigrante.

3. Reflexionar sobre el vínculo entre la acomodación en la esfera de la sanidad con la estabilidad laboral y la residencia (empadronamiento y vivienda).

4. Definir las necesidades específicas (en términos de derechos y aspectos culturales) de los inmigrantes.

5. Identificar en la cultura de las diferentes nacionalidades, las prácticas autóctonas que pueden asumir y las que no.

6. Políticas de difusión de información sobre nuestra cultura sanitaria (alimentación y vacunación de los hijos, planificación fa-

miliar y asuntos relacionados con temas ginecológicos).

7. Políticas de formación pluricultural para los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares sanitarias, personal técnico y administrativo).

8. Creación y difusión de normativas para orientar la actuación de los profesionales con criterios comunes y claros de reconocimiento cultural.