

*Justicia y responsabilidad en la  
atención sanitaria a inmigrantes  
y a personas mayores*

**IX PREMIO  
VALENCIA SE SOLIDARIZA**

**Ayuntamiento de Valencia**

**Valencia, 2006**

*Directores:*

**Dr. D. Juan Carlos Siurana Aparisi**  
**Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis**  
**D. Víctor J. Suberviola Collados**

*Miembros del equipo de investigación:*

**Isabel Tamarit López**  
**Daniela Gallegos Salazar**  
**Sandra Ruiz Gros**  
**Rafael Amela Rueda**  
**Iulian Radu Girtone**

ISBN: 978-84-8484-294-1

DEPÓSITO LEGAL: V-2234-2009

# ÍNDICE

<b>Autores del informe .....</b>	<b>008</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>009</b>
<b>PARTE I: REFERENTES PARA PENSAR SOBRE LA INMIGRACIÓN Y LA SANIDAD .....</b>	<b>021</b>
<b>1. Referentes desde la Ética: Justicia y responsabilidad como marco de una bioética intercultural. (Dr. D. Juan Carlos Siurana Aparisi).....</b>	<b>022</b>
1.1. La idea de justicia.	
1.2. La noción de “responsabilidad”.	
1.3. Justicia y responsabilidad como base de una ética intercultural.	
1.4. La justicia como principio de la bioética.	
1.5. Justicia y responsabilidad como marco de una bioética intercultural. Bibliografía	
<b>2. Referentes desde la Psicología Social: Las personas mayores vulnerables y los proveedores de cuidados (Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis) .....</b>	<b>043</b>
2.1. El envejecimiento poblacional en España y en la ciudad de Valencia.	
2.2. Las personas mayores vulnerables, la necesidad de cuidados y el apoyo social.	
2.3. Las personas inmigrantes como recurso de apoyo a las personas mayores en situación de dependencia. Bibliografía	
<b>3. Referentes desde la Medicina: La atención sanitaria a inmigrantes y a personas mayores dependientes. (D. Víctor J. Suberviola Collados) .....</b>	<b>061</b>
3.1. Introducción	
3.2. Aumento de la carga asistencial	
3.3. Prioridades en la salud de las poblaciones inmigrantes	
3.4. Aspectos a tener en cuenta desde la atención primaria	
3.5. La atención de personas mayores dependientes	
3.6. Recomendaciones para la atención sanitaria a inmigrantes y para el cuidado de personas mayores por parte de inmigrantes Bibliografía	

**PARTE II: LA ATENCIÓN SANITARIA  
A PERSONAS INMIGRANTES ..... 087**

<b>4. Situación actual sobre la atención sanitaria a inmigrantes (Daniela Gallegos Salazar) .....</b>	<b>088</b>
4.1. Introducción.	
4.2. Definición de salud y descripción de temas vinculados a la reflexión sobre la prestación de servicios sanitarios.	
4.3. Los fines de la asistencia sanitaria en el ámbito de la atención primaria.	
4.4. Estudios biomédicos sobre el tema de la inmigración.	
4.5. Propuestas y recomendaciones.	
4.6. Conclusiones. Bibliografía	

**PARTE III: EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES  
POR PARTE DE INMIGRANTES ..... 113**

<b>5. Legislación sobre la atención sanitaria y el cuidado a personas mayores (Isabel Tamarit López) .....</b>	<b>114</b>
5.1. Introducción.	
5.2. Personas mayores. ¿Quiénes son? ¿Requieren atención sanitaria especializada? Grupo vulnerable con necesidades sanitarias específicas.	
5.3. Diferencias entre la asistencia sanitaria y el cuidado a las personas mayores.	
5.4. Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad.	
5.5. Programa PALET (1995): Programa especial de atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal.	
5.6. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana (2007-2011).	
5.7. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley de Dependencia.	
5.8. Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Atención socio-sanitaria a las personas Mayores.	
5.9. Conclusiones. Bibliografía	

<b>6.</b>	<b>Situación actual sobre el cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes (Sandra Ruiz Gros) .....</b>	<b>134</b>
6.1.	Introducción	
6.2.	Factores a tener en cuenta	
6.3.	Envejecimiento y discapacidad.	
6.4.	Evolución del cuidado a los mayores dependientes.	
6.5.	Estado y familia.	
6.6.	El apoyo informal: la familia	
6.7.	Cuidado de personas mayores dependientes por parte de personas inmigrantes	
6.8.	Necesidades que quedan pendientes	
	Bibliografía	
	<b>PARTE IV: TRABAJO DE CAMPO .....</b>	<b>150</b>
<b>7.</b>	<b>Justificación del método (Rafael Amela Rueda) .....</b>	<b>151</b>
7.1.	Pluralismo metodológico y justificación del método.	
7.2.	Técnicas de investigación: la entrevista abierta semidirectiva (o semiestructurada) y la discusión de grupo.	
	Bibliografía	
<b>8.</b>	<b>Diseño de la investigación .....</b>	<b>165</b>
8.1.	Introducción	
8.2.	Objetivos generales	
8.3.	Universo, población y muestra	
8.4.	Instrumentos: guiones de entrevistas y guiones del grupo de discusión	
8.5.	Resultados	
8.5.1.	Resultados de los análisis sobre la atención sociosanitaria a inmigrantes	
a.	Valoración que las personas inmigrantes realizan sobre los servicios de salud recibidos	
b.	Relación de las personas inmigrantes con la asistencia sanitaria	
c.	Información en materia de prevención y educación para la salud.	
d.	Grado de conocimiento de sus derechos en materia de salud.	
e.	Problemas éticos a la hora de ejercer el derecho a la salud	
8.5.2.	Resultados de la valoración del personal sanitario sobre la demanda de los servicios de salud por parte de la población inmigrante.	
8.5.3.	Conclusiones.	
8.5.4.	Resultados de los análisis sobre el cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes	
8.5.5.	Conclusiones.	

<b>9. Conclusiones de la investigación .....</b>	<b>221</b>
9.1. Conclusiones sobre la situación de la atención a inmigrantes en Centros de Salud de la ciudad de Valencia.	
9.1.1. Sobre los servicios de salud a los que tienen acceso los inmigrantes.	
9.1.2. Valoración del personal sanitario sobre la demanda de los servicios de salud por parte de la población inmigrante.	
9.2. Valoración del cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes.	
9.2.1. Motivos de contratación de personas inmigrantes	
9.2.2. Condiciones laborales	
9.2.3. Grado de formación	
9.2.4. Problemas	
9.2.5. Grado de satisfacción	
9.2.6. Recomendaciones finales	

**ANEXO: PRODUCTOS .....** 227

- A. Protocolo o guía de atención inicial a inmigrantes para profesionales sanitarios de atención primaria.
- B. Tríptico informativo para inmigrantes en su primera toma de contacto con el Sistema Nacional de Salud
- C. Programa de capacitación para la población inmigrante que se dedica a tareas de cuidado y atención a personas mayores
- D. Propuestas para una “Red de asistencia a personas mayores” por parte de inmigrantes

## AUTORES DEL INFORME

*Directores:*

### **Dr. D. Juan Carlos Siurana Aparisi**

Doctor Europeo en Filosofía, investigador de la Fundació General de la Universitat de València, y miembro del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de esta universidad. Director del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV).

### **Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis**

Doctora en Psicología y Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación, profesora en el Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología en la Universitat de València. Autora de numerosas publicaciones en el ámbito de la Gerontología. Miembro de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y del Grupo de Investigación en Gerontología.

### **Víctor J. Suberviola Collados**

Médico de Familia, Centro de Salud de Nazaret, Valencia, y coordinador del Grupo de Trabajo en Bioética de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, grupo colaborador del GIBUV.

*Miembros del equipo de investigación:*

**Isabel Tamarit López.** Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universitat de València, y en posesión del Diploma de Estudios Avanzados DEA en el programa “Ética y democracia” de dicha Universidad. Diplomada en Fisioterapia. Ha sido becaria para la Formación de Personal Investigador en el Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de la Universitat de València. Miembro del GIBUV.

**Daniela Gallegos Salazar.** Licenciada en Ciencias Políticas por la Universidad de los Andes, de Mérida, Venezuela, y en posesión del Diploma de Estudios Avanzados DEA en el programa “Ética y democracia” de la Universitat de València, donde actualmente es doctoranda. Miembro del GIBUV.

**Sandra Ruiz Gros.** Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universitat de València, ha sido becaria de la Fundación MAPFRE, con un proyecto sobre “Bioética, calidad y gestión sanitaria”. Actualmente es doctoranda en el programa “Ética y democracia” de la Universitat de València. Miembro del GIBUV.

**Rafael Amela Rueda.** Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universitat de València. Actualmente es doctorando en el Programa de Doctorado “Ética y Democracia” del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de la Universidad de Valencia. Miembro del GIBUV.

**Iulian Radu Girtone.** Licenciado en Biología por la Universidad “Ovidius” de Constanza, Rumanía. Actualmente es doctorando en el Programa de Doctorado “Ética y Democracia” del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de la Universidad de Valencia. Miembro del GIBUV.



## **INTRODUCCIÓN.**

### **I. Descripción del fenómeno de la inmigración en la sociedad española.**

La inmigración es un fenómeno reciente en la sociedad española que tradicionalmente había sido junto con Italia, Grecia y Portugal, un país emisor de mano de obra y en la actualidad, al igual que ellos, se ha convertido en un país receptor de inmigrantes. La inmigración supone el traslado de una o varias personas desde su lugar de origen al interior de otro territorio. Comporta el cambio de residencia que puede ser permanente o temporal. Las causas de este traslado están generalmente vinculadas a necesidades de tipo económico o político-ideológico. Pero también se da el caso, sobre todo en España, de una inmigración inglesa y alemana que cambia de residencia con el fin de disfrutar de las ventajas climáticas y paisajísticas que ofrece el país.

La inmigración modifica el tamaño y la estructura de las poblaciones de origen y destino. Supone costes y beneficios tanto para la persona que cambia de residencia, como para la sociedad receptora. La primera debe enfrentarse al desconocimiento que supone vivir en una sociedad a la que en principio no pertenece, donde su lengua, sus hábitos, sus costumbres, sus normas morales, su mercado laboral, sus condiciones de trabajo, son distintas. Cuando la inmigración es por causas económicas, es probable que la persona se beneficie del mero hecho de poder incorporarse al mercado laboral -aunque sea en el marco de la economía sumergida-, de poder vivir en una sociedad donde, en general, se respeta la ley, donde los niveles de violencia son muy bajos en comparación con sus países de origen, etc.

La sociedad receptora, por su parte, debe enfrentar el costo que supone un aumento demográfico que no obedece al crecimiento natural de su población y que generará un incremento súbito en la demanda de servicios sociales básicos de sanidad, educación y seguridad. A su vez, la población receptora debe aprender a convivir y a compartir sus espacios públicos y su vida con personas de diferentes culturas, con

normas y expectativas vitales de diversa naturaleza. Sin embargo, la presencia de trabajadores inmigrantes en el país receptor supone una fuente de mano de obra que aumenta el tamaño de la población activa, garantiza el crecimiento económico sostenido, contiene la inflación y permite mantener la estructura del sistema de pensiones.

El cambio de la pirámide poblacional se ha convertido en un problema en las sociedades europeas para el mantenimiento del estado de bienestar. De manera que la población inmigrante -que suele ser joven y con ganas de trabajar-, constituye además una fuente de fecundidad que ayuda a equilibrar la pirámide poblacional. Pero además de contribuir al cambio de la pirámide poblacional, la población inmigrante está jugando un papel importante en la atención y cuidado de las personas mayores en nuestra sociedad. Una situación nueva producto de varios cambios sociales y que requiere de atención por parte de las instituciones públicas.

Finalmente la inmigración bien llevada por todos los afectados por estos cambios estructurales – la sociedad receptora, su entramado institucional, sus ciudadanos y los inmigrantes,- debería significar un enriquecimiento social y cultural que amplía y dota de mayores recursos económicos y sociales, tanto a la cultura de la sociedad receptora como a la de los nuevos residentes.

## **2. Vinculación entre inmigración y salud.**

Uno de los sectores que se ve directamente afectado por la llegada de inmigrantes es el sistema de atención sanitaria. Su estructura y organización se ve forzada a enfrentar dos situaciones nuevas y no previstas:

- 1) Un aumento súbito de la población que requiere atención sanitaria.
- 2) El surgimiento de una población nueva con usos y costumbres diferentes, que demanda mayor atención por parte del sistema sanitario debido a lo especial de su situación.

Se trata de dos demandas de naturaleza diferente que ocurren de manera simultánea y que requieren esfuerzos adicionales. Primero, porque el personal médico tiene que afrontar el aumento repentino del volumen de pacientes que atiende en un

mismo período de tiempo y, segundo, porque el tipo de atención requerida en la mayoría de los casos supone esfuerzos adicionales (problemas de comprensión debidos al lenguaje o simplemente a la diversidad cultural en cuanto a la concepción de la salud y la enfermedad, las diferencias religiosas, etc.) Esto genera evidentemente un primer problema en relación a la posibilidad real que tiene el sistema para enfrentar una situación que es nueva, y para la que no estaba previamente preparado. ¿Cómo enfrentarla?

### **3. Fines del sistema sanitario.**

La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, establece que el fin del Sistema Nacional de Salud español es garantizar asistencia sanitaria universal y gratuita a todas las personas que residan en territorio nacional. Para cumplir con este objetivo hay que garantizar dos cosas: accesibilidad a todas las personas y equidad en el trato. Sin embargo, aunque la ley es clara, tanto el personal sanitario como los usuarios no nacionales del sistema de salud se plantean varios interrogantes en relación a las disposiciones legales. Interrogantes como los siguientes: ¿Qué significa dar asistencia sanitaria universal y gratuita a todas las personas que residan en el territorio? ¿Significa esto que cualquier habitante tiene derecho a la sanidad pública, independientemente de su situación legal? ¿Es competencia de las instituciones sanitarias el comunicar a las autoridades legales competentes la situación de legalidad o ilegalidad de un usuario del servicio sanitario? ¿Cuáles son las condiciones de acceso legales y reales al Sistema Nacional de Salud?

### **4. Algunos problemas relativos a la accesibilidad al Sistema Nacional de Salud de las personas inmigrantes.**

¿Cómo enfrentar las trabas que genera la situación de desinformación del inmigrante sobre cómo funciona el sistema sanitario y sus condiciones socioeconómicas? ¿Qué tipo de patologías genera este colectivo? ¿Cuáles son las más frecuentes? ¿Están los médicos familiarizados con ellas? ¿Qué hay de los recursos? ¿Se

corresponde la actual distribución de recursos con las nuevas necesidades en atención primaria, por ejemplo? ¿Están las instituciones de atención primaria, y las áreas de urgencias de los hospitales preparadas para brindar una atención especial a estos colectivos durante su período de adaptación a su nueva situación de vida? ¿Reconoce la administración el trabajo extra que esto puede suponer al personal sanitario? ¿Es la atención al inmigrante una cuestión de solidaridad con el más desaventajado o se trata de un derecho del inmigrante que la institución está obligada a satisfacer?

Sin duda son muchas las cuestiones que surgen en el momento de plantear el tema de la atención al inmigrante en el Sistema Nacional de Salud. Sobre todo porque hay restricciones de diversa índole relativas al acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios, independientemente de su situación legal y porque existe la percepción generalizada de que se trata de un colectivo sin derechos. ¿Desde qué criterios podemos responder a estas preguntas? Los criterios legales son de suma importancia porque constituyen el marco jurídico que regula las relaciones sociales, pero no son los únicos ni tampoco son suficientes. Necesitamos reflexionar sobre la respuesta que da el sistema sanitario a la nueva situación en términos bioéticos. Se trata de valorar desde los criterios de justicia y responsabilidad, así como de igualdad, diálogo, respeto y solidaridad, el tipo de relación que se establece entre el sistema sanitario y la población inmigrante en todo lo que tenga que ver con el “acceso” al servicio sanitario.

## **5. La inmigración y la atención a personas mayores.**

Hemos querido incluir en esta investigación, otro aspecto relacionado con la inmigración y la salud. Esta vez no se trata de los servicios a los que tiene derecho el inmigrante, sino, por el contrario, de los servicios de atención y cuidado que está prestando la población inmigrante a las personas mayores y ancianos. Un servicio sanitario que no desempeñan las instituciones públicas. Aunque la asistencia sanitaria ha llevado a cabo importantes avances en muchos aspectos, la atención a los mayores sigue siendo una tarea pendiente. En muchos casos el sistema sanitario sólo está en condiciones de prestar atención a las personas mayores cuando son dependientes o presentan deterioro mental o cognitivo. Dejando abierta una demanda importante de servicios de atención y cuidado.

Dos son los factores característicos de la curva demográfica de la población española, primero el aumento de población jubilada y anciana, y segundo, la disminución del índice de natalidad. Cada vez hay menos jóvenes y adultos en proporción a los mayores. Esta situación coincide con un nuevo modelo de familia donde generalmente ambos cónyuges trabajan, de modo que los mayores no suelen convivir con ellos y, por otra parte, con el aumento de la esperanza de vida, lo que lleva a que las personas sean durante más tiempo autónomas e independientes, de manera que en la mayoría de los casos, quieren vivir en su domicilio. El resultado de esta situación es que hay un amplio margen de población anciana que necesita atención y cuidado. Y que esta asistencia está siendo prestada en una gran mayoría de los casos por población inmigrante femenina -en el marco de la economía sumergida- .

Este hecho tiene que ver tanto con la atención sanitaria, como con la institucionalización de una práctica laboral que debe ser regulada para garantizar que se preste un servicio de calidad a las personas mayores y que, a su vez, los trabajadores inmigrantes trabajen en condiciones dignas. En relación a esta actividad son varios los interrogantes que necesitan respuesta. ¿Las personas que se dedican al cuidado de personas mayores están lo suficientemente capacitadas? ¿Qué habilidades requiere la realización de esta actividad? ¿Cuántas horas diarias puede dedicar un trabajador a esta labor? ¿Con qué frecuencia deben las personas mayores tener contacto con sus familiares? ¿Cuáles son las condiciones laborales del inmigrante que desempeña esta función?

## **6. Inmigrantes que reciben atención sanitaria e inmigrantes que cuidan de personas mayores dependientes.**

Por todo lo dicho anteriormente, cabe afirmar que en estos momentos urge más que nunca la reflexión y asesoramiento en centros de salud, hospitales, personal sanitario y afectados, sobre las condiciones de acceso al Sistema Nacional de Salud de los inmigrantes. Hace falta preparar y formar al personal sanitario en estos temas para

que tomen conciencia de cuál es su responsabilidad y obligación hacia los inmigrantes, humanizando de este modo la medicina más allá de disposiciones legales o normativas.

Esta tarea ha de llevarse a cabo desde los comités de bioética asistencial y desde todas las instituciones relacionadas.

Consideramos que un acceso normalizado, justo y responsable a la asistencia sanitaria, por parte de la población inmigrante, es una clave fundamental para la integración intercultural. De este modo se pueden evitar conflictos sociales que generan marginación, injusticia y desigualdades, como la segregación, la xenofobia, el racismo o la discriminación.

Por otro lado, son muchos los inmigrantes que están asumiendo tareas de cuidado y atención sanitaria a personas mayores en sus casas. Esta situación requiere supervisión y análisis, pues está en juego, tanto la adecuada atención a personas que por su edad y su condición de salud requieren cuidados especiales, como la organización de las condiciones de trabajo de un colectivo que es vulnerable.

La regularización de esta actividad podría convertirse en un sector estratégico para la integración y el desarrollo de derechos sociales, culturales y económicos donde todos serían beneficiarios. Se daría una mayor proximidad entre generaciones y culturas distintas, de modo que se evitarían prejuicios, estereotipos, discriminaciones, etc. Se implicaría más a la sociedad civil en los procesos de intercambio cultural y se desarrollaría y fortalecería más la identidad ciudadana y la pertenencia a la comunidad.

## **7. Objetivos de nuestra investigación.**

El objetivo general de nuestra investigación ha sido llevar a la reflexión bioética el problema de la atención sanitaria a inmigrantes dentro del Sistema Nacional de Salud, y el problema de la atención y cuidado a las personas mayores por parte del colectivo de inmigrantes, desde las claves de la justicia y la responsabilidad.

Los objetivos concretos de nuestra investigación han sido los siguientes:

1. Analizar la legislación relativa a la atención sanitaria al inmigrante. Esclarecer cuáles son los derechos y obligaciones de las personas inmigrantes y del personal sanitario, y establecer cuáles son los fundamentos bioéticos de esta normativa.
2. Detectar cuáles son los principales problemas o barreras que impiden a las personas inmigrantes el acceso a la asistencia sanitaria.
3. Mostrar cuáles son los problemas que se generan en el ámbito sanitario debido a la atención de estos pacientes, desde la perspectiva de los centros de atención primaria de la ciudad de Valencia.
4. Diseñar las pautas o estrategias pensadas desde la bioética para minimizar esta problemática.
5. Reflexionar sobre la percepción de la sociedad española en materia de inmigración y salud, desmontando falsas creencias en cuestiones de derechos y obligaciones.
6. Establecer cuáles son las demandas y las necesidades más urgentes del colectivo de personas mayores en relación a la atención sanitaria.
7. Determinar qué servicios puntuales puede prestar la atención sanitaria en materia de cuidado a las personas mayores.
8. Investigar si la población inmigrante que asume esta labor está capacitada o no para su realización.
9. Elaborar un protocolo o guía de atención inicial al inmigrante en centros de salud y hospitales.
10. Diseñar un tríptico informativo para el inmigrante en su primera toma de contacto con el Sistema Nacional de Salud.
11. Elaborar un pequeño programa de capacitación para la población inmigrante que se dedica a actividades de cuidado y atención de personas mayores.
12. Proponer recomendaciones para establecer una “Red de asistencia a personas mayores” por parte de la población inmigrante.

## 8. Estructura de la investigación.

Nuestra investigación se ha desarrollado en cinco fases que se corresponden con las partes y el anexo de este informe.

*Primera Fase:* Elaboración de referentes para pensar sobre la inmigración y la sanidad (Parte I del informe).

Los directores del presente informe comenzamos ofreciendo algunos referentes teóricos relevantes para pensar sobre la inmigración y la sanidad. Cada uno ha aportado sus conocimientos en una importante rama del conocimiento que afecta a esta cuestión. Así, Dr. D. Juan Carlos Siurana, doctor en filosofía, ofrece referentes desde la ética (capítulo 1), Dra. Dña. Sacramento Pinazo, doctora en psicología, ofrece referentes desde la psicología social (capítulo 2) y D. Víctor Suberviola, médico de familia, ofrece referentes desde la medicina (capítulo 3).

Esto nos ha permitido elaborar un marco conceptual interdisciplinario, en el que hemos definido nociones tan relevantes como la justicia, la responsabilidad la ética intercultural y la bioética universal, y desde ellas, afrontar el desafío del envejecimiento poblacional, y los cuidados de personas mayores dependientes por parte de personas inmigrantes, y ofrecer unas primeras recomendaciones sobre la atención sanitaria tanto a inmigrantes como a personas mayores dependientes.

*Segunda Fase:* Análisis de la atención sanitaria a personas inmigrantes (Parte II del informe).

Mostramos la situación actual sobre la atención sanitaria a inmigrantes desde una perspectiva ética, médica y cultural (capítulo 4)

*Tercera Fase:* El cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes (Parte III del Informe).

Nos hemos ocupado del estudio de la legislación vigente relacionada con la atención sanitaria y el cuidado a personas mayores dependientes (capítulo 5), analizando el Programa PALET o la actual ley de dependencia, entre otras normativas.



A continuación hemos reflexionado sobre la situación actual sobre el cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes (capítulo 6), a la luz de esa normativa, pero también desde la ética, la psicología social y la sanidad.

*Cuarta Fase: Trabajo de campo (Parte IV del Informe).*

Nos ha parecido necesario conocer la opinión directa de las personas inmigrantes, a quienes hemos realizado entrevistas para indagar sobre tres aspectos claves: la información que manejan sobre atención sanitaria, la percepción que tienen en relación al servicio que se presta y sus posibles sugerencias.

De modo especial, hemos organizado entrevistas con personas inmigrantes que se dedican al cuidado de personas mayores. Nos ha interesado conocer su nivel de preparación en la realización de estas actividades, la información sobre sus condiciones laborales, la forma en que se accede a este tipo de trabajos, etc. También hemos entrevistado a personas mayores que reciben cuidados de este colectivo y a sus familiares para conocer sus opiniones.

También hemos recopilado información relativa al ámbito sanitario, a través de la organización de un Grupo de Discusión con profesionales sanitarios.

Después de mostrar el diseño metodológico (capítulo 7), ofrecemos los resultados de nuestro trabajo de campo, tanto los resultados sobre la atención sanitaria a inmigrantes (capítulo 8), como los resultados sobre el cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes (capítulo 9). Y llegamos a unas amplias conclusiones sobre ambos grupos de resultados.

*Quinta Fase: Productos (Anexo del Informe).*

Finalmente se han puesto en común los resultados y, a partir de éstos, hemos elaborado ideas para una guía de actuación para el personal sanitario (Anexo A); un tríptico informativo para las personas inmigrantes en su primera toma de contacto con el Sistema Nacional de Salud (Anexo B); hemos ofrecido algunas ideas para un programa de capacitación para la población inmigrante que se dedica a tareas de cuidado y atención a personas mayores (Anexo C) y propuestas para una “Red de asistencia sanitaria a personas mayores” por parte de inmigrantes (Anexo D).

## **9. Medios para desarrollar la investigación.**

Este trabajo ha podido realizarse gracias al apoyo del Ayuntamiento de Valencia en el marco del Premio “Valencia se Solidariza” en su novena convocatoria.

Además, hemos podido contar con los siguientes recursos materiales y humanos: Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València.; Grupo de Trabajo en Bioética de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria; Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política y Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universitat de València; Departamento de Psicología Social y Facultad de Psicología de la Universitat de València; Centro de Salud de Nazaret.

También hemos accedido al fondo bibliográfico y a los recursos del Centro de Estudios para la Integración Social y Formación de Inmigrantes, Fundación de la Comunidad Valenciana (Ceim), de Valencia.

Y algunos de los miembros de este trabajo nos hemos beneficiado de nuestra pertenencia al proyecto de investigación de referencia FFI2008-06133/FISO financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

## AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro agradecimiento de modo especial al Ayuntamiento de Valencia por su iniciativa de conceder anualmente los Premios “Valencia se solidariza”, que están permitiendo ampliar el conocimiento en un campo tan sensible como es el social.

El Equipo de Investigación quiere agradecer muy sinceramente el tiempo que nos dedicaron las personas que se dejaron entrevistar. Para muchos de ellos el tiempo es un bien escaso y de gran valor. Sin su ayuda, nada de lo escrito habría sido posible.

Las intervenciones de los profesionales en el Grupo de Discusión fueron realmente valiosas y aportaron luz a esta investigación. Gracias a Amparo, Amparo, Blanca, Víctor, Ana, Carmen, Vicenta y Pilar, por acudir a las reuniones ‘fuera del horario laboral’.



# I

## REFERENTES PARA PENSAR SOBRE LA INMIGRACIÓN Y LA SANIDAD

# **I. REFERENTES DESDE LA ÉTICA: JUSTICIA Y RESPONSABILIDAD COMO MARCO DE UNA BIOÉTICA INTERCULTURAL**

**Dr. D. Juan Carlos Siurana Aparisi**

## **I.1. La idea de justicia.**

La ética establece una diferencia entre lo legal y lo legítimo, es decir, entre las leyes que rigen una sociedad y las razones por las cuales consideramos que esas leyes son o no son realmente justas. Este sentido de justicia es el que vamos a tratar de definir a continuación.

### **I.1.1. La justicia como el orden natural de las cosas.**

En la primera mitad del siglo VI a.C., Anaximandro hace uso de la palabra “justicia” en un sentido físico que podemos entender más claramente si la traducimos por “ajustamiento”. La naturaleza tiene un orden, y este orden lo es por necesidad. El desorden provoca desajustamiento, y por naturaleza las cosas tienden a estar nuevamente en orden, a ajustarse, es decir, a hacerse justicia. La justicia es el orden natural y la injusticia el desorden natural.

Platón recoge también la idea de la justicia como orden natural y así describe el modo justo de organizar una sociedad como algo basado en la misma naturaleza humana. En el libro IV de la *República*<sup>1</sup>, llega a definir la justicia como “hacer lo que le corresponde a cada uno, del modo más adecuado”<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Cf. Platón, *Diálogos IV. República*, Gredos, Madrid, 1992.

<sup>2</sup> Ibid. 433b.

Aristóteles, quien considera toda virtud moral como el término medio entre dos extremos, va a entender que la justicia es la virtud perfecta, pues en ella se dan juntas todas las virtudes. La justicia es entendida como expresión de la ley natural que cumple en el orden político la misma función que las leyes físicas en el de la naturaleza. En la *Ética a Nicómaco* o *Ética Nicomáquea*<sup>3</sup>, nos dice que la justicia consiste en dar un trato igual a los casos iguales y un trato desigual a los casos desiguales.

### **1.1.2. La justicia consiste en dar a cada uno lo suyo.**

De todas las definiciones que se han dado del término que nos atañe, una ha resplandecido a lo largo de la historia como la más clásica. Fue expresada por Ulpiano, un jurista romano del siglo III d.C. y recogida más tarde por Justiniano en sus *Instituciones*<sup>4</sup> del siglo VI: “la justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho”. En esta época se entiende que el derecho consiste en tres cosas: vivir honestamente, no dañar a los demás, y dar a cada uno lo suyo.

### **1.1.3. La justicia consiste en seguir principios universalizables.**

Para que el Estado sea justo, el poder legislativo sólo puede corresponder a la voluntad unida del pueblo, pues, según Kant, nadie comete injusticia en aquello que decide sobre sí mismo. A los miembros de un Estado así se les llama ciudadanos, los cuales poseen la libertad legal de no obedecer a ninguna otra ley más que a la que han dado su consentimiento.

Entre las leyes que cada ciudadano debería asumir libremente, están los imperativos categóricos, del tipo: “Obra sólo según la máxima a través de la cual puedas querer a la vez que se convierta en una ley universal”, “Obra de modo que uses la humanidad en tu persona y en la de cualquier otro siempre a la vez como fin, nunca meramente como medio”.

<sup>3</sup> Cf. Aristóteles, *Ética Nicomáquea* y *Ética Eudemia*, Gredos, Madrid, 1995.

<sup>4</sup> Cf. Justiniano, *Instituciones* y *Digesta*, en P. Krueger (ed.), *Corpus Juris Civilis*, Weidmann, Dublín y Zurich, 1973.

Kant propone la creación de una federación de Estados libres, capaz de generar leyes aplicables a todos los miembros de la federación, leyes que prohíban entre otras cosas la mentira en los tratados, la compra de Estados o el uso de la violencia por parte de unos Estados para inmiscuirse en el gobierno de otros<sup>5</sup>.

#### **1.1.4. La justicia en *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*, como defensa de la libertad y la igualdad.**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>6</sup> proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, se compone de un preámbulo y 30 artículos. La gran novedad de esta Declaración frente a la legislación internacional previa es que supone que los seres humanos individuales poseen derechos internacionales como individuos y no como ciudadanos de algún Estado en particular.

Dos valores son sin duda los básicos en la Declaración: la libertad y la igualdad. El valor de la *libertad* ha dado origen a la llamada primera generación de derechos humanos, son los derechos civiles y políticos. El valor de la *igualdad* ha dado origen a la segunda generación de derechos humanos, son los derechos económicos, sociales y culturales. Hoy en día se ha ampliado la lista de derechos humanos con una tercera generación de derechos humanos, que incluiría el derecho a la paz internacional, y a un medio ambiente limpio.<sup>7</sup>

En la Declaración Universal todos los seres humanos son considerados iguales en dignidad y derechos, con independencia de la raza, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, opinión política, o posición económica. Y todos tienen derecho a la vida y a la seguridad.

Se prohíbe la esclavitud y se prohíbe también privar a otro arbitrariamente de su propiedad. Se defienden las siguientes libertades civiles y políticas: Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; libertad de opinión y expresión; libertad de

---

<sup>5</sup> Cf. Immanuel Kant, *Sobre la paz perpetua*, Tecnos, Madrid, 1996.

<sup>6</sup> Para consultar el texto de esta Declaración así como de los diversos pactos y convenciones ver Ana Salado Osuna, *Textos básicos de las Naciones Unidas relativos a derechos humanos y estudio preliminar*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, Sevilla, 1997.

<sup>7</sup> Adela Cortina considera que esta generación de derechos viene orientada por el tercero de los valores que defendió la Revolución Francesa: la fraternidad, que la tradición socialista, entre otras, transformó en el valor de la solidaridad. Ver Adela Cortina, *La ética de la sociedad civil*, Anaya, Madrid, 1994, pp. 104-109.



reunión y asociación; libertad para circular dentro del propio Estado y para salir de cualquier país; libertad para salir del propio país en caso de persecución por motivos políticos, buscar asilo en otro, y derecho a obtenerlo; libertad para casarse y fundar una familia. Se considera justo respetar las leyes establecidas en el propio Estado cuando las leyes tengan por finalidad garantizar el respeto a las libertades de todos en un orden democrático.

Los artículos del 6 al 11 hacen referencia a las garantías que todo ser humano debe tener ante la ley y la administración de justicia. El mensaje básico de esos artículos es que todos los seres humanos somos iguales ante la ley y hemos de poder recurrir ante los tribunales si se violan nuestros derechos fundamentales. Nadie puede ser detenido, preso o desterrado de manera arbitraria. Toda persona tiene derecho a ser oída por un tribunal independiente e imparcial para el examen de cualquier acusación contra ella y tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se demuestre su culpabilidad.

La concepción de justicia como redistribución de los bienes económicos, sociales y culturales de una sociedad aparece plasmada en la Declaración Universal a partir del artículo 22. Se defienden medidas igualitarias para todos los seres humanos mediante los siguientes derechos: derecho a la seguridad social; derecho al trabajo, con un salario igual por un trabajo igual, y a sindicarse para la defensa de sus intereses; derecho al descanso, al tiempo libre y a vacaciones pagadas; derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar: alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, etc.; derecho a recibir un ingreso económico cuando la persona no pueda ganárselo por sí misma, por causas ajenas a su voluntad: por desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez, etc.; derecho a la educación, siendo obligatoria la instrucción elemental; derecho a tomar parte en la vida cultural de la comunidad, en las artes y las ciencias.

#### **1.1.5. La justicia consiste en la sociedad que uno crearía si no supiera el lugar que ocupará en ella.**

Entre los autores contemporáneos que han tratado el tema de la justicia tiene un lugar destacado John Rawls, especialmente gracias a su libro *Teoría de la justicia*<sup>8</sup>,

---

<sup>8</sup> John Rawls, *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1993.

publicado en 1971. Heredero de las teorías contractualistas, diseña una situación donde se realiza el contrato que crea al Estado. Rawls llama a esa situación la *posición original*. En esa posición los seres humanos están situados tras lo que él llama “el velo de la ignorancia”. Allí los seres humanos no saben qué lugar van a ocupar en la sociedad que se va a crear porque no saben los detalles que conciernen a sí mismos y a sus representados: sexo, raza, edad, nivel cultural, generación a la que pertenecen, etc. Son egoístas racionales, es decir, van a escoger lo que consideran mejor para ellos. Saben que podría tocarles en suerte el peor puesto de la sociedad. Por ello todos desean crear una sociedad en la que, aun perteneciendo al grupo de miembros más desfavorecidos, estén mejor que siendo los más desfavorecidos en cualquier otro tipo de sociedad.

La posición original refleja el punto de vista de la imparcialidad, y desde esa situación Rawls deduce los dos principios de la justicia que han de regir las instituciones sociales:

1) Toda persona tiene derecho al más amplio número de libertades básicas, compatibles con las libertades de los demás.

2) Las desigualdades económicas y sociales sólo están justificadas si se dan dos circunstancias: 2.a.) las desigualdades permiten que los menos aventajados de la sociedad posean un nivel económico y social más elevado del que poseerían en una sociedad más igualitaria, de acuerdo con un principio de ahorro justo, y 2.b.) existe igualdad de oportunidades para adquirir cargos y funciones.

#### **1.1.6. La justicia consiste en lo aceptado sin coacción por todos los afectados tras un diálogo en condiciones de igualdad.**

Los filósofos Karl-Otto Apel<sup>9</sup> y Jürgen Habermas<sup>10</sup>, defensores de la ética del diálogo, teoría que iniciaron en los años 70 y que continúan desarrollando en nuestros días, basan su pensamiento en un principio que podemos resumir de la siguiente manera: “Una acción es justa si es aceptada sin coacción por todos los afectados tras un diálogo en condiciones de igualdad”. Apel y Habermas entienden que las

<sup>9</sup> Karl-Otto Apel, “La ética del discurso como ética de la responsabilidad. Una transformación posmetafísica de la ética de Kant”, *Teoría de la verdad y ética del discurso*, Paidós/I.C.E.-U.A.B., Barcelona / Buenos Aires / México, 1991.

<sup>10</sup> Jürgen Habermas, “Ética del discurso. Notas sobre un programa de fundamentación”, *Conciencia moral y acción comunicativa*, Península, Barcelona, 1985.

condiciones en que se producen los diálogos en la actualidad no son racionales, y que la justicia se realizará en el mundo cuando alcancemos una situación de diálogo que Habermas llama “situación ideal de habla” y Apel “comunidad ideal de comunicación”. En dicha situación ideal, los interlocutores tienen cubiertas sus necesidades básicas, porque sin este requisito no es posible siquiera tener la capacidad de dialogar, conocen la información relevante sobre el tema que se discute, no son coaccionados, disponen del tiempo suficiente para que cada uno exprese su opinión sobre la cuestión, y cada uno no busca únicamente su propio beneficio sino que hace propuestas que todos puedan aceptar. Los interlocutores resuelven los conflictos a través del *consenso*, es decir, cada uno de ellos acepta una solución porque internamente está convencido de que es la que contiene en mayor medida los intereses comunes. Lo aceptado por consenso en dicha situación es expresión de la voluntad común y corresponde a lo justo.

Obviamente las condiciones en la realidad son muy diferentes a las de una situación ideal de diálogo. Pero podemos medir en qué grado nuestras sociedades son más o menos justas por lo próximas o por lo alejadas que se encuentran de realizar esa situación ideal. Así, los Estados que hacen leyes como respuesta a los intereses expresados de sus ciudadanos son más justos que los Estados que no atienden a las demandas de sus miembros, o que ni siquiera fomentan la educación entre ellos para que sean conscientes de sus propias opiniones.

## **1.2. La noción de “responsabilidad”.**

### **1.2.1. Consecuencias intencionadas de la acción.**

Una condición para la existencia de la responsabilidad es el poder causal. Pero si sólo tomamos en consideración el poder causal, entonces la responsabilidad sólo tiene un sentido *legal*. Así, cuando el que actúa es la *causa* de un resultado malo, entonces se le castiga, incluso aunque no haya querido hacer algo malo pues, en ese caso, su delito es la negligencia<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Hans Jonas, *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Suhrkamp, Frankfurt del Meno, 1984, p. 157. Hay trad. cast. en *El principio responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Herder, Barcelona, 1995.

El que actúa es castigado *moralmente* examinando los *motivos* de la acción. También examinando las consecuencias de su acción en tanto dichas consecuencias eran previstas o podrían haber sido previstas. El que alguien quiera cometer un delito es ya, por sí mismo, un delito, y castigable moralmente. Y aún más cuando de hecho lo comete intencionadamente.

### **1.2.2. Cuando el destino de otros está en nuestras manos.**

Para comprender el significado del término “responsabilidad”<sup>12</sup> resulta útil formularse la siguiente pregunta: “¿qué quiere decir ‘actuar de modo irresponsable’? El jugador que apuesta su fortuna en el casino actúa imprudentemente, pero si es padre de familia, entonces actúa de modo irresponsable. “Sólo quien tiene responsabilidad puede actuar irresponsablemente”<sup>13</sup>. La responsabilidad es una relación no-recíproca, donde el destino de otros está en manos del que actúa. Ejercer el poder sin considerar la obligación hacia otros es “irresponsable”. Entre seres humanos con el mismo poder no hay responsabilidad en sentido estricto. Entre hermanos, por ejemplo, aparece la responsabilidad sólo cuando uno de ellos necesita especial ayuda.

La responsabilidad puede estar instituida por la naturaleza, p. ej. padre-hijo, o “artificialmente”, p. ej. una oficina de la Administración. En el segundo caso la responsabilidad está circunscrita a una determinada tarea con un contenido y un tiempo prefijados, y contiene un elemento de elección.

### **1.2.3. Anticiparse al futuro.**

Los padres son responsables por los que todavía se han de convertir en hombres, y este “convertirse” tiene unas fases predeterminadas, que se han de pasar, cada una a su tiempo. La meta es *ser adulto*. A partir de entonces, lo que hasta ahora era objeto se convierte en sujeto mismo de responsabilidades.

No podemos saber lo que ocurrirá en el futuro pero, a veces, determinados seres humanos son capaces de advertir y aprovechar lo que podríamos llamar “*oportunidades históricas*” que deciden el destino colectivo. El análisis moderno de las

---

<sup>12</sup> Ibid., al. p. 175, cast. p. 164.

<sup>13</sup> Ibid., al. p. 176, cast. p. 165.

causas sociales y económicas intenta alcanzar conocimiento sobre lo todavía-no-ocurrido; y el actual poder del Estado sobre la sociedad favorece el poder del pronóstico. Debe hacerse un uso responsable de tal conocimiento.

Aunque nuestro saber analítico-causal es cada vez mayor, Jonas piensa que hoy hacer pronósticos resulta más difícil de lo que fue para nuestros antepasados. La causa se halla en la situación de constante *cambio* propia de nuestras sociedades. “Nosotros sabemos -y tal vez es lo único que sabemos- que la mayoría de las cosas serán *distintas*”<sup>14</sup>. Las sociedades premodernas eran *estáticas*, pero nuestras sociedades son *dinámicas*.

No se pueden anticipar inventos venideros, por ello todo permanece abierto. No obstante, existen acciones que son criticadas hoy porque “según los datos y rasgos actuales” representan un riesgo para la humanidad futura. El pronóstico sirve entonces como advertencia para disminuir tales acciones.

#### **1.2.4. Contribuir al progreso de la humanidad.**

Cuando Jonas y Apel hablan sobre “responsabilidad”, ambos tienen a la vista un gran número de problemas del mundo actual que precisan solución urgente; uno de ellos es, por ejemplo, la crisis ecológica. Las nuevas relaciones entre los hombres y la naturaleza en la era de la ciencia y la tecnología han ocasionado esta crisis. Hoy advertimos claramente que los recursos de la naturaleza son limitados, y que la destrucción de la ecosfera afecta a las condiciones de la supervivencia de los hombres.

A causa de esta crisis ecológica Jonas defiende que necesitamos una nueva ética de la responsabilidad por el futuro. El principio responsabilidad significa en Jonas *conservar al hombre* “preservar la integridad de su mundo y de su esencia frente a los abusos de su poder”<sup>15</sup>.

Apel se pregunta si podemos salvar realmente la vida y la dignidad de los hombres a través de la conservación de su situación actual. No podemos conservar la dignidad de los hombres si tal dignidad todavía no existe.

Para Jonas, lo más importante es que la sucesión de generaciones en el tiempo “debe continuar”. Por ello formula el imperativo categórico de la siguiente manera:

---

<sup>14</sup> Ibid., al. p. 216, cast. p. 200.

<sup>15</sup> Ibid., al. p. 9, cast. p. 17.

“Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica en la Tierra”<sup>16</sup>.

Pero, según Apel, esto muestra más bien “que *la responsabilidad por principio de los hombres entre sí*, es una relación potencial que se vuelve *actual* sólo en consonancia con una ventaja fáctica del poder”<sup>17</sup>. En el fondo de esta crítica se halla la teoría de Apel sobre la tendencia a la realización en la situación histórica de una comunidad ideal de comunicación.

Apel muestra con ello la necesidad “de seguir un principio del progreso junto con el imperativo de la conservación del ‘ser ahí’ y de la dignidad del hombre”<sup>18</sup>.

### **1.2.5. Todos somos, en parte, corresponsables por lo que ocurre.**

Nuestro concepto tradicional de responsabilidad, es decir, de la responsabilidad atribuible individualmente a cada persona por separado, ya no es suficiente en nuestros días.

En los discursos prácticos entre los sujetos que se reconocen como poseedores de los mismos derechos, han de reconocerse también como corresponsables, y alcanzar conjuntamente las soluciones concretas de todos los problemas social y éticamente relevantes. Somos todos en cierto grado corresponsables por transformar las condiciones actuales y llegar a una situación de mayor justicia para todos.

## **1.3. Justicia y responsabilidad como base de una ética intercultural.**

### **1.3.1. La dimensión universalista de la justicia.**

Apel piensa que es posible el diálogo entre las diversas culturas y que se pueden ofrecer buenas razones para aceptar o rechazar mutuamente pensamientos o

---

<sup>16</sup> Hans Jonas, *Das Prinzip Verantwortung*, op. cit., al. p. 36, cast. p. 40.

<sup>17</sup> Karl-Otto Apel, “Verantwortung heute – nur noch Prinzip der Bewahrung und Selbstbeschränkung oder immer noch der Befreiung und Verwirklichung von Humanität” (1986), *Diskurs und Verantwortung*, op. cit. p. 197.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 216.

tradiciones. Además presupone la necesidad de llegar a consensos<sup>19</sup> entre las diversas culturas, al menos como idea regulativa.<sup>20</sup> Podemos decir que una idea central en el pensamiento de este autor es la complementariedad entre una macroética universalista de lo justo para todos, y una etno-ética de lo bueno para cada una de nuestras culturas particulares. Nuestro autor concede prioridad al marco de lo justo frente a lo bueno defendido por cada cultura. Dar prioridad aquí significa que, en primer lugar, es necesario partir del supuesto de que compartimos unos valores formales comunes, y en segundo lugar, iniciar el discurso sobre los diferentes modos substanciales de entender la vida y la muerte, peculiares de cada cultura.

### **1.3.2. La búsqueda de consensos entre los miembros de diversas culturas.**

¿Cuáles son esos valores formales que compartimos? Un valor central es, sin duda, el diálogo entre afectados en condiciones de racionalidad comunicativa, como idea regulativa del procedimiento para la resolución de conflictos.

Quien argumenta sobre normas morales no puede negar -bajo pena de resultar contradictorio-, que presupone la posibilidad de que pudieran ser aceptadas por todos los miembros de una comunidad ideal de comunicación. Según nuestro autor, esto es válido también para el que discute sobre problemas morales en un mundo multicultural<sup>21</sup>.

Apel, que define el concepto de *cultura* como “tradición de valores ético-religiosos”<sup>22</sup>, considera que el discurso no está atrapado, en cada caso, por la propia tradición cultural. La base para afirmar que los Derechos Humanos no son dependientes de una cultura, se halla en las condiciones de posibilidad del discurso sobre esa cuestión.

El consenso, en condiciones ideales de discurso, se convierte en idea regulativa para los conflictos en el mundo de la vida cotidiana. Por tanto, nos vemos obligados a

---

<sup>19</sup> Cf. Max Maureira / Juan Carlos Siurana, “¿Es posible llegar a consensos en sociedades multiculturales? Una aproximación desde la ética del discurso de K.-O. Apel”, *Dilema. Revista de Filosofía*, vol. 1, n° 1, mayo, 1997, pp. 32-37.

<sup>20</sup> Cf. Karl-Otto Apel, “Anderssein, ein Menschenrecht? Über die Vereinbarkeit universaler Normen mit kultureller und ethnischer Vielfalt”, en Hoffmann/Kramer (eds.), *Anderssein, ein Menschenrecht*, Beltz, Weinheim, 1995, p. 12; “Plurality of the Good? The Problem of Affirmative Tolerance in a Multicultural Society from an Ethical Point of View”, manuscrito inédito, Francfort del Meno, 1995, p. 9.

<sup>21</sup> Cf. Karl-Otto Apel, “Das Problem des Multikulturalismus in der Sicht der Diskursethik”, manuscrito inédito, Francfort del Meno, 1996, pp. 22-23.

<sup>22</sup> *Ibid.* p. 3.

entender el principio del discurso como compromiso entre la pretensión universal de validez de la justicia, y los intereses de autoafirmación de los individuos y de las comunidades concretas.

El consenso se convierte en una idea regulativa para los discursos entre los representantes de las diversas culturas. Nuestro autor nos recuerda que estos discursos se producen tanto a nivel global como a nivel regional: *A nivel global*, hemos de pensar en las conferencias sobre cuestiones relacionadas con la superpoblación, los derechos de las mujeres, la crisis ecológica, y el reparto financiero de las cargas entre los países industrializados y los países subdesarrollados. *A nivel regional*, que es donde surge realmente en nuestros días el problema del multiculturalismo, debemos enfrentarnos a la dificultad de aprender a convivir en comunidades políticas formadas por individuos de muy diverso origen cultural. Esta situación se percibe de modo paradigmático en las grandes ciudades europeas y estadounidenses que son la meta de la inmigración que proviene de los países desfavorecidos. La presencia del inmigrante en nuestras calles, en nuestros puestos de trabajo, en nuestros centros de salud, pone de manifiesto la necesidad del diálogo entre las culturas.

Es probable que no lleguemos de momento a una solución consensuada de los nuevos problemas que la diversidad cultural plantea, pero si ese es el caso, al menos hemos de ser capaces de llegar a un consenso, fundamentado argumentativamente, sobre las razones de nuestro disenso. Al parecer, eso es todo a lo que cabría aspirar de momento, p. ej., en un diálogo entre miembros de culturas musulmanas y culturas impregnadas del cristianismo, sobre la autorización jurídica de la poligamia.

### **1.3.3. La tolerancia afirmativa.**

Existen dos formas de tolerancia de los miembros de una cultura hacia los miembros de otra: 1) La *tolerancia negativa*, es decir, la neutralidad en el sentido de la no-intervención dentro de las diferentes formas individuales y/o socioculturales de vida. 2) La *tolerancia afirmativa*, que considera un deber apoyar a todas ellas en la búsqueda de sus ideales de vida dentro de los límites de la igualdad de oportunidades para todas. La ética del discurso fundamenta este último tipo de tolerancia entre los habitantes de las diversas culturas. Se trata, por tanto, no solamente de aceptar que otros pueden tener visiones diferentes sobre la vida y la muerte, sino de intentar



comprender el motivo que les ha llevado a pensar de esa manera, buscar puntos de convergencia y, desde ella, promocionar la diversidad como necesaria para una auténtica identidad de cada sujeto en el marco de la cultura en la que ha sido socializado, y para un mayor enriquecimiento mutuo de las sociedades multiculturales. Como dice Apel, “uno ha de intentar comprender hermenéuticamente y evaluar las tradiciones de valor de las diferentes comunidades etno-religiosas y las formas de vida, para apreciar tanto como sea posible, sus posibles contribuciones al enriquecimiento de la vida cultural humana en general.”<sup>23</sup> Pero esto no significa seguir todas las sugerencias de la variedad multicultural de lo bueno, sino medirlas críticamente, tomando como referencia la idea regulativa de la solidaridad en la comunidad ideal de comunicación, de manera que no se puedan sacrificar derechos individuales válidos universalmente para defender valores colectivos de tradiciones particulares.

La aportación de la ética del discurso será la de exigir, justificadamente, los discursos reales entre las partes en conflicto de diversas culturas.

#### **1.3.4. Multiculturalismo y ética intercultural.**

Cortina define la noción de *cultura* como un conjunto de pautas de pensamiento y de conducta que dirigen y organizan las actividades y producciones materiales y mentales de un pueblo. Las diferencias culturales son las que se dan entre el modo de concebir el sentido de la vida y de la muerte, nacidas de distintas cosmovisiones, que justifican la existencia de diferentes normas y valores. El *multiculturalismo* hace referencia al conjunto de fenómenos que derivan de la difícil convivencia en un mismo espacio social de personas que se identifican con culturas diversas. Los problemas se producen cuando en una misma sociedad existen “culturas de primera” y “culturas de segunda”, pues resulta difícil sentirse ciudadano de un Estado que sitúa la propia cultura en segundo lugar.

Cortina, centrándose en la problemática de los Estados poliétnicos, propone trabajar en la línea de una *ética intercultural* “que invita a un diálogo entre las culturas, de forma que respeten sus diferencias y vayan dilucidando conjuntamente qué consideran irrenunciable para construir desde todas ellas una convivencia más justa y

---

<sup>23</sup> Karl-Otto Apel, “Plurality of The Good? The Problem of Affirmative Tolerance in a Multicultural Society from an Ethical Point of View”, manuscrito inédito, Francfort del Meno, 1996, p. 19.

feliz”<sup>24</sup>. Para comprender los intereses de los miembros de otras culturas es preciso tratar de comprender la cultura a la que pertenecen, lo cual posibilita la autocomprensión de la cultura propia.

La ética intercultural fomenta cuatro tareas<sup>25</sup>:

1º) Permitir, en un mismo Estado, la adhesión a identidades culturales diversas.

2º) Rechazar las discriminaciones por motivo de posición social, edad, sexo o raza, aunque sean defendidas por alguna cultura.

3º) Practicar el respeto activo hacia la identidad elegida de las personas.

4º) Comprender las otras culturas, como elemento indispensable para comprender la propia.

El mismo Charles Taylor afirma que el reconocimiento público de la cultura con la que se identifica una persona es indispensable para que se fortalezca su identidad y crezca su autoestima<sup>26</sup>.

Cortina considera indispensable que cada persona elija su identidad, porque las personas aprecian las relaciones que pueden romper. Pero el ciudadano sólo puede elegir su identidad si el Estado protege su autonomía.

La ética intercultural defiende la búsqueda cooperativa de la verdad y la justicia. La norma justa es la aceptada por todos los afectados tras un diálogo en condiciones de simetría, un diálogo que exige la comprensión de los diversos bagajes culturales de los interlocutores. Al Estado corresponde asegurar “un espacio público autónomo en el que entablen un diálogo abierto los diferentes grupos culturales y las diversas asociaciones de distinto cuño”<sup>27</sup>.

#### **1.4. La justicia como principio de la bioética.**

##### **1.4.1. Los principios de la bioética.**

<sup>24</sup> Adela Cortina, *Ciudadanos del mundo*, Alianza, Madrid, 1997, p. 183.

<sup>25</sup> *Ibid.*, pp. 186-187.

<sup>26</sup> Cf. Charles Taylor, *El multiculturalismo y “la política del reconocimiento”*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1993 (trad. del original ingl. en *Multiculturalism and “The Politics of Recognition”*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 1992).

<sup>27</sup> Adela Cortina, *Ciudadanos del mundo*, op. cit., p. 216.

En el año 1974, el Congreso de los Estados Unidos crea la *Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento*, para identificar los principios éticos básicos que deben regir la investigación con seres humanos en la medicina y las ciencias de la conducta. En 1978 los comisionados publican el “Informe Belmont”<sup>28</sup>, donde distinguen tres principios éticos básicos, por este orden: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Tom L. Beauchamp, miembro de la *Comisión Nacional*, y James F. Childress, en su famoso libro *Principios de ética biomédica*,<sup>29</sup> reformulan estos principios para ser aplicados a la ética asistencial. Los principios, según el orden de su surgimiento histórico, son los siguientes:

#### **1.4.2. No-maleficencia.**

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica “*primum non nocere*” (“lo primero no dañar”). Aunque la máxima como tal no se encuentra en los tratados hipocráticos, sí que existe una obligación de no maleficencia expresada en el Juramento. Así, sobre el uso del régimen para el beneficio de los pacientes, este juramento dice: “si es para su daño (...) lo impediré”<sup>30</sup>.

Este principio solicita “no dañar”. Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia, incluyendo los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos, como la salud y la vida. Beauchamp y Childress, en el diseño del principio de no-maleficencia, se concentran en “los daños físicos, incluyendo el dolor, las incapacidades y la muerte, sin por ello negar la importancia de los daños mentales y otra serie de perjuicios”<sup>31</sup>.

---

<sup>28</sup> Cf. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, “Informe Belmont de 30 de septiembre de 1978. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación”, en María Casado (con la colaboración de Salvador Darío Bergel, Mariana Dobernig, Gonzalo Figueroa Yáñez y Ana Sánchez Urrutia), *Las leyes de la bioética*, Gedisa, Barcelona, 2004, pp. 85-111.

<sup>29</sup> Cf. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1999.

<sup>30</sup> Hipócrates, “Juramento”, *Tratados hipocráticos*, Madrid, Alianza, 1996, p. 87.

<sup>31</sup> Cf. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principios de ética biomédica*, op. cit., p. 183.

### **I.4.3. Beneficencia**

Si la no-maleficencia consiste en no causar daño a otros, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminarlo o hacer el bien. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia la incluye siempre.

Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia:

- 1) La *positiva*, que requiere la provisión de beneficios.
- 2) La *de utilidad*, que requiere un balance entre los beneficios y los daños.

La *beneficencia* puede entenderse como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. Es un acto realizado por el bien de otros. Pero cuando Beauchamp y Childress hablan del *principio de beneficencia*<sup>32</sup> no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina.

Cuando la beneficencia se practica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en el *paternalismo*.

### **I.4.4. Autonomía.**

Para Beauchamp y Childress, una persona autónoma es la que “actúa libremente de acuerdo con un plan elegido”<sup>33</sup>.

La autonomía es un concepto que admite grados, por eso, para tomar decisiones en casos clínicos, no nos interesa tanto el concepto de autonomía como la noción de *acción autónoma*. Una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace:

- a) intencionadamente,
- b) con comprensión y

---

<sup>32</sup> Cf. *ibid.*, p. 245.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 114.

c) sin coacción, es decir, sin influencias controladoras que determinen su acción.

La intencionalidad no admite grados, la comprensión y la coacción sí. Para poder determinar si una acción es autónoma, tenemos que conocer si es o no intencional y, además, comprobar si supera un nivel substancial de comprensión y de ausencia de coacciones.

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a tomar decisiones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad, y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

El paradigma de la autonomía en bioética es el consentimiento informado. Dicho consentimiento, para ser válido, ha de darse sin ningún tipo de presiones y con una clara comprensión por parte del paciente.

#### **1.4.5. Justicia.**

Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados, han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social. La máxima clásica de Ulpiano dice que la justicia consiste en “dar a cada uno lo suyo”. De un modo similar, Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente.

El término relevante en este contexto es el de *justicia distributiva* que, según estos autores, se refiere a “la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social”<sup>34</sup>. Los problemas de la justicia distributiva aumentan bajo condiciones de escasez y competición.

---

<sup>34</sup> Ibid., p. 312.

El principio de justicia en bioética pone límites a lo que un paciente puede solicitar al médico. El paciente no podrá pedir menos de lo que la sociedad considera un mínimo decente, pero tampoco podrá pedir más de lo que la sociedad puede ofrecerle en el marco de una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

## **1.5. Justicia y responsabilidad como marco de una bioética intercultural.**

### **1.5.1. La fundamentación de una bioética universal.**

Javier Sádaba reconoce que “los méritos de Beauchamp y Childress estriban, en cualquier caso, en haber sido los primeros en construir una especie de bioética universal restringida, llamando la atención sobre los principios y reglas que deberían regirla”<sup>35</sup>. Pero considera que cabría una mejor fundamentación de una bioética universal.

La ética que demanda la situación actual debe ser fuerte en el sentido de pedir, como cuestión básica, un reconocimiento de todos los individuos en cuanto que son sujetos de derechos. Y desde ahí respetar a cada uno precisamente por eso. La idea de *dignidad* se basa en la consideración de cada uno de los individuos humanos como sujetos de derechos.

La moral que defiende Sádaba insiste en que el ser humano autónomo es, en sí mismo, un ser respetable y con derechos que nadie puede eliminar. “La dignidad no es un trasunto metafísico, sino la realidad de un ser que debe ser respetado en sus derechos”<sup>36</sup>.

Sádaba habla de una “ética universal del respeto”, y pone como ejemplo que si alguna vez se clona a un ser humano tendrán que darse las garantías de que no se le va a usar como mero medio. La cuestión es si se lesiona un derecho humano o no.

### **1.5.2. Una bioética interdisciplinar y laica.**

---

<sup>35</sup> Javier Sádaba, *Principios de bioética laica*, Gedisa, Barcelona, 2004, p. 50.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 52.

Victoria Camps, por su parte, nos dice que la ética del siglo XXI tiene que ser una ética sin atributos: no una ética católica, evangélica, islámica, sino laica. Entendiendo por tal “una ética que procura valer para todos, independientemente de las diferencias culturales o ideológicas que separan a las personas y a los pueblos, y lo hace intentando aportar las respuestas más razonables”<sup>37</sup>. Las “razonables” son aquellas respuestas para las que tenemos razones, buenas razones o razones suficientes, que muchas veces no pueden ser nada más que razones compartidas. Por eso, la ética laica está fundamentada básicamente en el diálogo. “La mejor respuesta será aquella que resulte de la confrontación de opiniones diversas y que haya tenido en cuenta todas las opiniones discrepantes, en especial las de aquellos que pueden verse más afectados por el problema de que se trate”<sup>38</sup>.

Según Camps, “las condiciones para una bioética aceptable son dos: que sea *interdisciplinar* y que sea *laica*”<sup>39</sup>. La bioética debería conseguir que los distintos conocimientos aprendan a comunicarse y a utilizar un lenguaje inteligible para todos. La filosofía es la primera disciplina que tiene que renunciar al lenguaje críptico tradicional en ella, y a la especulación muchas veces vacía por la excesiva abstracción de sus conceptos. Pero también las ciencias de la salud o de la vida han de despojarse de tecnicismos y evitar reduccionismos que impiden abrirse a preguntas más trascendentes.

Para esta autora no tiene sentido una diversidad ética absoluta, sin puntos de contacto y de encuentro que unan bajo un denominador común las distintas creencias o puntos de vista. Para lograr ese punto de encuentro sólo nos queda afinar en el procedimiento en la toma de decisiones correctas. Un procedimiento que consistirá en el diálogo, la discusión y la deliberación.

El tratamiento de nuevos problemas tiene que realizarse desde la laicidad. Es decir, “hay que evitar todas aquellas posturas que no puedan ser aceptadas por todos, independientemente de las religiones, las culturas o las costumbres que nos distinguen. Sólo así podremos pretender un discurso universal”<sup>40</sup>.

Camps nos recuerda que, al fin y al cabo, la moral tiene un origen común que podemos sintetizar en la llamada “regla de oro”, y que se remonta a Confucio. Una

<sup>37</sup> Victoria Camps, *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*, Ariel, Barcelona, 2005, p. 12.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 27.

regla popularizada con el dicho: “No hagas a los demás lo que no quisieras que te hicieran a ti”. Es la regla del respeto y del reconocimiento mutuo, el reconocimiento de la dignidad intrínseca a cualquier ser humano.

Respecto a los principios de la bioética propuestos en su día por el conocido *Informe Belmont* -la beneficencia, la autonomía y la justicia-, Camps afirma: “Tales principios no hacen sino traducir al lenguaje bioético los derechos humanos”<sup>41</sup>. Así, se le pide al profesional que se rija por el deber de hacer el bien, lo que, en principio, implica velar por la vida del paciente y restaurarle la salud. Pero, al mismo tiempo, dicho precepto se ve limitado por el respeto debido a la libertad de la persona, por una parte, y por la obligación de cooperar con una sociedad y unas instituciones que procuran ser más equitativas y justas. “El derecho a la vida, a la libertad y a la igualdad constituyen el subsuelo de los principios de beneficencia, autonomía y justicia”<sup>42</sup>.

Otra orientación relevante es la que gira en torno al valor del cuidado, ligado en parte a la perspectiva feminista, y desde el que es necesario repensar los fines de la medicina en la línea del documento de *The Hastings Center*, donde se establece que uno de los nuevos objetivos es cuidar a los incurables. En opinión de Camps, el derecho a la igualdad obliga a universalizar el valor del cuidado, como hemos universalizado el valor de la justicia.

---

<sup>41</sup> Ibid., p. 15.

<sup>42</sup> Ibid., p. 15.



## Bibliografía

- Apel, Karl-Otto, *Diskurs und Verantwortung*, Suhrkamp, Francfort del Meno, 1988.
- Apel, Karl-Otto, *Teoría de la verdad y ética del discurso*, Paidós/I.C.E.-U.A.B., Barcelona, 1991.
- Apel, Karl-Otto, “Anderssein, ein Menschenrecht? Über die Vereinbarkeit universaler Normen mit kultureller und ethnischer Vielfalt”, en Hoffmann/Kramer (eds.), *Anderssein, ein Menschenrecht*, Beltz, Weinheim, 1995.
- Aristóteles, *Ética Nicomáquea y Ética Eudemia*, Gredos, Madrid, 1995.
- Beauchamp, T. L. y Childress, James F., *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1999.
- Camps, Victoria, *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*, Ariel, Barcelona, 2005.
- Cortina, Adela, *La ética de la sociedad civil*, Anaya, Madrid, 1994.
- Cortina, Adela, *Ciudadanos del mundo*, Alianza, Madrid, 1997.
- Habermas, Jürgen, *Conciencia moral y acción comunicativa*, Península, Barcelona, 1985.
- Hipócrates, “Juramento”, *Tratados hipocráticos*, Madrid, Alianza, 1996.
- Jonas, Hans, *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Suhrkamp, Francfort del Meno, 1984. Hay trad. cast. en *El principio responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Herder, Barcelona, 1995.
- Justiniano, *Instituciones y Digesta*, en P. Krueger (ed.), *Corpus Juris Civilis*, Weidmann, Dublín y Zurich, 1973.
- Kant, Immanuel, *Sobre la paz perpetua*, Tecnos, Madrid, 1996.
- Maureira, Max y Siurana, Juan Carlos, “¿Es posible llegar a consensos en sociedades multiculturales? Una aproximación desde la ética del discurso de K.-O. Apel”, *Dilema. Revista de Filosofía*, vol. I, nº 1, mayo, 1997, pp. 32-37.
- Platón, *Diálogos IV. República*, Gredos, Madrid, 1992.
- Rawls, John, *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1993.
- Sádaba, Javier, *Principios de bioética laica*, Gedisa, Barcelona, 2004.

Salado Osuna, Ana, *Textos básicos de las Naciones Unidas relativos a derechos humanos y estudio preliminar*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, Sevilla, 1997.

Taylor, Charles, *Multiculturalism and "The Politics of Recognition"*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 1992. Hay trad. cast. en *El multiculturalismo y "la política del reconocimiento"*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1993.

## **2. REFERENTES DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL: LAS PERSONAS MAYORES VULNERABLES Y LOS PROVEEDORES DE CUIDADOS**

**Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis**

### **2.1. El envejecimiento poblacional en España y en la ciudad de Valencia.**

España es un país envejecido (casi el 17% son mayores de 65 años), y en el estado español, la ciudad de Valencia ocupa un lugar destacado, aunque no se encuentre entre las ciudades más envejecidas. Del Padrón Municipal de la ciudad de Valencia, de 2006 se desprende que casi siete millones y medio de habitantes tienen en España 65 ó más años de edad, representando justamente el 16,74% de la población.

En España aproximadamente 4 millones de mujeres y 3 millones de hombres exactamente, 7.059.035 son personas mayores de 65 años. Si observamos la pirámide poblacional de la sociedad española, que representa el número de habitantes por sexo y grupo de edad, vemos cómo el número de personas que sobrepasan los 65 años e incluso los 75 ó más es grande, pero que en unos pocos años (10-15 años) los hijos del *baby boom* español (los nacidos entre 1955 y 1975, momento de mayor número de nacimientos en España -la parte más ensanchada de la gráfica-) harán que la pirámide ensanche en su cúspide: las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) señalan que España alcanzará los 53 millones de personas en 2050 y la población de 65 ó más años prácticamente duplicará su peso relativo sobre el total de la población, pasando del 17% del total de la población al 30,8% en el año 2050.

Si se comparan las dos pirámides que aparecen en las figuras 1 y 2: la de 1900 y la del 2008, se pueden ver claramente estas diferencias.

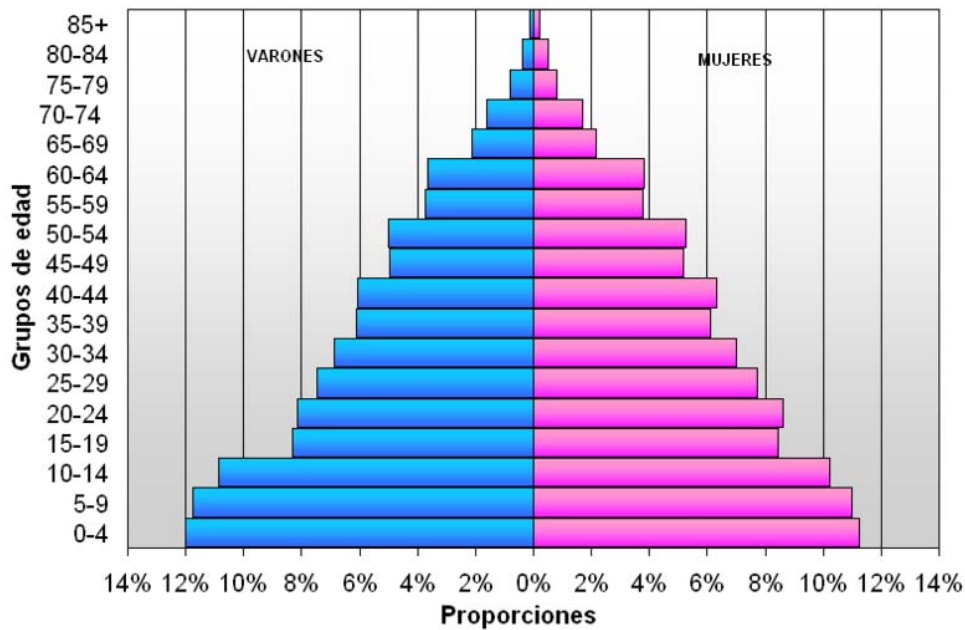


Figura 1. Pirámide de población española en 1900 (Fuente: INE)

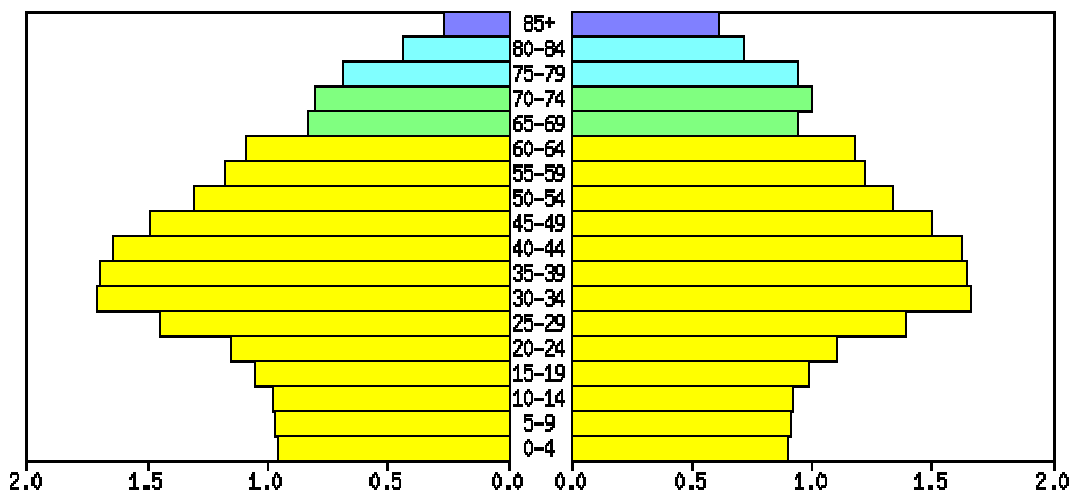


Figura 2. Pirámide de población española en 2008 (Fuente: INE)

Varias son las circunstancias que hacen de la España de hoy una sociedad con una pirámide poblacional tan distinta a la de 1900:

-La *tasa de natalidad*, es decir, el número de nacimientos al año por cada 1.000 habitantes, era en la España de 1900 de 35 por mil. En 1975 era de 18'8 por mil, y en el año 2001 de 9'98 por mil. En consonancia con la disminución de la natalidad, el *promedio de hijos por mujer* ha pasado en España de 2'9 en 1970 a 1'24 en 2001, por debajo del "nivel de reemplazo generacional" (establecido en

2'1 hijos por mujer) y la *edad media a la maternidad*, poco a poco en aumento, se sitúa actualmente por encima de los 30 años (30'9 años en 2005). Afortunadamente, propiciado por la población inmigrante, a partir del año 2002 se inicia un leve repunte de la natalidad española, que, en el año 2006, se sitúa en una tasa de 10'92 por mil, con un promedio de 1'37 hijos por mujer en el año 2006.

-La *esperanza de vida* al nacimiento, que rondaba los 35 años en 1900 y los 50 años en 1940, ha ido aumentando en paralelo a la disminución de la mortalidad general y especialmente de la mortalidad infantil, pasando a situarse en 1970 en 69'5 años para los hombres y en 75 años para las mujeres y en el año 2005 en 76'9 años para los hombres y 83'4 años para las mujeres. La revisión de los censos nos indica que el porcentaje de personas de 40 años de edad se reparte equitativamente entre hombres y mujeres, pero la diferencia a favor de las mujeres va creciendo a partir de los 40 años hasta rozar el porcentaje del 70% en el grupo de 85 años o más.

Centrándonos ahora en la ciudad de Valencia, según el padrón del Ayuntamiento de Valencia, En 2008 hay un total de 139.762 personas mayores de 65 años (en la tabla que sigue, vemos la distribución en grupos de edad y género). La proporción de mujeres en Valencia es superior a la de hombres, sigue el patrón del resto de España, es debido a la mayor tasa de esperanza de vida de éstas frente a los hombres. Vemos un 60.6% del total de mujeres frente a un 55% del total hombres. A medida que se avanza en edad, la diferencia aumenta.

1.2. Mayores de 64 años por grupos de edad y sexo. Años 2007-008

	2007			2008				
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	%	Dones	%
<b>Total</b>	<b>138.731</b>	<b>54.455</b>	<b>84.276</b>	<b>139.762</b>	<b>55.005</b>	<b>39,4</b>	<b>84.757</b>	<b>60,6</b>
65 a 69	35.776	15.818	19.958	35.383	15.699	44,4	19.684	55,6
70 a 74	35.107	15.025	20.082	34.936	14.928	42,7	20.008	57,3
75 a 79	30.094	11.689	18.405	30.581	12.039	39,4	18.542	60,6
80 a 84	21.671	7.433	14.238	21.817	7.587	34,8	14.230	65,2
85 a 89	10.917	3.164	7.753	11.658	3.375	29,0	8.283	71,0
90 a 94	4.057	1.065	2.992	4.188	1.101	26,3	3.087	73,7
95 i més	1.109	261	848	1.199	276	23,0	923	77,0

En el siguiente gráfico vemos más claramente estas diferencias entre hombres y mujeres. La parte de la derecha se mantiene siempre superior respecto de la de la izquierda que representa el porcentaje de hombres.

**Majors de 64 anys segons edat i sexe. 2008**

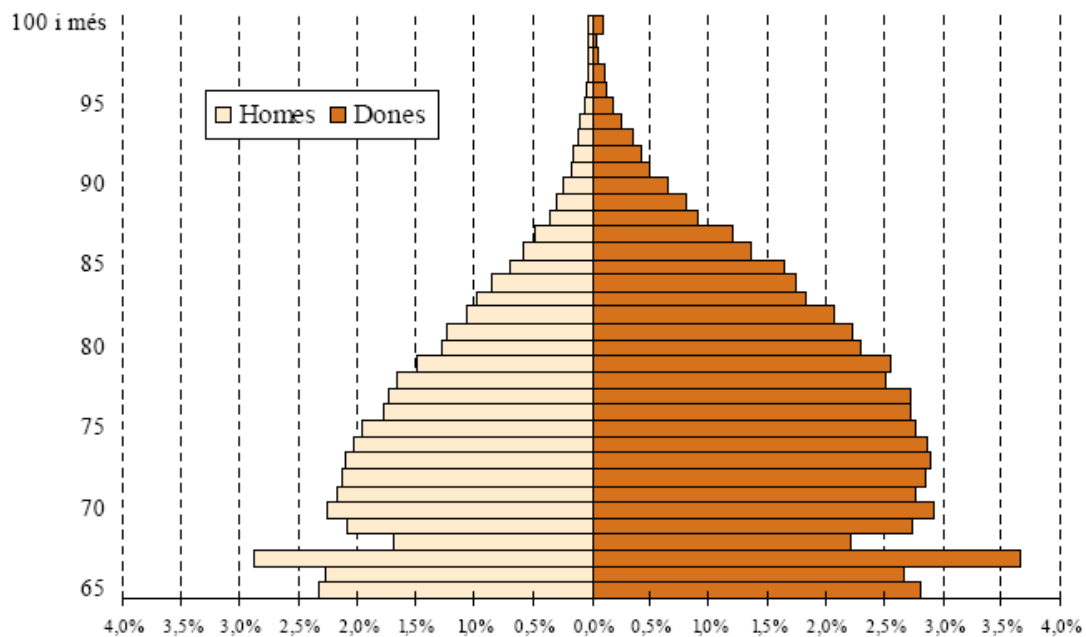


Figura 3. Mayores de 64 años en la ciudad de Valencia por sexo  
 (Fuente: Instituto Valenciano de Estadística)

## 2.2. Las personas mayores vulnerables, la necesidad de cuidados y el apoyo social

Ya hemos visto que, además del envejecimiento poblacional, ha aumentado la esperanza de vida, y esto quiere decir que cada vez más personas llegan a superar los 80, 90 ó los 100 años. Como a más edad, hay más posibilidad de tener dependencia o fragilidad, aparece un número cada vez más grande de personas necesitadas de ayuda para la realización de las actividades cotidianas. Son las personas mayores vulnerables. Parte de esta tarea de ayuda o apoyo social (una parte muy pequeña) es suministrada por los recursos de apoyo social formal (servicios realizados desde las Administraciones Públicas o empresas privadas), otra parte de esta ayuda la realizan los familiares de estas personas mayores, fundamentalmente sus esposas e hijas. La

parte que queda sin cubrir es realizada por empleadas del hogar (mayoritariamente son mujeres, en un 96.6% de los casos según datos del IMSERSO, 2005), y un 40% de éstas son inmigrantes.

El apoyo social ha sido un concepto de interés para distintos profesionales e investigadores en las últimas décadas: tanto sociólogos, como psicólogos, médicos, trabajadores sociales, antropólogos, desde diversos enfoques e intereses, han realizado distintas investigaciones. Con un fin clarificador, podemos partir de una definición sencilla que es la que concibe el apoyo social como *'aquellas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto o afirmación'* (Kahn y Antonucci, 1980). Uno de los primeros autores en definir el concepto de apoyo social fue Caplan (1974) para quien se trata de *'aquellos lazos entre los individuos o entre individuos y grupos que permiten: promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño'*. Unos años más tarde, Cassel (1976) subrayó que la principal función del apoyo social es *'favorecer en el individuo el sentimiento de ser cuidado, amado y que se preocupan por él, de que es valorado y estimado, y que es miembro de una red de obligaciones mutuas'*. Para Kahn y Antonucci (1980) el apoyo social es *'todo proceso de transacciones interpersonales basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos perteneciente a las redes sociales de pertenencia, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, el cual es percibido como transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor'*. Shumaker y Brownell (1984) definen el apoyo social como *'intercambio de recursos entre al menos dos individuos y percibido por el donante y/o por el receptor como dirigido a fomentar el bienestar del receptor'*. Para Díaz-Veiga (1987) el apoyo social podría ser considerado como *'una adaptación cognitiva resultado de la visión individual de las relaciones concretas experimentadas a lo largo del desarrollo social'*. La autora incide en el efecto que las relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual. Autores clásicos en el estudio del apoyo social, como Sarason, Sarason y Pierce (1990), proponen que la verdadera naturaleza del apoyo social se encuentra en los procesos perceptivos de los sujetos implicados (lo que se ha denominado *apoyo social percibido*). Lin y Ensel (1981) han relacionado el apoyo social con la calidad de vida, y lo definen como el conjunto de *'provisiones expresivas o instrumentales -percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis'*.

Las ya clásicas revisiones realizadas por diversos autores (vid. Gottlieb, 1981; Cohen y Syme, 1985) definen el apoyo social como un producto de las interacciones sociales de un individuo dentro de una determinada red social con unas características estructurales específicas. Así, cuando hablamos de apoyo social hacemos referencia a la *existencia o cantidad de relaciones sociales (en general o de un tipo en particular) y a las características estructurales existentes en dichas relaciones sociales*. El análisis de la red social se centra en las dimensiones objetivas de las relaciones que componen dicha red, considerándolas la clave para explicar la provisión de apoyo accesible para el sujeto, y la persona accede a este apoyo social a través de los lazos sociales, bien sea con otros individuos, con grupos o con la comunidad (Lin, Dean y Ensel, 1981). *La red social es, por tanto, el entramado formado por las relaciones humanas en torno a un individuo, grupo o comunidad*. El análisis de la estructura de las redes sociales es el estudio cualitativo del conjunto de relaciones de un individuo, grupo o comunidad a partir de las características de su red social. Para algunos autores, la mera existencia de relaciones parece desempeñar funciones de apoyo. La existencia de lazos sociales frecuentemente parece identificarse con la existencia de apoyo social (Pinazo, 2006): cuanto mayor es el contacto interpersonal mayor es el grado de apoyo recibido. Pero el número de personas con las que interactuamos a diario no tiene por qué reflejar fielmente los recursos sociales de los que un individuo dispone; es decir, lo interesante en las interacciones no es la cantidad sino la calidad, es saber cuáles de ellas son más significativas para la persona en función de las necesidades de cada momento. El estudio longitudinal *Established Populations for Epidemiology Studies of the Elderly* en New Haven (realizado en Connecticut, USA) fue de los primeros en demostrar que las redes sociales protegían de la discapacidad y ayudaban a recuperar la función (cit. en Mendes de León et al., 1999). Más recientemente, dos estudios realizados en el norte de Europa (Dinamarca y Finlandia) describen que la diversidad de contactos sociales predecían el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria (Avlund et al., 2004).

Autores como Katzman hablan del apoyo suministrado a través de las redes sociales por los activos inmersos en ellas. Entendiendo por activos, según Katzman (2000: 294), *“el conjunto de recursos materiales e inmateriales sobre los cuales los individuos y los hogares poseen control y cuya movilización permite mejorar su situación de bienestar, evitar el deterioro de sus condiciones de vida o bien disminuir su vulnerabilidad”*. Un poco



más adelante Katzman (2000: 296) expande la noción de activos: “*los recursos que componen cada activo pueden estar instalados en las personas, en la legislación y las costumbres y en los vínculos con personas e instituciones*”.

Llamémosle activos o apoyo social, pero en cualquiera de los casos debemos tener en cuenta todas las dimensiones implicadas tanto las del nivel estructural como las del nivel contextual. La necesidad de distinguir estos niveles radica en que las variables estructurales son prerequisites indispensables para que las transacciones de apoyo sean posibles, en tanto que la dimensión contextual se sitúa en el proceso de intercambio mismo y explica las razones que lo motivan y la naturaleza de los recursos movilizados.

La *dimensión estructural* del apoyo social hace referencia del mismo modo a las características del sujeto demandante de ayuda como a las del entorno comunitario donde se encuentran los recursos de apoyo reales o los posibles. Nuestros vínculos sociales son la génesis de nuestros recursos de apoyo, y por ello, la falta de integración social (o soledad social) se considera incompatible con el bienestar. También en la dimensión estructural hay que tener en cuenta el perfil psicosocial del individuo receptor que determinará el grado de inclusión/exclusión social (o marginación en las redes sociales) y la posibilidad que tiene de generar recursos de apoyo. No hay que olvidar que estos procesos están mediados por la procedencia socio-cultural de los sujetos y su estadio evolutivo, entre otros factores.

La interacción entre los parientes en la red exige el establecimiento de canales de relación a través de los cuales fluyen información, ayuda recíproca de distinto tipo y reconocimiento del otro. El concepto de red activa se aplica al conjunto de interrelaciones que se producen en el marco más amplio de la red familiar de la que forman parte todos los parientes vivos, con independencia de su participación en el sistema de relación e intercambio.

El apoyo social se ha considerado uno de los principales recursos para la calidad de vida. La principal fuente de apoyo social procede de los compromisos, los vínculos afectivos y la pertenencia a grupos y comunidades. Los vínculos afectivos entre las personas constituyen un elemento esencial para un desarrollo saludable a lo largo de todo el ciclo vital, o lo que es lo mismo, el apoyo social se relaciona con distintas enfermedades bien a través de su influencia en los patrones conductuales que

incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos o bien por su efecto sobre las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos.

Las investigaciones realizadas por Cassel (1974), Caplan (1974) y Cobb (1976) sobre los efectos protectores en la salud de los vínculos sociales con el grupo primario, comprobaron que los sujetos sometidos a situaciones estresantes en compañía de pares significativos o en un contexto interactivo de apoyo no mostraban los cambios negativos en la salud que presentaban aquellos que vivían tales situaciones en condiciones de aislamiento social. Más recientemente, Berkman y Glass (2000) han elaborado un modelo conceptual sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud. El modelo presenta una cascada de acontecimientos en la que los condicionantes socioestructurales de una comunidad determinan unos patrones de redes sociales específicos que, a través de diversos mecanismos, actúan sobre vías comunes psicológicas, fisiológicas o de hábitos de vida que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud. Entre los condicionantes socioestructurales (*nivel macrosocial*) se encuentra la cultura, la economía, y la política de una determinada sociedad y los cambios sociales como el envejecimiento, la urbanización o las situaciones catastróficas a las que haya estado expuesta. Las redes (*nivel mesosocial*) se describen por sus componentes y por las características de los lazos. Entre los mecanismos psicosociales (*nivel microsociales*) se encuentra el apoyo social (instrumental, informacional o emocional), la vinculación social, el contacto interpersonal o la satisfacción con las relaciones.

Para Caplan (1986) un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, al proporcionar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales y al proporcionar feedback acerca de la propia identidad y desempeño. En suma, el apoyo social puede ayudar a la gente a movilizar sus recursos psicológicos y a dominar sus tensiones emocionales; puede ayudar a compartir tareas; puede proporcionar a otras personas ayuda material e información para hacer frente a las situaciones estresantes concretas a las que están expuestos. Cuando el apoyo social que ofrecen los recursos formales de apoyo no es suficiente, es necesario recurrir al apoyo social informal, familia o cuidadores, aquellas personas que cotidianamente van a

estar disponibles para ofrecer el cuidado que la persona mayor dependiente necesita. Porque el apoyo social es necesario al ser predictor de mejor calidad de vida y salud.

Entre los muchos trabajos publicados que demuestran la relación del apoyo social con los problemas de salud, destacan las investigaciones que relacionan la carencia de apoyo social y el aislamiento con la mortalidad o aquellos que señalan la asociación entre la percepción de apoyo social, la salud y el ajuste psicológico (Veiel y Baumann, 1992, entre otros). Strobe et al. (1982) observaron en grupos de personas mayores que los sujetos que habían perdido a sus parejas tenían una probabilidad de morir tres veces mayor que aquellas casadas y con edades similares. Quizás una explicación sea la tendencia a ser negligentes con la propia salud cuando se carece de relaciones importantes de apoyo; otros, sugieren que el sistema inmunitario se deteriora y funciona de una forma menos efectiva en ausencia de figuras importantes de apoyo.

Las relaciones sociales próximas tienen funciones protectoras contra la enfermedad: pueden constituir un valioso recurso para completar o a veces sustituir la red asistencial pública; el apoyo social puede disminuir la necesidad de hospitalización o el tiempo de permanencia en el hospital; prevenir o posponer la necesidad de institucionalización y disminuir la necesidad de servicios sociales u oficiales; aumentar la adhesión a un régimen médico; e incluso aumentar la probabilidad de que un individuo intente practicar y mantener conductas de salud preventiva. Si se les pregunta a las personas mayores dónde desean vivir, la mayor parte de ellas dice que en su propia casa, ahora bien siempre que sean necesarios, con un mínimo de cuidados que posibiliten su calidad de vida.

El apoyo social informal es un importante factor para el envejecimiento satisfactorio (Rowe y Kahn, 1998). Entendiendo por apoyo social aquella red de relaciones que proporcionan compañía, ayuda y alimento emocional, el apoyo social se convierte en un facilitador de las conductas de promoción de salud pues disminuye el impacto de los acontecimientos vitales estresantes y, además, amortigua sus efectos negativos (Pinazo, 2006). Las personas mayores que reciben apoyo social informal tienen mejor salud física y mental que aquellos menos conectados o implicados en la vida de otros. El apoyo social informal está asociado con un bajo riesgo de mortalidad y morbilidad.

Pero dar apoyo no es sólo preparar una comida o ayudar a ir al baño a alguien con problemas de movilidad; es también crear lazos y vínculos, mantener conversaciones y mostrar cariño y afecto. Algunos autores han analizado las funciones que desempeñan determinadas relaciones para el sujeto, consideradas como proveedoras de apoyo. El tipo de apoyo más útil dependerá del problema con el que se enfrenta el individuo y por el que se le apoya. Desde esta perspectiva funcional del apoyo social y siguiendo la clasificación que aparece en la mayoría de las taxonomías reconocidas por casi todos los autores, podemos distinguir entre apoyo emocional o afectivo, apoyo informacional o estratégico y apoyo material.

a. *Apoyo emocional, expresivo o afectivo*: Es disponer de alguien con quien hablar, tener una persona con la que mantener una relación de confianza e intimidad. Este tipo de apoyo desempeña un papel muy importante sobre todo en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar, pues sentirse valorado y aceptado por los demás genera un aumento de la autoestima. Engloba aspectos como: compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias, disponibilidad de alguien con quien hablar; necesidad de expresarse emocionalmente; confianza e intimidad; afecto positivo e intenso; dominio de las emociones; sentimientos de ser querido, amado, pertenencia y cuidado; sentimientos de ser valorado; elogios y expresiones de respeto. El apoyo expresivo se refiere al uso de las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas como un medio a través del cual el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas (compartir sentimientos, sentirse querido, valorado y aceptado por los demás). Lowenthal y Haven (1968) demostraron por primera vez el papel de un confidente para aumentar el bienestar y prevenir la depresión entre las personas de más edad. La depresión y la sintomatología depresiva elevadas tienen un fuerte impacto en la capacidad funcional de las personas mayores. Numerosos estudios han demostrado una fuerte asociación entre depresión e incapacidad funcional. Si bien es cierto que la discapacidad lleva a la depresión, se ha comprobado igualmente que la depresión aumenta el riesgo de discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria (Penninx et al., 1999). También los síntomas depresivos son factores de riesgo para la demencia y el deterioro cognitivo en la vejez (Zunzunegui et al., 2001). Por todo ello, la prevención de la depresión en la vejez ha sido reconocida como una estrategia de prevención de discapacidad y de un envejecimiento saludable. El

apoyo emocional, representado fundamentalmente en la figura de un confidente, esto es, una persona con quien poder hablar de problemas personales, se ha estudiado extensamente en relación con la sintomatología depresiva y el estado de salud percibido (Nebot et al., 2002).

Las relaciones sociales con semejantes no pertenecientes a la familia son fundamentales y que la relación de confianza podía ser más importante para la calidad de vida y el bienestar que la cantidad de interacciones con familiares y amigos. Un confidente es una persona en la que se puede confiar y a la que se pueden los problemas personales. La disponibilidad de un confidente se demuestra como un fuerte protector de mortalidad.

- b. *Apoyo informacional o estratégico*: Es el consejo o información que sirve de ayuda para superar situaciones estresantes o problemas por resolver. En ocasiones no es fácil separarlo del apoyo emocional, ya que recibir consejo puede ser percibido por el receptor como expresión de cariño y preocupación por él.
- c. *Apoyo material o instrumental*: Es la prestación de ayuda material directa o servicios. Es muy efectivo cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada pero puede tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de 'estar en deuda'. El apoyo instrumental hace referencia al uso de las relaciones sociales como un medio para conseguir objetivos y metas (ayuda en el hogar o acompañamiento para visitar al médico). La función instrumental (también llamada material o tangible) deriva de actos instrumentales, es decir, actos que la persona emprende para lograr unos fines que difieren de los medios para conseguirlos.

El apoyo instrumental se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades sociales y poder dedicarse a un mayor crecimiento personal. El estudio del INSERSO (1995), por ejemplo, diferencia entre necesidades tipo A o básicas (actividades básicas de la vida diaria), es decir, ayuda que se puede precisar para la realización de actividades cotidianas (como levantarse/acostarse, vestirse, bañarse, ir al servicio, comer, subir escaleras, pasear/andar, quedarse solo por la noche, cuidar del aspecto físico) y ayuda requerida para la realización de necesidades tipo B o instrumentales

(actividades instrumentales de la vida diaria), actividades más esporádicas pero frecuentes (como ir de compras, utilizar el teléfono, ir al médico, utilizar el transporte público, llevar las propias cuentas, tomar los medicamentos que le ha indicado el médico, cortarse las uñas de los pies). La tasa de necesitados en actividades instrumentales de la vida diaria pasa de una cifra que ronda el 15% entre los que no alcanzan los 70 años a casi el 60% entre quienes superan los 80 años. La tasa para los necesitados de ayuda en las actividades cotidianas (salir a la calle, realizar compras, ir al médico) -92.1%-, para tareas domésticas (limpiar, planchar, hacer la comida) -89.3%- o cuidados personales (bañarse, vestirse, comer) -76.1%-. El número de hogares que prestan ayuda a personas mayores es el 5%, esto es 1.623.391, y de ellos, el 4.3% es ayuda suministrada por la familia y el restante 0.7% es suministrada por una empleada del hogar (Sancho, Abellán y Pérez, 2004).

Algunos programas de apoyo domiciliario (Programa de acompañamiento a personas mayores) prestado por *Cruz Roja Española*, *Amics de la Gent Gran* o *Cáritas*, por ejemplo, se orientan a disminuir el aislamiento social, contribuyen a mejorar la seguridad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia: compañía de voluntarios, apoyo en gestiones, acompañamientos, teleasistencia, transporte adaptado, centros de día, centros de estancia diurna, viviendas tuteladas, acogimiento familiar.

El apoyo social es fundamental en el bienestar de las personas a lo largo de toda la vida, pero aún lo es más durante el envejecimiento. Conocer cuál es su importancia y las variables que intervienen nos ayudará a desarrollar intervenciones dirigidas a fortalecer los sistemas de apoyo de las personas mayores (formar a las familias, dar apoyo al cuidador principal, formar a los cuidadores auxiliares), crear nuevas redes (apoyándose en los vecinos, por ejemplo) y prevenir la institucionalización prematura. Cuando estudiamos el envejecimiento, es necesario tener en cuenta la importancia y el significado de las pérdidas experimentadas en este momento del ciclo vital (pérdida de la pareja, pérdida del trabajo y del rol profesional, pérdida de amistades, cambio de domicilio y pérdida de las relaciones vecinales y comunitarias, ...).

La OMS (1993) en el programa *Objetivos para lograr la salud para todos* propuso como fines, además de incrementar la esperanza de vida de todos los ciudadanos de

Europa, mejorar la calidad de vida de las personas mayores, y para lograr dichos objetivos, citan la creación de estrategias y programas que estimulen la participación activa de los mayores en la vida comunitaria, promoviendo un proceso de envejecimiento más saludable proporcionando servicios y apoyo suficientes para satisfacer las necesidades de las personas mayores. La OMS reconoce así el importante rol que el apoyo social desempeña en la promoción y mantenimiento del bienestar físico y psicológico de las personas mayores.

Siguiendo las palabras pronunciadas por Adela Cortina (2006):

*“El futuro de las sociedades depende de sus recursos físicos y económicos en parte, pero también y sobre todo, depende del capital humano, del nivel cultural y las capacidades de sus miembros, del capital social, es decir, la confianza, la densidad asociativa y el comportamiento cívico y del capital ético (.../...) En nuestro caso, esos valores son sobre todo la convicción de que la libertad es superior a la esclavitud, la igualdad a la desigualdad, la solidaridad a la indiferencia, el diálogo a la violencia, y el respeto activo a la intolerancia. La convicción de que todo ser humano es infinitamente más valioso, porque no tiene precio sino dignidad y la convicción de que es un deber proteger a los seres vulnerables.”*

(Adela Cortina (2006), Ciudadanía, valores y comportamientos. Conferencias de la Cátedra La Caixa, *Un horizonte para España*, Madrid, 30.03.06)

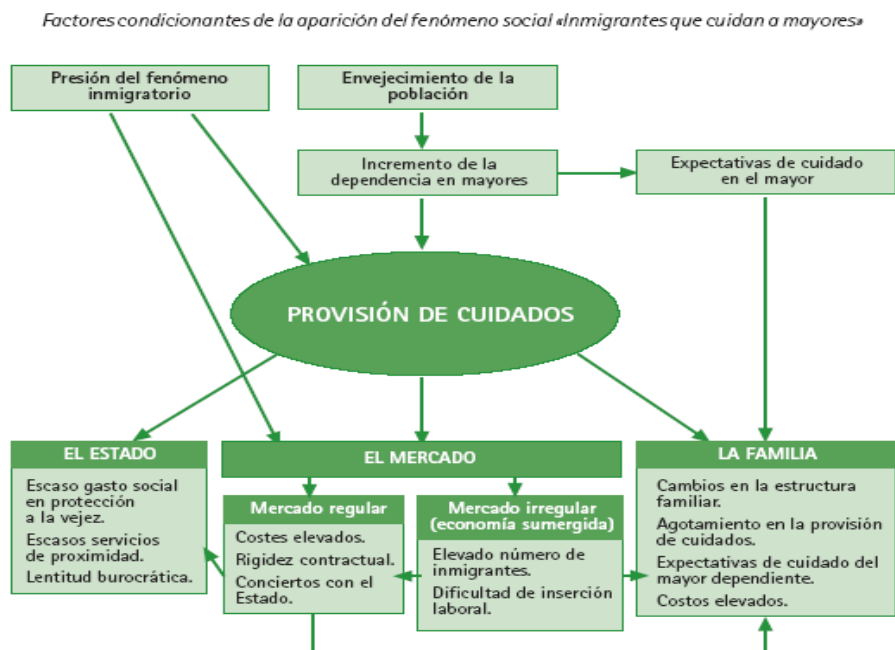
### **2.3. Los inmigrantes como recurso de apoyo a las personas mayores en situación de dependencia.**

En los últimos 10 años se ha incrementado el número de personas mayores que son cuidadas en sus propios domicilios por empleadas del hogar que son inmigrantes. ¿Cómo surge es binomio ayuda a la dependencia-cuidadores inmigrantes?

Decíamos en el primer epígrafe de este capítulo que se está produciendo un paulatino y creciente envejecimiento de la población, con un porcentaje cada vez mayor de dependencia conforme avanzamos en edad. A la vez, el número de potenciales cuidadores de los ancianos de entre los miembros de la familia (mujeres sobre todo), va disminuyendo. Además, mientras sea posible, todos queremos seguir

viviendo -y envejecer y morir- en nuestra propia casa. Ese deseo de permanecer en el hogar exige de unos servicios de proximidad que posibiliten la calidad de vida incluso de aquellos que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria, básicas o instrumentales. Como no existen recursos de apoyo social formal suficientes –y menos aún servicios de proximidad-, las familias recurren a la contratación de personas como empleadas del hogar para que ayuden o realicen de forma única estas tareas. Para los inmigrantes que desean mejorar la calidad de sus vidas (y la de sus familiares) y esto no lo pueden conseguir en sus países de origen, una posibilidad accesible y rápida es la de realizar tareas de cuidado (por horas o internas) en el domicilio de una persona mayor. Para muchos, este trabajo no es más que un puente hacia un empleo mejor (mejor remunerado, con mejores condiciones laborales, que permita la promoción y que posibilite la estabilidad, etc).

En un trabajo publicado por el IMSERSO en 2005 (p. 41), establecía los siguientes factores condicionantes de la aparición del fenómeno ‘inmigrantes que cuidan a mayores’:



¿Por qué motivos necesita ser atendida una persona mayor con dependencia? En primer lugar por las discapacidades (físicas, psíquicas, ...) que le imposibilitan realizar de manera autónoma las actividades de la vida diaria; en segundo lugar por tener procesos degenerativos, sobre todo enfermedades cognitivas (Alzheimer, Parkinson,...); en tercer lugar, a causa de las dolencias provocados por accidentes como caídas,



fracturas o roturas que precisan de un atención continuada al menos durante un tiempo o ayuda para la higiene, la deambulaci3n o la alimentaci3n; y en 3ltimo lugar por motivos relacionados con la vulnerabilidad social (soledad, depresi3n, tristeza, principalmente). Concluyendo, el apoyo que precisan es: apoyo instrumental y apoyo emocional principalmente.

Las tareas que realizan los cuidadores inmigrantes son, muy variadas y, pese a ser contratados como ‘cuidadores’ sus tareas no se limitan al cuidado o los familiares que les contratan hacen una lectura muy amplia de este concepto de ‘cuidado’: por un lado tareas dom3sticas (limpieza de la casa, compra, preparaci3n de alimentos); por otro, higiene personal; y por otro lado, y sobre todo, compa1a (muestras de afecto y cari1o, escucha activa...en suma, ‘que la persona mayor tenga alguien con quien hablar’).

Los cuidadores se han convertido en una incuestionable fuente de ayuda para las personas mayores con dependencia, sobre todo en aquellos que sobrepasan los 75 a1os, y para sus familiares. Aquellos familiares que se convierten en cuidadores principales e las personas mayores dependientes sufren consecuencias en su salud f3sica y emocional y en sus relaciones sociales, que van desde el cansancio, la depresi3n o tristeza hasta el haber tenido que renunciar al trabajo, al ocio o a las relaciones con otras personas. Se dice que cuando una persona mayor con dependencia que es cuidada por un cuidador familiar, nos encontramos con dos personas necesitadas de ayuda. Bien como apoyo en determinadas tareas o para algunas horas al d3a, o bien como cuidador principal, el trabajo que realiza el cuidador inmigrante es sumamente valioso aunque no siempre bien reconocido.

*Consecuencias en la vida del cuidador de la prestaci3n de cuidados*

	Total	Hombres	Mujeres
Ha tenido que reducir su tiempo de ocio	64,1	66,4	63,7
Se encuentra cansado	51,2	38,7	53,5
No puede ir de vacaciones	48,4	44,3	49,1
No tiene tiempo para frecuentar amistades	39,4	40,3	39,2
Se siente deprimido/a	32,1	22,5	33,9
Deteriora su salud	28,7	14,6	31,3
No puede plantearse trabajar fuera de casa	26,9	13,3	28,9
No dispone de tiempo para otras personas	26,4	7,9	30,4
No tiene tiempo para cuidar de s3 mismo/a	23,0	16,1	24,2
Tiene problemas econ3micos	20,9	23,2	20,5
Ha tenido que reducir jornada de trabajo	12,4	10,5	12,8
Ha tenido que dejar de trabajar	11,5	8,5	12,0
Tiene conflictos con su pareja	9,1	7,9	9,3

Fuente: Inserci3n/CIS, 1995.

¿Cuáles son las tareas que habitualmente realizan los cuidadores inmigrantes? En primer lugar acompañamientos en general (paseos, al médico, ...), seguidos de atención las 24 horas que incluye cuidados de salud, higiene, alimentación, movilización atenciones de enfermería, limpieza. Aunque pueda parecer que para muchas de estas tareas no son necesarios conocimientos específicos, es necesario saber cuál es la dieta más adecuada para cada tipo de enfermedad, los ejercicios físicos que puede o no realizar cada cuál, qué cuidados de salud son necesarios para una enfermedad determinada, nociones mínimas de enfermería (curas adecuadas para las úlceras por presión, control de los niveles de glucosa e inyecciones de insulina, ...). Una mala atención y unos cuidados inadecuados o negligentes, forman parte también de los tipos de maltrato. En un reciente estudio realizado en el Servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, Madrid por el secretario de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), Sánchez del Corral la negligencia (16,4%) y el abandono (7,7%) son los principales tipos de maltrato que sufren los dependientes mayores de 65 años en España, en su mayoría (60%) a manos de profesionales de los servicios sociales o de familiares y cuidadores (40%).

Según el *Centro Nacional Americano de Abuso al Anciano*, la negligencia es el rechazo, negativa o fallo para completar cualquier parte de las obligaciones o deberes a un anciano, de forma voluntaria o involuntaria, mientras que el abuso se describe como la deserción o abandono por un individuo que ha asumido el papel de cuidador o por la persona que tiene la custodia física. Y esto incluye no aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, medicinas, seguridad personal o no cambiar de postura a la persona mayor dependiente, o cualquier otro tipo de atención, incluida en una responsabilidad explícita o acordada.

Para muchas de estas tareas los cuidadores inmigrantes necesitan una formación específica que no siempre poseen y es que como rezaba el título del libro de Aaron T. Beck, conocido psicoterapeuta *Con el amor no basta*.

## Bibliografía

- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B., Due, P., Sakari-Rantala, R. y Heikkinen, R. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B (1), S44-S51.
- Berkman, L. y Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. En K. Berkman (ed.), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press (pp. 137-173).
- Caplan, G. (1974). Support systems. En G. Caplan (ed.), *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial process and stress. Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cobb, S. (1976), Social support as a moderador of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. y Syme (eds.) (1985). *Social support and health*. London: Academic Press.
- Cortina, A. (2006), Ciudadanía, valores y comportamientos. Conferencias de la Cátedra La Caixa, *Un horizonte para España*, Madrid, 30.03.06.
- Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del Apoyo Social. En: R. Fernández Ballesteros (Ed.). *El Ambiente: Análisis psicológico* (pp. 125-149). Pirámide: Madrid
- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Colección Estudios, 12002. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Kahn, R.L. y Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. En P.B. Baltes y O.G. Brim (eds.), *Lifespan development and behavior*, vol. 3 (pp. 253-286) San Diego, CA: Academic Press.
- Katzman, R. (2000). Programa para el mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe. CEPAL. Documento 9.

- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1981). Social support scales: a methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 73-90.
- Lowenthal, M.F. y Hawen, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*. 33, 20-30.
- Mendes de León, C., Glass, T., Beckett, L.A., Seeman, T., Evans, D.A. y Berkman, L.F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54B, S162-S172.
- Nebot, M., Lafuente, J.M., Tomás, Z., Borrel, C. y Ferrando, J. (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (6), 673-682.
- OMS (1993) en el programa *Objetivos para lograr la salud para todos*
- Penninx, B. y Leveille, S. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *American Journal of Public Health*, 89, 1346-1352.
- Pinazo, S. (2006). Relaciones sociales. En: C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.
- Rowe, JW. y Kahn, RL. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon.
- Sancho, MT., Abellán, A. y Pérez, L. (2004). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: IMSERSO.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. y Pierce, G.R. (1990). *Social support: an interactional view*. New York: Wiley.
- Shumaker, SA. y Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, Vol 40(4) 1-9.
- Strobe, W., Strobe, M., Gerge, KJ y Gergen, M. (1982). The effects of bereavement on mortality: a social psychological analysis. En J. Eiser (ed.), *Social Psychology and Behavioral Medicine*. New York: Wiley. (pp. 527-560)
- Veiel, H. y Baumann, U. (eds.) (1992). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- Zunzunegui, MV., Béland, F. y Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1090-1099.

### **3. REFERENTES DESDE LA MEDICINA: LA ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES Y A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES**

**Víctor J. Suberviola Collados**

#### **3.1. Introducción.**

Desde el punto de vista sanitario, los dos temas analizados en este libro -la atención sanitaria al inmigrante y la atención sanitaria a las personas mayores- son de importancia capital. Dicha importancia radica tanto en su prevalencia -cada vez acuden más inmigrantes a las consultas de atención primaria y cada vez son más las personas mayores cuidadas por inmigrantes-, como en su especial problemática, puesto que en ambos casos se presentan dificultades que se deberían superar en aras de conseguir una mayor justicia en su atención y una mayor responsabilidad de los actores que en ella intervienen.

La atención primaria de salud atraviesa en España un momento histórico que muchos expertos califican de delicado, probablemente por la falta de apoyo presupuestario y de decisión política que priorizara este nivel asistencial para culminar con éxito la reforma sanitaria emprendida con la transición democrática. Está demostrado que en el contexto internacional, los países que dedican un mayor apoyo a la atención primaria consiguen unas mayores cotas de beneficio sanitario a un menor coste. También sabemos que, comparado con otros países, el sistema sanitario español es de los mejores del mundo, gracias, en gran medida, al porcentaje de producto interior bruto (PIB) que se le dedica.

España ha sido tradicionalmente un país emigrador y a pesar de que se ha invertido el flujo emigración-inmigración, siguen habiendo más españoles fuera de nuestras fronteras que inmigrantes en nuestro país. También es conocido que si nos comparamos con los países de nuestro entorno, como Francia, Alemania o el Reino Unido, comprobamos que éstos tienen una historia más larga de acogida a inmigrantes

que nuestro país, y podemos aprender de ellos. En contra de la creencia general, el gasto que supone la atención sanitaria a la población inmigrante es inferior a los ingresos que la inmigración aporta. Estos aspectos tienen que ser conocidos por la población española y especialmente por los profesionales sociales y sanitarios para fundamentar una actitud justa y responsable a la hora de plantear mejoras en este campo.

Del conjunto de población inmigrante que hay en nuestro país, en los que nos centramos y son objeto de nuestro estudio son los llamados "inmigrantes económicos". Es decir, son procedentes de países en desventaja económica respecto al nuestro. Se calcula que representan el 70 % del total.

La equidad en la atención y el derecho a la salud son principios básicos en la legislación internacional y española. Todo médico debe atender sin discriminaciones a cualquier persona, por el hecho de serlo, independientemente de su origen, nacionalidad o regulación administrativa.

La atención a la población inmigrante no difiere significativamente de la que se presta a la población autóctona. Suele ser una población joven y generalmente sana, cuyas patologías se deben al hecho migratorio, trastornos adaptativos o psicósomáticos, o bien son patologías adquiridas por los hábitos y las condiciones sociolaborales adversas. La patología importada no representa un riesgo de salud pública aunque debemos pensar en ella en los "viajes a casa" y muy especialmente en sus hijos pues no han desarrollado protección inmunitaria. Por lo general, sólo requieren mayor atención y cuidados durante un período de tiempo, coincidiendo con los primeros meses de su llegada al país. La patología que trae el inmigrante a su llegada es consecuencia de las difíciles circunstancias en que se realiza el viaje y los servicios iniciales de asistencia deben orientarse a la atención de traumatismos, hipotermia, deshidratación, partos en condiciones difíciles. No constituyen por tanto riesgos específicos.

El personal sanitario vive con cierto estrés y ansiedad la atención a la población inmigrante como consecuencia de sus características específicas -diferencias idiomáticas, culturales, religiosas y sobre el concepto salud-enfermedad, dudas sobre la interpretación correcta de síntomas y signos, incertidumbre ante patologías poco conocidas, problemas de seguimiento- y de las propias del sistema sanitario -falta de tiempo, medios de diagnóstico de laboratorio inadecuados, trabas derivadas de las

situaciones de irregularidad administrativa, trabajo no reconocido por la Administración-.

### **3.2. Aumento de la carga asistencial.**

La repercusión inmediata en la consulta diaria, sobre todo en zonas de gran densidad de población de inmigrantes, es un aumento de la carga asistencial por varios motivos que analizaremos a continuación<sup>43</sup>:

#### **1. Barreras de comunicación.**

Sin duda es la dificultad en la comunicación verbal el problema más relatado y extendido entre los médicos. Afecta a todas las fases del acto médico desde la anamnesis hasta la comprensión del consejo terapéutico por parte del paciente dando lugar a unos pobres resultados finales.

#### **2. Dificultad para delimitar el motivo de consulta.**

La barrera idiomática, la distinta concepción de la enfermedad, la multiculturalidad y la diferencia de necesidades y objetivos entre médico y paciente influyen negativamente en una correcta delimitación del motivo de consulta.

#### **3. Entrevista clínica más prolongada.**

Enmarcada en unas consultas ya de por sí saturadas y con un tiempo/paciente muy restringido, la atención a las personas inmigrantes, como consecuencia de lo anteriormente expuesto requiere de una entrevista clínica más dilatada en el tiempo lo que puede interferir el desarrollo normal de la misma, siendo un factor estresante más para el profesional.

#### **4. Incertidumbre en el cumplimiento y seguimiento del tratamiento.**

Si la adhesión en pacientes autóctonos de tratamientos crónicos es escasa, el problema se acrecienta en la población inmigrante por razones variadas: mala comprensión de la prescripción, dificultad económica para la adquisición de medicamentos, motivos religiosos como ocurre en el mes del Ramadán, cambios frecuentes de residencia. Ello plantea algunos problemas como escaso rendimiento terapéutico y posibilidad de resistencias en el caso de la tuberculosis.

#### **5. Patología poco habitual para el profesional.**

---

<sup>43</sup> J. L. Cañada, "Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud", *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, nº 3, Salud e inmigración, febrero, 2004. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=03>

Las enfermedades importadas, a pesar de que no suponen un riesgo colectivo, sí lo son individualmente por lo que han de ser diagnosticadas y tratadas precozmente. Estas enfermedades no suelen ser bien conocidas por parte del profesional y precisan de una búsqueda activa por el médico de familia, dependiendo de la zona geográfica de donde proceda el paciente y del tiempo de residencia en nuestro país. Son enfermedades que requieren de pruebas complementarias específicas y de laboratorios de referencia preparados.

No debemos olvidar que cada vez que el inmigrante retorne a su país de origen, a su vuelta ha de ser considerado como recién llegado y volver a descartar cualquier posible enfermedad importada. Este hecho tiene especial interés en los hijos de los inmigrantes que no tienen la inmunidad natural adquirida y donde estas enfermedades importadas pueden ser especialmente graves.

#### 6. Alta prevalencia de patología psicosomática.

La migración repercute en aspectos delicados y profundos de las vidas de muchas personas. Aunque parezca extraño, uno de esos aspectos es la nostalgia de hogar que junto a la habitual precariedad económica explican que muchos de los síntomas que el inmigrante presenta sean de origen psicosomático. Así los dolores osteomusculares repetidos y sin respuesta al tratamiento, los dolores abdominales de etiología no filiada, la impotencia, la cefalea o los mareos expresan a menudo un desorden psíquico. Debemos evitar las pruebas diagnósticas innecesarias y los tratamientos sintomáticos repetidos.

#### 7. Dificultad para las actividades preventivas y de promoción de la salud.

Las actividades de prevención y de promoción de la salud son inherentes a nuestra especialidad de medicina de familia y comunitaria, y ocupan buena parte de nuestro tiempo. El paciente inmigrante acude al médico de familia por problemas agudos o que le impiden realizar su trabajo buscando una solución rápida a los mismos. Las actividades preventivas quedan lejanas y no forman parte de sus demandas por no ser reconocidas como necesidades al menos durante los primeros años de estancia. Es de esperar que esta percepción cambie conforme pase el tiempo de residencia y se produzca una estabilidad económica y social, por lo que debemos aprovechar cualquier consulta de demanda para introducir elementos preventivos y de promoción de la salud sin establecer protocolos rígidos.



### 8. Inmigrante saltamontes y golondrina.

El inmigrante "saltamontes" es el recién llegado a nuestro país y que antes de asentarse definitivamente en un lugar determinado establece varios domicilios provisionales en diferentes localidades. El "golondrina" se desplaza por diferentes regiones del país siguiendo los ciclos de recolección de las cosechas o buscando diferentes ofertas de trabajo. En ambos casos se originan problemas en el seguimiento de sus problemas de salud y duplicidad de pruebas diagnósticas o de tratamientos.

### 9. Multiculturalidad.

El médico de familia debe conocer y tener presente la variabilidad cultural de sus inmigrantes para poder así adaptar sus tratamientos, dietas y recomendaciones a las distintas realidades culturales. Ciertas exploraciones físicas pueden ser rechazadas por algunas religiones en función del género del médico y del paciente.

Las profesiones sanitarias, y especialmente los médicos, estamos obligados a estar puestos al día en nuestros conocimientos para atender adecuadamente a la población. La formación continuada debe comprender todos los aspectos necesarios para atender adecuadamente a la población inmigrante y a las personas mayores.

### 3.3. Prioridades en la salud de las poblaciones inmigrantes.

Debemos conocer las prioridades en salud de las poblaciones inmigrantes en las que podemos destacar los siguientes aspectos<sup>44</sup>:

I. En relación con los trastornos mentales que presentan los inmigrantes, la hipótesis más razonable es que las difíciles condiciones sociales, unidas estrechamente a los aspectos vinculados a la inmigración por causas económicas, pueden dar lugar a duelos complicados que influyen negativamente en la salud mental de estas poblaciones. Mención especial merece el llamado Síndrome de Ulises o síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple, que suele venir asociado a la problemática siguiente: soledad, al no poder traer a su familia; sentimiento interno de fracaso, al no tener posibilidad de acceder al mercado laboral; sentimiento de miedo, si están vinculados a mafias; y sentimiento de lucha por sobrevivir. Conocer esta situación nos

---

<sup>44</sup> J. M. Llansà y P. García de Olalla, "Salud e inmigración: Nuevas realidades y nuevos retos", *Gac. Sanit.*, 18 (Supl.), 2004, 207-213.

permitirá ayudar a quien la padezca, coordinándonos con los servicios sociales y la atención especializada si es preciso.

2. Las necesidades de salud materno-infantil, con el incremento de natalidad de las madres de origen extranjero, el aumento de embarazos adolescentes en jóvenes inmigrantes, y la progresiva feminización del fenómeno migratorio.

3. La utilización de servicios hospitalarios de la población inmigrante determina una disminución de las estancias medias vinculadas a la mayor carga asistencial de los servicios de ginecología-obstetricia y pediatría.

4. Las deficiencias en salud buco-dental y en las coberturas vacunales en la población infantil de origen extranjero. Hemos de tener en cuenta que la población inmigrante pierde a los 2 ó 3 años de estar fuera de su país gran parte de su inmunidad frente a las enfermedades endémicas de allí. Y que sus hijos no poseen inmunidad alguna si no han vivido en esos países.

5. El considerable incremento de los casos de tuberculosis y el progresivo incremento relativo de los casos de sida.

En cuanto a la utilización de servicios de salud, se ha documentado que el patrón de utilización de los inmigrantes se orienta más hacia los servicios de pediatría, ginecología, trastornos agudos y urgencias, lo que favorecería intervenciones breves y estancias cortas en el ámbito hospitalario.

### **3.4. Aspectos a tener en cuenta desde la atención primaria.**

Aunque es muy difícil el conocimiento total y actualizado de las enfermedades que son prevalentes en cada región o zona local del mundo, los médicos de familia debemos tener siempre a mano las fuentes para obtener esta información y tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El origen de los inmigrantes que viven en nuestra zona de salud. De esta manera podremos acudir a las guías más eficazmente o, incluso, "especializarnos" en la geografía médica de esa región. Además de su país de origen deberemos preguntar si procede de zona urbana o rural, costera, interior o selvática, ya que diferentes ecosistemas suponen diferente distribución de enfermedades infecciosas.

2. Hay unas regiones en las que, debido a sus pésimas condiciones económicas y sanitarias, la prevalencia de las enfermedades infecciosas es alta o muy alta, y además

con gran variedad de las mismas: África subsahariana, subcontinente indio y, aunque menos, América latina y sudeste asiático. Ante un paciente procedente de estas zonas deberemos tener en cuenta la posibilidad de un gran abanico de enfermedades infecciosas.

3. Es importante conocer la ruta que ha seguido el paciente hasta llegar a nuestro país. Así evitaremos posibles complicaciones que se pueden dar si no tenemos en cuenta este dato.

4. En el caso de pacientes que quieran viajar a su país deberemos indicar las medidas preventivas comunes al resto de la población ya que seguramente su inmunidad contra las enfermedades existentes allí habrá disminuido en gran medida.

### **3.5. La atención de personas mayores dependientes.**

La Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana publicó en 2004 el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007<sup>45</sup>, en el que se apostaba porque fuera la atención primaria la encargada de atender en sus domicilios a las personas mayores dependientes. Este Plan pivotaba sobre el personal de enfermería, por ser el profesional del equipo de atención primaria más adecuado para el cuidado de las personas mayores en el domicilio. Entre los objetivos del Plan no sólo estaban la mejora de la atención a los pacientes, sino también la atención a los cuidadores. No obstante, al abordar a los cuidadores, siempre contemplaba la figura del “cuidador principal” por ser éste el que más se involucraba emocionalmente y padecía más habitualmente la sobrecarga del cuidador. No contemplaba como cuidadores a los cuidadores remunerados, por lo que no recogía la realidad, cada vez en aumento, del papel que juegan las cuidadoras inmigrantes, -y decimos cuidadoras porque la casi totalidad son mujeres-.

Aunque el Plan no ha tenido una aplicación generalizada todavía, proponemos que en su futuro desarrollo se contemplen acciones encaminadas a facilitar la integración de las personas inmigrantes en las familias y en la sociedad, a darles formación y adiestramiento en los cuidados a las personas mayores, por una parte, y

---

<sup>45</sup> J. Gallud et al., *Plan para la mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007*, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Valencia, 2004.

por otra servir de mediadores con las familias para que entiendan y respeten la diversidad cultural de quien les está dando un gran servicio.

En 2007, Gallart<sup>46</sup> presenta una tesis doctoral sobre la sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona, esto es, cuidadores sin formación específica y remunerados, y halla que la sobrecarga es menor si cuentan con un apoyo social efectivo, sobre todo del confidencial, con una calidad de vida medioambiental (condiciones económicas, de vivienda, seguridad y ocio), con jornadas de trabajo no excesivas y con la colaboración de la familia. Contrariamente, el nivel de sobrecarga es elevado cuando empeora la salud física de la persona cuidada. Apunta que el 43% de los cuidadores no familiares de dependientes son personas inmigrantes.

La experiencia que muchos colectivos de inmigrantes están adquiriendo en los cuidados a personas autóctonas de la tercera edad debería considerarse como un valor que contribuya a apoyar las necesidades de recursos humanos en la atención de personas inmigrantes mayores, que ya van apareciendo con los reagrupamientos familiares y que en el futuro se incrementarán cuando la población inmigrante vaya envejeciendo si no retorna a sus lugares de origen.

### **3.6. Recomendaciones para la atención sanitaria a inmigrantes y para el cuidado de personas mayores por parte de inmigrantes.**

Siguiendo el esquema de propuestas de soluciones que realiza la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>47</sup>, adecuándolas al momento actual y la realidad valenciana e integrando los contenidos del cuidado de los mayores, hacemos las siguientes recomendaciones:

---

<sup>46</sup> A. Gallart Fernández-Puebla, "Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona" 2007. Disponible en:

[http://www.tesisenxarxa.net/TESIS\\_UIC/AVAILABLE/TDX-0125108-103532//tesisDrAlbertGallart.pdf](http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UIC/AVAILABLE/TDX-0125108-103532//tesisDrAlbertGallart.pdf)

<sup>47</sup> E. Gámez, J.P. Galindo, J.L. Cañada, et al., "La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable", *Documentos semFYC*, nº 17. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona 2002.

### **3.6.1. Integración de la atención sanitaria al emigrante en el Sistema Nacional de Salud (SNS).**

La atención sanitaria a la población inmigrante necesita estar integrada en el sistema sanitario con los mismos derechos y deberes que la población autóctona. Sin ello no será posible una atención normalizada que evite o minimice los posibles impactos en el sistema sanitario y en la consulta del médico de familia.

La atención sanitaria a los inmigrantes no puede basarse únicamente en la voluntariedad de los profesionales, que guiados por principios de ética profesional y solidaridad atienden a estos pacientes.

Tampoco con alternativas como, por ejemplo, los centros de atención a inmigrantes gestionados por algunas ONGs que, aunque han podido desempeñar un papel importante, no deberían ocuparse de tareas asistenciales, sino dedicarse a cubrir las necesidades de la población inmigrante que el sistema sanitario no puede resolver, como sería la búsqueda de viviendas dignas o la enseñanza del idioma.

No nos parece justo ni responsable crear redes paralelas de atención ni dispositivos específicos. Es recomendable disponer de un apoyo especializado en el segundo (Centro de Especialidades) o tercer nivel asistencial (Hospital) para el manejo de las enfermedades menos frecuentes o exóticas. Sin duda corresponde a la Administración desarrollar las medidas necesarias para que la atención al inmigrante se realice dentro del propio SNS. Para ello, el primer paso es conceder la tarjeta sanitaria individual integrada en el Sistema de Información Poblacional (tarjeta SIP) a cada inmigrante sin trabas administrativas. Lo ideal sería que se pudiera gestionar en el propio centro de salud y disponer de ella, si no en el acto, en un corto espacio de tiempo.

### **3.6.2. Aporte de los recursos necesarios a Atención Primaria.**

La integración de la atención del inmigrante en el SNS implica, lógicamente, un aumento de recursos para ofrecer la cobertura adecuada a esta población. Hay que tener en cuenta que la distribución de la población inmigrante no es homogénea, por lo que hay que conocer las zonas donde hay una mayor concentración, para asignarles más recursos.

Es necesario que, además de conceder la tarjeta SIP a cada inmigrante, se reconozca ésta como cualquier otra a efectos de asignación de recursos al equipo de Atención Primaria y retribución del profesional sanitario, intentando incluso ponderar la mayor carga de trabajo que esta población pudiera ocasionar.

No debe olvidarse que se trata de un colectivo con unas condiciones de vida generalmente peores que la media de la población, por lo que se requieren mayores recursos socio-sanitarios para garantizar la equidad y la universalidad que persigue nuestro sistema sanitario.

Si no se incrementan los recursos se corre el riesgo, sobre todo en equipos de Atención Primaria infradotados en recursos humanos, de que la atención al inmigrante implique un empeoramiento de la calidad asistencial total.

Es importante que esta adecuación de plantillas contemple también al personal no sanitario, ya que desempeñan un papel relevante en su atención.

Además de los recursos humanos, también es imprescindible adecuar los medios diagnósticos y terapéuticos a las nuevas patologías importadas.

### **3.6.3. Utilización y potenciación de la figura del mediador intercultural y del agente comunitario de salud.**

#### **a) El mediador intercultural.**

La mediación intercultural es una de las herramientas más efectivas para propiciar el acercamiento entre las personas inmigrantes y los profesionales socio-sanitarios. Se trata de una estrategia destinada a facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración social. El mediador intercultural desempeña funciones de acogida, acompañamiento y sensibilización de las partes, traducciones escritas y orales, interpretaciones de diferentes códigos socioculturales, mediación en situaciones de tensión o conflicto, etc. En otros países ha demostrado su eficacia y su capacidad negociadora<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> C. Fuertes, M. A. Martín Laso, "El inmigrante en la consulta de atención primaria", *Anales cfnavarra*, vol. 29, suplemento I, 2006. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/vol29/sup1/suple2.html>

La mediación busca, por un lado, facilitar la comunicación entre la sociedad receptora y el colectivo de personas de origen extranjero, en un claro sentido preventivo de situaciones de conflicto, o bien el acercamiento de las partes para la resolución de conflictos que puedan existir. La mediación trata, también, de contribuir en el proceso de creación y recreación por las partes implicadas de nuevas reglas y normas de convivencia. En muchos casos, los sistemas sociales y sanitarios de los diferentes países de procedencia de la población inmigrante, en el supuesto de que existan, son bastante deficitarios y diferentes al español. Por esto es necesario fomentar esta figura que ayuda tanto a la población inmigrante como al personal sanitario y de servicios sociales a mejorar la comunicación, y facilitar la integración y el uso del sistema social y sanitario público, así como a la sensibilización de todos los actores sociales implicados para contribuir a una mejora en la situación socio-sanitaria de esta población.

Debido a las frecuentes barreras culturales puede ser útil implicar a los líderes de la propia comunidad en actividades educativas y de promoción de la salud, que constituirían una necesidad importante en este tipo de población.

Estos profesionales se encargarían de dar a conocer a la población inmigrante la estructura sanitaria, la oferta de servicios y la forma más adecuada de utilización.

Sería más adecuado aprovechar aquellos líderes naturales que estén dispuestos a colaborar, antes que crear e institucionalizar estas figuras. Para su distribución habría que conocer las necesidades y cargas de trabajo de cada territorio.

Otros autores<sup>49</sup> centran la propuesta en la figura del Agente Comunitario de Salud, que lo definen como “un profesional, miembro de la comunidad con la que se trabaja, que se integra dentro del equipo de salud y que tiene como objetivo convertirse en puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el objetivo de que mejoren la circulación de la información, las iniciativas y recursos entre ambas partes, así como para promover y dinamizar acciones de promoción de la salud realizadas desde cada una de las partes o de forma conjunta”. La figura de agente comunitario de salud es un modelo que responde a

---

<sup>49</sup> J.E. Ospina Valencia, “Hacia un modelo sanitario que pueda gestionar la diversidad”, *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, nº 3: Salud e inmigración (febrero 2004).

Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=12>

expectativas de orden general cuando se trabaja con comunidades inmigrantes; este modelo permite responder de forma global a requerimientos específicos de la población en cuestión y no restringe su perfil de actuación a poblaciones diana concretas desde el punto de vista del hecho migratorio, también puede desarrollar tareas de gran efectividad en colectivos que presenten dificultades específicas para el acceso al sistema sanitario (tercera edad, jóvenes, toxicómanos, trabajadoras/es del sexo...). Es un modelo que resulta ser altamente adaptable ya que su actuación no sólo está restringida a ámbitos geográficos y poblacionales de exclusivo carácter migratorio, lo que elimina de hecho la discriminación positiva y permite trabajar y promover acciones de carácter global desde y para el Sistema Sanitario y la Comunidad o Comunidades mismas.

El Agente Comunitario de Salud, aunque puede llegar a tener similitudes con el traductor o intérprete y el mediador intercultural, tiene una serie de características que de acuerdo a su perfil, a su campo de actuación, a su forma de trabajar y a las tareas que pretende llevar a cabo dentro de diferentes ejes, le diferencian sustancialmente de estos modelos, y sobre todo porque a diferencia de las figuras de la traducción y la mediación (modelos reactivos ya que reaccionan de forma concreta en una situación específica), su dinámica es esencialmente activa porque continúa desarrollando actividades tanto dentro del sistema sanitario como en los ámbitos externos de las comunidades para las que trabaja.

#### **b) El Agente de Salud Comunitario.**

Como principio y en la medida de lo posible debe ser una persona de la propia comunidad de origen, con una lengua común e intentando respetar el criterio de género. Aunque hay quienes plantean que estos aspectos se pueden salvar cuando se trata de trabajar en colectivo. Pensamos que siempre se debe intentar conservar una línea de elección consecuente con un planteamiento de igualdad en el orden del género y la procedencia. El Agente Comunitario de Salud es un puente muy importante entre la comunidad y el sistema sanitario, de ahí que el proceso de selección y formación deba ser cuidadoso teniendo como referencia aspectos humanos, potencialidades y habilidades adecuadas para el desarrollo de la labor al interior del centro y de las comunidades mismas, es decir, siempre será más



importante una persona que aún sin tener un nivel académico previo de formación (Educación media o superior) posea cualidades esenciales para trabajar a nivel social.

Cabría destacar entonces aspectos como una amplia capacidad de interlocución dentro de la comunidad, condición que favorecería una proyección más amplia del trabajo y de los sectores de la comunidad donde se vaya a realizar, por ello consideramos que el modelo de agente comunitario de salud no responde a una expectativa de liderazgo, representa más bien la construcción de un referente que debe, eso sí, trabajar con los diferentes líderes (religiosos, políticos, deportivos, asociativos...) que la comunidad tenga.

De otro lado, es determinante el potencial que se posea en relación a las habilidades de comunicación y a la capacidad para dinamizar y llevar a cabo propuestas dentro y fuera de la comunidad y el centro de salud, todo ello articulado, por supuesto, a un esfuerzo formativo permanente no sólo en lo que concierne a temas estrictamente sanitarios sino, y es importante subrayarlo, a toda la formación continuada que en este sentido los y las agentes de salud comunitarios puedan recibir.

Debemos señalar a este respecto que es mejor prestar más atención a la forma o maneras cómo se transmitirán los contenidos sanitarios que muchas veces al contenido en sí mismo; no olvidemos que una persona puede tener clara una información, pero ello no necesariamente implica un cambio en sus patrones de comportamiento. También resulta de gran valor para el trabajo la manera cómo se accede a la comunidad, el conocimiento de sus códigos sociales y comunicativos, los canales de información y comunicación que emplean, las necesidades que poseen, las prioridades del proyecto migratorio, las formas de diseñar propuestas de movilización comunitaria y de movilización de recursos. Es por esto que el agente comunitario de salud no es una figura que pretenda reemplazar al personal sanitario, el hacerlo implicaría perder la esencia misma de la propuesta y es lo que menos interesa. De ahí que la idea no es que domine un gran corpus de información sanitaria, más bien la intención es que adquiera unas herramientas teóricas y prácticas que respondan y den consistencia real y efectiva a su actuación.

Intervenir con las comunidades y los centros de salud implica la realización de una serie de actividades en 3 ejes básicos:

I. El primero de ellos corresponde al eje *sanitario*, que incluye el desarrollo a nivel individual y colectivo de actividades encaminadas a incrementar el nivel de

información sanitaria y el desarrollo de habilidades grupales e individuales, tendentes a reducir la vulnerabilidad de la o las poblaciones en relación al sistema sanitario. Dichas actividades se pueden resumir de la siguiente manera:

- Contribuir a la explicación de resultados, tratamientos o prescripciones realizadas por el equipo médico con el objeto de mejorar la respuesta del usuario.

- Poner a disposición del paciente los recursos de apoyo con que cuentan los servicios locales así como la propia comunidad (asociaciones, recursos administrativos, de soporte social...).

- Explicar el proceso diagnóstico y administrativo de los servicios de salud, para reducir el posible efecto negativo que prácticas médicas o procesos administrativos pueden provocar en el paciente por falta de experiencia previa.

- Promover y llevar a cabo acciones de información sanitaria y desarrollo de habilidades con grupos o individuos, utilizando tanto los espacios del servicio de salud como los espacios de la comunidad (asociaciones, casas...).

- Difundir en la comunidad los recursos socio-sanitarios disponibles así como sus formas de funcionamiento (obtención de la tarjeta SIP...).

- Detectar particularidades de cada comunidad en relación con aspectos de salud para fomentar intervenciones específicas y promover nuevas acciones.

- Facilitar el acceso de las comunidades a recursos y medidas de prevención.

II- El segundo eje hace referencia a actividades de carácter *socio-cultural* encaminadas a disminuir las dificultades o barreras que se presentan como producto de las diferencias socio-culturales entre el usuario y el personal sanitario, contribuyendo a mejorar la comunicación entre el sistema sanitario y la comunidad.

Las tareas a desarrollar comprenderían:

- Traducción e interpretación.

- Mediación cultural tanto en el ámbito individual como colectivo. Es importante observar que la mediación durante la consulta es realizada por un agente comunitario de salud y no por una persona que siendo de la misma comunidad, facilite la traducción y hasta la interpretación pero que no posee ninguna formación o competencia a nivel de temas sanitarios específicos.

- Formación del personal sanitario en aspectos relativos a la inmigración o la cultura de origen, con el fin de disminuir las diferencias socio-culturales con las comunidades.

- Análisis de la estructura y de los procesos internos del servicio (ubicación, procesos administrativos, de diagnóstico...) así como de los programas y materiales de promoción de la salud para detectar aspectos que pueden provocar dificultades para la comunidad y proponer soluciones conjuntas con el equipo.

- Acciones de información sobre aspectos de carácter social, laboral y legal-administrativo así como de recursos que puedan ofrecer soporte en estos temas. De un lado se pretende entregar herramientas que permitan disminuir factores de contexto que pueden influir negativamente sobre la salud del usuario (precariedad laboral, irregularidad administrativa, precariedad habitacional...), y de otro lado el intentar dar respuesta a este tipo de prioridades de las comunidades, contribuye a reforzar la figura del agente de salud como referente socio-sanitario en la comunidad.

III- Y finalmente a nivel del tercer y último eje, el *comunitario*, las acciones estarán orientadas al fortalecimiento del tejido social de las comunidades, con el fin de disminuir aquellos factores de contexto que refuerzan la vulnerabilidad personal o colectiva. Las tareas a desarrollar serían:

- Incrementar y reforzar los canales de información con las comunidades para facilitar el contacto entre los servicios y las personas. (Presentar programas, hacer difusión, crear espacios de encuentro...).

- Dar soporte y dinamizar iniciativas comunitarias para potenciar el tejido social de las comunidades y así contribuir a la creación de redes de acogida más estables y con mejores conexiones hacia los servicios de salud.

- Favorecer el contacto entre las diferentes redes que ofrecen soporte a la población (Servicios sociales, sanitarios, educativos...) con el fin de mejorar la detección y derivación de posibles problemas de salud.

- Detectar, movilizar y coordinar recursos de los servicios públicos y de las comunidades para dar respuesta a las necesidades.

- Incluir la salud en las agendas de las organizaciones (formales o informales) de la comunidad para fomentar acciones de promoción de la salud realizadas desde dichos colectivos.

- Facilitar la participación de las comunidades en el debate sobre las necesidades sanitarias, así como en el diseño de políticas y estrategias dirigidas a cubrir dichas necesidades.

Finalmente es importante tener en cuenta, que así como el modelo de Agente Comunitario de Salud tiene unos objetivos, unas formas de actuación y unos ejes para la puesta en marcha de su propia praxis, de igual manera también implica y tiene una serie de necesidades que, si son subsanadas debidamente, garantizarán un desarrollo más positivo de las tareas a enfrentar. Es así que la puesta en marcha de una dinámica preparatoria implica una formación sanitaria básica a nivel preventivo y asistencial (haciendo énfasis en aquellos aspectos que sean específicos de acuerdo al tipo de población y centros de interés a desarrollar en función de las necesidades); una formación en acciones de soporte individual, acompañamiento y consejo asistido; un desarrollo de habilidades sociales tanto a nivel grupal como comunitario; unas habilidades comunicativas adecuadas para la comunidad; un conocimiento de los canales oficiales y los de la propia comunidad; una capacidad de interlocución amplia y un soporte real de la entidad para la cual trabaja, así como una fuerte implicación en los proyectos a desarrollar tanto desde sí mismo como de la infraestructura a la que pertenezca.

Garantizar el acceso al sistema sanitario, así como la adecuada utilización de los recursos por parte de la población autóctona y alóctona, es una tarea que, por compleja y complicada, no deja de ser menos interesante y ambiciosa, sobre todo cuando un sistema sanitario tiene como pilar esencial el concepto de la prevención. De allí que siempre sea muy conveniente no perder de vista criterios que deben formar parte de la labor cotidiana y que acabarán contribuyendo a garantizar el acceso igualitario a un sistema sanitario que debe ser global e imparcial en relación al status socio-administrativo de los usuarios. Para el caso específico de las poblaciones inmigrantes consideramos que es importante, tal y como se ha argumentado con anterioridad, incorporar personas que puedan dar soporte a los equipos de salud no sólo en lo que atañe a lo estrictamente asistencial sino (y desde nuestra perspectiva es quizás lo más importante), en lo que corresponde al trabajo propiamente social con las comunidades en su propio hábitat cotidiano. Estamos hablando de prevención y ello sugiere que no olvidemos o desarticulemos la idea de todo aquello que está relacionado con patrones de comportamiento, con cambios de actitudes, con emociones, pero también con todos aquellos factores de contexto que generan dificultades e impiden que la persona decida de forma libre, autónoma y adecuada sobre su salud.

#### **3.6.4. Coordinación e implicación de otras organizaciones e instituciones.**

En primer lugar, deberían coordinarse las actividades de todas las organizaciones e instituciones que trabajan en este campo, a fin de evitar duplicidades y dar respuesta a aspectos no cubiertos. Se trata, en definitiva, de aprovechar mejor unos recursos existentes, orientándolos a las necesidades específicas de esta población.

Se debería favorecer la formación de asociaciones de inmigrantes y grupos de ayuda.

Una de las necesidades prioritarias del inmigrante es el aprendizaje del idioma. Como adelantábamos en el primer punto, sería recomendable implicar a las administraciones locales, movimientos asociativos, ONG, etc., en la consecución de este objetivo.

Otra necesidad elemental de la población inmigrante es la de una vivienda digna, que va a repercutir en sus condiciones de vida y, por tanto, en su salud. Es conocida la dificultad que tiene habitualmente esta población para conseguir una vivienda, debido a los elevados precios o a una discriminación por parte de algunos propietarios a la hora de alquilarles viviendas. Ello implica situaciones de hacinamiento o insuficientes condiciones de habitabilidad. Éste podría ser también un campo de actuación de otras instituciones o entidades.

Si se integra la atención sanitaria en el SNS, los recursos destinados por estas organizaciones a actividades asistenciales podrían destinarse a otros fines, como por ejemplo la enseñanza del idioma o la ayuda para facilitar viviendas dignas.

Dentro del sistema sanitario hay que garantizar una correcta coordinación entre los niveles asistenciales para optimizar los recursos existentes. En muchas ocasiones será necesario un abordaje multidisciplinar y una coordinación entre los recursos sanitarios y sociales para encontrar soluciones.

### **3.6.5. Utilización de intérpretes.**

Dependiendo de las características concretas de la población, debería valorarse la necesidad de un intérprete en el centro de salud que facilitara el trabajo asistencial.

Una solución normalmente más factible es la colaboración de algún familiar o amigo que conozca ambos idiomas y que acompañe al paciente a la consulta, aunque no siempre es posible.

De nuevo se pone de manifiesto la necesidad de que el inmigrante conozca el idioma del país receptor.

### **3.6.6. Elaboración de protocolos y guías de actuación.**

Está sobradamente demostrado que la utilización de protocolos y guías ayudan a mejorar la calidad asistencial, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y optimizar recursos, en cualquier campo de la medicina.

Los protocolos y guías de actuación se pueden elaborar *ex novo*, o se pueden adaptar otros ya existentes y que funcionan en diferentes centros, a las circunstancias concretas, con los recursos humanos y materiales de nuestro centro.

En la atención al paciente inmigrante, estas guías de práctica clínica han de comprender los siguientes aspectos: integrar los aspectos preventivos y los aspectos asistenciales; considerar los mecanismos de adaptación sociolaboral y de situación legal como uno de los primeros condicionantes para enfermar de la población inmigrante; establecer algoritmos diferenciales para patologías diferenciales, no para poblaciones diferenciales; describir contenidos socio-sanitarios de atención al inmigrante; establecer los niveles de coordinación entre niveles asistenciales para aquellos casos en que sea necesaria una atención hospitalaria; reflejar la realidad multicultural y los condicionantes de salud-enfermedad de las distintas poblaciones inmigrantes. El punto de partida ha de ser, como en la aplicación de cualquier guía clínica, un cuidadoso respeto por las creencias, conocimientos y actitudes de los pacientes. El manejo de estas guías clínicas servirá especialmente para la actuación ante aquellas patologías diferentes que no se está acostumbrado a manejar en atención primaria.

Deberían establecerse protocolos de actuación y derivación en casos que se requiera, con las unidades especializadas en enfermedades tropicales o salud

internacional. Estas unidades deben utilizarse como recurso de apoyo a la atención primaria y responder a las necesidades que desde ésta se planteen.

Sería recomendable utilizar un protocolo de atención inicial a inmigrantes en Atención Primaria para realizar los cribados necesarios en personas asintomáticas y en aquéllas que se acercan por primera vez al centro de salud. Como esquema general, Roca<sup>50</sup> propone (siempre que sea posible por la organización del centro) iniciar la relación sanitaria, mediante la visita de acogida de enfermería (VAE).

Los profesionales de enfermería desempeñan la importante tarea de "cuidar", entendida como el realizar atenciones orientadas a la persona en todas sus dimensiones, ayudándola a adaptarse a situaciones concretas que mejoren su estado de salud, o bien a modificar el entorno de la forma más óptima posible. Dentro de esta concepción de cuidados se incluye la VAE. Acoger es ofrecer un buen recibimiento (una acogida cálida), en este caso, a una persona recién llegada.

La visita de acogida de enfermería va dirigida a:

- las personas que acuden por primera vez al Centro de Salud (CS).
- las personas que llevan más de 5 años sin visitarse en el CS.
- a los jóvenes que eran anteriormente visitados en pediatría y que han pasado a las consultas de médicos de familia al cumplir los 15 años.
- a todas las personas que no han recibido nunca o que solicitan recibir una VAE.

Los objetivos de la VAE son:

1. Recibir y acoger adecuadamente a las personas que acuden por primera vez al centro o al sistema sanitario. También a todas las personas que cumplen los criterios de inclusión anteriores.

2. Informar de los profesionales de referencia a los que puede acudir (médico, trabajador social, enfermera,...), de los circuitos del centro (medicación crónica, tiras reactivas, visitas a domicilio,...).

---

<sup>50</sup> C. Roca, "Guía de atención clínica al paciente inmigrante", *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, nº 3: Salud e inmigración (febrero 2004).

Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=05>

3. Conocer las necesidades de la persona, sus hábitos y costumbres, tanto de los aspectos saludables como de los que suponen riesgos para la salud, con la finalidad de proponer actividades de prevención y promoción de la salud.

La VAE debe ser corta, acogedora, ágil y oportunista y debe adaptarse, en cada caso, a la situación de salud de la persona atendida.

Idealmente habría de preceder temporalmente a la visita médica, suponiendo el primer contacto que tiene el paciente con un profesional sanitario del CS. Cuando no es posible realizarla al inicio de la relación sanitaria, debería seguir a la visita médica, ya que el hecho de programarla para otro día incrementa notablemente el riesgo de no realizarla.

La VAE en el paciente inmigrante no será distinta a la de los pacientes autóctonos, teniendo en cuenta que siempre debe individualizarse y adaptarse a las necesidades que se detecten. Es importante crear un clima de confidencialidad donde la persona pueda expresar sus sufrimientos y ser escuchada.

### **3.6.7. Reorganización interna del equipo de Atención Primaria.**

Los equipos de Atención Primaria conforman el primer nivel de prestación de servicios sanitarios. Como órganos dinámicos y cambiantes que velan por la salud de la comunidad a la que asisten, deben reformular sus estrategias y adecuar sus servicios a la nueva situación de mayor población inmigrante y de mayor población dependiente.

Para ello, debe conocer por un lado la prevalencia de la población inmigrante que pertenece a su zona básica de salud y conocer su origen, su cultura, sus hábitos de vida, hábitos dietéticos, costumbres, etc. Esto facilitará una mejor adaptación y una correcta atención. Y por otro, la prevalencia de la población dependiente, sus características y necesidades para poder programar las actividades que permitan atenderlas.

El conocimiento por parte del personal sanitario y no sanitario de la realidad cultural de la población inmigrante a la que atiende hará cambiar sus actitudes frente a ellos.

Como indicábamos en el apartado anterior debería ponerse en marcha la visita inicial de acogida a inmigrantes nuevos con objeto de informar sobre los recursos existentes en el centro, la forma de obtenerlos, iniciación de la historia clínica y



aumentar la confianza del paciente inmigrante en el sistema sanitario. El papel de enfermería en esta visita de acogida es fundamental.

El papel de las unidades de trabajo social de atención primaria es clave para establecer una correcta coordinación con las unidades de trabajo social municipales y con otras organizaciones de inmigrantes que trabajen en la comunidad. De esta forma se realizará un correcto abordaje biopsicosocial de la población atendida.

Los directores de los equipos deben plantearse ofrecer una mayor flexibilidad en los horarios para facilitar la accesibilidad, no sólo a efectos sanitarios, sino también administrativos, como por ejemplo, los horarios para asignación de la tarjeta SIP.

Se debería facilitar el acceso a los familiares y cuidadores de las personas mayores dependientes para evitarles esperas.

Los miembros del equipo pueden elaborar o disponer de material ya elaborado, como: hojas de anamnesis, órdenes de tratamiento, recomendaciones vacunales, consejos de cuidado buco-dental, dietas para diabetes, dislipemias, instrucciones para cuidados específicos de las personas mayores, etc., en varios idiomas y adaptadas a las peculiaridades de las comunidades predominantes en la zona básica. El uso de estos materiales facilitaría el trabajo al personal sanitario y aumentaría la calidad de la atención prestada.

### **3.6.8. Formación continuada del personal sanitario y no sanitario.**

La Administración debe potenciar y desarrollar programas de formación específica para que el médico de familia adquiera los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para el diagnóstico y tratamiento de las posibles enfermedades importadas, así como los aspectos antropológicos de la enfermedad y los remedios de las distintas culturas.

Las autoridades sanitarias deben velar por la mejora de la competencia de los profesionales de los centros de salud y fomentar el respeto a los valores de otras culturas, adecuando sus conocimientos a las nuevas realidades asistenciales con las que nos enfrentamos.

Por otro lado, se debe favorecer la conexión y la comunicación con las unidades especializadas en enfermedades importadas o de medicina tropical para el asesoramiento y la solución de los casos que requieran mayor nivel de complejidad.

Estas unidades no deben utilizarse como recursos dirigidos a paliar las deficiencias existentes en nuestro nivel asistencial.

La atención al inmigrante debe realizarse bajo las directrices de la Salud Internacional<sup>51</sup>. La salud Internacional se podría definir como la salud pública a escala mundial, que estudia la patología de los movimientos poblacionales. Debemos tener bien presente que el inmigrante antes de adquirir esta condición tuvo un país propio, siendo por tanto una persona que presenta características propias de ambos entornos, junto a los específicos del viaje migratorio. En este sentido, insistimos que hay que preguntar por el país de origen y por la ruta migratoria, ya que existe la posibilidad de adquirir enfermedades durante el viaje migratorio (que a veces se alarga), antes de llegar al destino y que no son endémicas del área de origen.

En la red de Internet existen abundantes y útiles recursos y manuales<sup>52</sup> que nos ayuden a formarnos y a darnos información para la toma de decisiones.

### **3.6.9. Creación de la “carpeta del inmigrante”.**

Fundamentalmente estaría dirigida a aquellos inmigrantes con movilidad geográfica, es decir, aquéllos que desde el punto de entrada en nuestro país, van desplazándose por distintas lugares.

La “carpeta del inmigrante” estaría constituida por una historia clínica o documentos médicos bajo la custodia del propio paciente. El objetivo de esta carpeta sería evitar la duplicidad en la solicitud de pruebas complementarias realizadas para cribaje o diagnóstico de determinadas patologías prevalentes, así como de las distintas intervenciones preventivas realizadas, como por ejemplo, vacunaciones, tratamientos antiparasitarios, etc. También debería incluir informaciones sobre la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario.

Debe cumplir el principio de confidencialidad, por ello, en el caso de que el inmigrante no entienda el objeto de la misma no se le debe entregar, para evitarle mayores dificultades.

---

<sup>51</sup> P. L. Alonso, “¿Qué es la Salud Internacional?”, Gac Sanit, 8, 1994, pp. 109-111.

<sup>52</sup> Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Disponible en:

<http://www.sepeap.org/archivos/libros/manuales/inmigrantes/inmigrantes.htm>

Esta propuesta tendría un carácter provisional, puesto que dejaría de tener sentido en un futuro si se dispusiera de una base de datos informatizada compatible entre sí, en las diferentes comunidades y regiones del Estado y del Mundo.

### **3.6.10. Evaluar la calidad de la atención ofertada.**

Actualmente no se concibe prestar un servicio a la comunidad si no evaluamos el mismo. Por lo tanto, deberían establecerse métodos para medir aspectos científico-técnicos y el grado de satisfacción de la población inmigrante con la atención recibida. Es importante también conocer las necesidades percibidas y las prioridades en salud de la población inmigrante, así como las posibles barreras para recibir asistencia sanitaria.

Lo mismo debería hacerse en relación a la población de mayores dependientes y a los programas de atención domiciliaria de atención primaria.

### **3.6.11. Realizar estudios de investigación epidemiológica.**

Para lo cual resulta imprescindible contar en los datos de filiación de toda la población de las variables país de origen y nacionalidad.

Se deben planificar y desarrollar estudios de investigación epidemiológica que permitan ofrecer respuestas serias y documentadas, con la finalidad de evitar falsas situaciones alarmantes y desmentir afirmaciones que carecen de fundamento.

Estos estudios epidemiológicos permitirían no sólo conocer la realidad en cada zona, sino además, la necesidad de determinadas pruebas de cribaje basándose en la zona de procedencia de la población inmigrante.

Se tendrían que adaptar los sistemas de vigilancia epidemiológica al control de algunas enfermedades (parasitosis intestinales, malaria, etc), los programas de prevención a las coberturas vacunales, los estados inmunológicos, los equilibrios dietéticos y nutricionales y la salud buco-dental.

En definitiva, es desde la Atención Primaria desde donde se debe hacer un abordaje integral de las necesidades de salud de la población inmigrante y lo que debe ofrecer una necesaria continuidad asistencial en un entorno normalizado y adaptado a las particularidades de los distintos colectivos.

Hasta aquí las recomendaciones para mejorar la atención a la población inmigrante en general desde el punto de vista sanitario.

Por su parte, la población inmigrante que se dedica al cuidado de las personas mayores necesita un adiestramiento y una formación específica para tal menester y un especial esfuerzo en comprender a las personas mayores, que en muchas ocasiones se adaptan mal a su proceso de envejecimiento y de dependencia.

En cuanto a las personas mayores, a sus familias y a la sociedad en general, también habría que fomentar acciones para ayudarles a reconocer la realidad multicultural de los cuidadores inmigrantes y las dificultades que éstos tienen, para superar con éxito los conflictos que surgen por las diferencias culturales.

## Bibliografía

Alonso PL. ¿Qué es la Salud Internacional? Gac Sanit 1994; 8:109-111.

Cañada JL. Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, nº 3: Salud e inmigración (febrero 2004). Disponible en:

<http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=03>

Fuertes, C., Martín Laso, MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales cfnavarra, vol. 29, suplemento I, 2006. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/vol29/sup1/suple2.html>

Gallart Fernández-Puebla A. “Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona” 1007. Disponible en: [http://www.tesisenxarxa.net/TESIS\\_UIC/AVAILABLE/TDX-0125108-103532//tesisDrAlbertGallart.pdf](http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UIC/AVAILABLE/TDX-0125108-103532//tesisDrAlbertGallart.pdf)

Gallud J. et al. Plan para la mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia 2004.

Gámez E, Galindo JP, Cañada JL, et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos SemFYC nº 17. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona 2002.

Llansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: Nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004;18 (Supl): 207-13, 10. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Disponible en: <http://www.sepeap.org/archivos/libros/manuales/inmigrantes/inmigrantes.htm>

Ospina Valencia JE. Hacia un modelo sanitario que pueda gestionar la diversidad. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, nº 3: Salud e Inmigración (febrero 2004). Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=12>

Roca C. Guía de atención clínica al paciente inmigrante. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, nº 3: Salud e inmigración (febrero 2004). Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=05>



II

# LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS INMIGRANTES

## **4. SITUACIÓN ACTUAL SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES**

**Daniela Gallegos Salazar.**

### **4.1. Introducción.**

La inmigración es un fenómeno reciente en la sociedad española que tradicionalmente había sido junto con Italia, Grecia y Portugal, un país emisor de mano de obra. Dependiendo de la magnitud del fenómeno, la inmigración puede representar una modificación importante en el tamaño y la estructura de las poblaciones de origen y de destino<sup>53</sup>. Un cambio que supone costos y beneficios tanto para la persona que cambia de residencia, como para la sociedad receptora. La persona que emigra busca por lo general mejorar sus condiciones de vida e intenta beneficiarse de las ventajas que brinda la sociedad receptora. Éstas pueden ser: 1) Laboral, en el caso de los inmigrantes económicos. 2) De esparcimiento y descanso para personas en etapa de retiro. De cualquier modo, la experiencia de la inmigración implica enfrentarse al desconocimiento que supone vivir en una sociedad a la que en principio no se pertenece, puesto que su lengua, hábitos, costumbres, normas morales, mercado laboral y sus condiciones de trabajo son distintos. La sociedad receptora por su parte, debe enfrentar el costo que supone un aumento demográfico que no obedece al crecimiento natural de su población y debe además, aprender a convivir y compartir sus espacios públicos y su vida con personas de diferentes culturas, con normas y expectativas vitales de diversa naturaleza.

Uno de los sectores que se ve directamente afectado por la llegada de inmigrantes es el sistema de atención sanitaria. Su estructura y organización se ve

---

<sup>53</sup> C. Solé, "Inmigración", en J. Conill, (coord.), *Glosario para una sociedad intercultural*, Bancaja, Valencia, 2002, pp. 197-202.



forzada a enfrentar dos situaciones nuevas y no previstas: 1) Un aumento súbito de la población que requiere atención sanitaria y 2) El hecho de que se trata de una población con usos y costumbres diferentes, que demanda mayor atención sanitaria debido a lo especial de su situación.

El objetivo de este capítulo es dar cuenta del estado de la discusión sobre el impacto que ha tenido el fenómeno de la inmigración en el sistema sanitario y específicamente en los servicios de atención primaria. Para abordar este análisis lo hemos estructurado de la siguiente manera: Comenzamos describiendo el concepto de salud y algunos de los temas estrechamente vinculados a la reflexión sobre la prestación de servicios sanitarios y los usuarios de los servicios públicos. Seguidamente abordamos el tema de la función y los fines de la consulta de atención primaria. Una vez establecidos los fines, pasamos a describir las tendencias más sobresalientes en la literatura biomédica a la hora de abordar el tema de la inmigración y la salud. En el abordaje de este tema encontramos dos tipos de estudios: los epidemiológicos y los antropológico – culturales. Finalmente enumeramos las propuestas y recomendaciones que se hacen desde cada una de estas perspectivas para prevenir, promover y mejorar la prestación de servicios sanitarios en atención primaria. Así, como las recomendaciones y medidas propuestas para tomar en relación a los inmigrantes.

#### **4.2. Definición de salud y descripción de temas vinculados a la reflexión sobre la prestación de servicios sanitarios.**

En primer lugar, hay una definición de salud ampliamente aceptada y mundialmente reconocida. Dado que todos los seres humanos necesitamos estar sanos para poder llevar a cabo el proyecto de vida que hayamos elegido desarrollar, se afirma que la salud es un bien social necesario para la promoción de la vida humana y un derecho de todas las personas. En 1947 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la salud como un estado que va más allá de la mera ausencia de enfermedades, como un estado de bienestar físico, mental y social completo. Afirmando también que el goce del nivel más alto de salud posible es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, creencias

políticas o condición social<sup>54</sup>. En 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reafirma esta visión al definir a la salud como un adecuado estándar de vida, como un bien público de carácter universal al que tienen derecho todos los habitantes de una nación independientemente de su situación jurídica y por el mero hecho de ser personas.

Estas definiciones nos permiten afirmar que la salud es un bien social que tiene varias dimensiones. Tiene una dimensión jurídica porque es un derecho inherente a la condición humana, tiene una dimensión ética porque es un medio *necesario* para llevar a cabo cualquier proyecto de vida y tiene una dimensión médica relativa a los medios científicos y técnicos que permiten restaurar, mantener y promover la salud. La salud es un bien indispensable para el desarrollo de la vida humana y éstas son tres de las dimensiones más directamente relacionadas con su protección y difusión.

La dimensión jurídica se ocupa de la definición de los términos legales en los que se puede ejercer el derecho a la salud y de las instituciones encargadas de garantizarlo. Es una de las dimensiones más importantes en la discusión sobre salud e inmigración y esto se refleja en los innumerables artículos destinados a responder preguntas en relación a si los inmigrantes tienen derecho a la salud independientemente de su situación legal y por el mero hecho de ser personas, o en relación al tipo de limitaciones que debe establecer el Estado para el ejercicio de este derecho, entre otras.

En España la Constitución reconoce en su artículo 43 el derecho de los ciudadanos a la protección en salud que se configura como un derecho de la personalidad, aunado al derecho fundamental a la vida y a la integridad física. Y la Ley 14/1986 General de Sanidad, desarrolla el mandato constitucional y reconoce tanto a los ciudadanos españoles como a los extranjeros residentes en el país, el derecho a obtener prestaciones sanitarias y programa una extensión progresiva de este derecho en función de los recursos. Con estas disposiciones, el Sistema Nacional de Salud se configura según su carácter público, universal y gratuito. Así, los extranjeros con o sin residencia legal, que se encuentren empadronados (registrados como vecinos de un municipio), tendrán derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles. La clave, pues, para acceder a la atención sanitaria es el empadronamiento.

---

<sup>54</sup> X. Seuba, "El derecho a la salud" en M. Torres, X. Seuba, M. Aparicio, G. Pisarello, y V. Valiño, (Coords.), Observatorio DESC., *Sur o no sur. Los derechos sociales de las personas inmigradas*, Icaria, Barcelona, 2006, pp. 111-133.

Toda la literatura revisada en este sentido da cuenta de tres problemas generalizados en relación al cumplimiento de los requisitos establecidos en España para garantizar el acceso a los servicios sanitarios. 1. la obtención del empadronamiento no es tan sencilla como parece, ya que en algunas administraciones se hace difícil obtenerlo. 2. muchos extranjeros evitan empadronarse por temor a ser identificados por la policía y posteriormente expulsados del país. 3. hay también casos en que los inmigrantes no acceden a este servicio por desconocimiento de los trámites que deben hacer para obtener la tarjeta sanitaria<sup>55</sup>.

La dimensión ética de la salud es otro aspecto fundamental para la promoción y el mantenimiento de este bien social. La *ética* reflexiona sobre los principios a partir de los cuales definimos los fines de nuestras actividades vitales. La *ética* responde a la pregunta; ¿para qué? Para qué trabajamos, para qué nos alimentamos bien, etc., es decir, se cuestiona sobre los fines de nuestras actividades y los principios a través de los cuales podemos organizar nuestras acciones para alcanzar los objetivos que nos hemos planteado. La *ética* aplicada al estudio de la salud y la biología recibe el nombre de *bioética*. Intenta responder a la pregunta por los fines, valores y principios que dan sentido a la praxis vinculada a la promoción y mantenimiento de la salud. Estos principios se expresan a través de reglas expuestas en los códigos deontológicos que regulan la práctica de la medicina, de la enfermería y la organización de las instituciones vinculadas con el sector salud. Uno de los referentes más conocidos a nivel internacional sobre los fines éticos de la medicina es el libro de Beauchamp y Childress, titulado *Principles of Biomedical Ethics*<sup>56</sup>. En este texto los autores defienden cuatro principios básicos que deben regir la práctica de la medicina y la prestación de servicios sanitarios. Ellos son: el respeto a la autonomía de los usuarios del sistema de salud, la no-maleficencia, la beneficencia y la justicia.

Los principios son la guía, la pauta de referencia que se utiliza para tomar decisiones y aproximarse a la realización de los fines de la medicina. Pero, ¿cuáles son esos fines? Desde la perspectiva de la bioética es importante tener bien claro las metas de la medicina y los principios que guían su modo de acción, dado que siempre se

<sup>55</sup> Cf. D. Carrillo, "Los extranjeros beneficiarios de la asistencia sanitaria" en *Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. "Migraciones y desarrollo humano"*, Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007. M. Arbeláez, "Los derechos sanitarios de los inmigrantes", en E. Aja, J. Montilla, E. Roig, (Coords.), *Las comunidades autónomas y la inmigración*, Institut de Pret Públic, Tirant lo blanch, Valencia, 2006. SemFYC, *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*, en [www.semfy.com/printversion2.php?html=es/actividades/publicaciones/documentos](http://www.semfy.com/printversion2.php?html=es/actividades/publicaciones/documentos)

<sup>56</sup> T. Beauchamp y J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University press, Nueva York, 1994.

corre el riesgo de que se la interprete como una actividad dedicada exclusivamente a la recuperación y curación de enfermedades dejando de lado otros de sus fines. En este sentido, el *Hastings Center* publicó un estudio sobre las metas que puede y debe plantearse la medicina en las sociedades contemporáneas<sup>57</sup>. Los fines son válidos en principio para todas las actividades sanitarias y no están organizados en orden de prioridad. Según el *Hastings Center* la medicina debe: 1) Prevenir la enfermedad y promover la salud, 2) Aliviar el sufrimiento y el dolor que causa la enfermedad, 3) Asistir y curar a los enfermos y cuidar de aquellos que no pueden ser curados, 4) Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz<sup>58</sup>.

La dimensión ética de la salud es fundamental para abordar los problemas que surgen en el quehacer médico y en la prestación de servicios asistenciales, porque nos brinda principios éticos que nos sirven de guía para encaminar nuestra acción en función del logro de la promoción de la salud. Lo cual genera una sociedad vigorosa, emprendedora y feliz. En el estudio de la problemática de la inmigración las referencias a los principios de la bioética, como herramienta para la formación de juicios de valor en relación a la calidad del servicio sanitario y a las necesidades de los usuarios, es escasa.

La medicina constituye sin lugar a dudas la dimensión central de la salud. Estrechamente vinculada a las exigencias jurídicas y éticas, la práctica médica interviene directamente en la promoción de la salud. Según Uribe<sup>59</sup>, tradicionalmente se definía a la salud como ausencia de enfermedad. De esta identificación, surgió una concepción técnica de la medicina que la consideraba como una actividad exclusivamente destinada a la aplicación de conocimientos para la detección de los síntomas de la enfermedad, la curación y el alivio del dolor. Sin embargo, con la transformación del concepto de salud en una condición de bienestar físico, mental y social, la medicina se ha ido convirtiendo en una acción omnicomprensiva donde juegan un papel central las funciones de prevención, promoción y cuidado. Según el mismo autor, uno de los sectores donde se despliegan con más fuerza las diversas dimensiones de la enfermedad (biomédica, económica, social y existencial), es en la consulta de atención

<sup>57</sup> Cf., J. C. Siurana, *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*, Trotta, Madrid, 2005 pp. 38-44; A., Cortina, *Ética aplicada y democracia radical*, Tecnos, Madrid, 1993.

<sup>58</sup> J. Siurana, *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*, Op. cit., p.39

<sup>59</sup> J. M<sup>a</sup> Uribe, "Servicios sanitarios y demandas culturales: Diálogos interculturales", en *Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. "Migraciones y desarrollo humano"*, Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.

primaria, en la medida en que ésta representa el rostro más cercano de la administración sanitaria al que tiene acceso el habitante de la ciudad, ya sea extranjero o local<sup>60</sup>.

La dimensión médica de la salud constituye el eje central sobre el que giran la mayoría de las reflexiones sobre la inmigración y su incorporación al sistema sanitario. Estudios recientes confirman que en España hay un interés creciente en la literatura biomédica por el tema de la inmigración. Un interés que comienza a manifestarse en 1992 pero que aumenta de manera considerable a partir del año 2000, coincidiendo con los procesos extraordinarios de regularización de la población extranjera<sup>61</sup>. La mayoría de los estudios destaca la novedad del fenómeno de la inmigración. La aparición súbita de una población desconocida y extranjera que se incrementa cada vez más y que se está convirtiendo en usuaria de los servicios de salud. Además, gran parte de ellos coinciden en considerar a la inmigración como un fenómeno que está transformando la práctica médica y que requiere de ajustes institucionales para lograr una incorporación fructífera de los nuevos usuarios del sistema.

Los artículos sobre inmigración y salud que hemos revisado, nos permiten afirmar que la literatura biomédica española sobre el tema se centra en tres tipos de reflexión: estudios jurídicos, epidemiológicos y antropológico - culturales. Centraremos nuestra atención en los dos últimos tipos de estudios puesto que el primero ha sido ya objeto de análisis en el primer capítulo de esta monografía. Ahora bien, antes de exponer los contenidos de estas tendencias es importante precisar la situación de la atención primaria en salud y las expectativas o demandas del colectivo inmigrante.

#### **4.3. Los fines de la asistencia sanitaria en el ámbito de la atención primaria.**

La consulta de atención primaria es el primer punto de contacto de los ciudadanos con el sistema sanitario. Se trata de un espacio en el que aparecen

---

<sup>60</sup> *Ibíd.*, p.4.

<sup>61</sup> M<sup>a</sup>. T. Gijón, E. Martínez, M<sup>a</sup> L. Jiménez, "Significaciones y prácticas sobre inmigración en la literatura biomédica en España", en *Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. "Migraciones y desarrollo humano"*, Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007. p.6

demandas muy diferenciadas, desde exigencias curativas que requieren la aplicación de tecnologías médicas concretas, hasta la búsqueda de ayuda, acompañamiento o consejo. El médico de atención primaria se ve en situaciones que trascienden el hecho curativo, en muchas ocasiones su labor implica acompañar o sugerir cómo superar, gestionar o sobrellevar infortunios y contrariedades que afectan el bienestar psíquico y corporal de los pacientes. En este sentido Uribe afirma que “la práctica médica da cada vez más paso al <<decir>> preventivo y educador que al <<hacer>> reparador.”<sup>62</sup> El tipo de relación que se establece entre el médico de atención primaria y el usuario no se restringe a un escrutinio de la biología del paciente sino que implica además el encuentro entre biografías distintas, el diálogo y la comprensión entre el profesional y el usuario. En este sentido, el servicio de salud que se brinda en la atención primaria genera una relación de carácter adaptativo entre el médico y el paciente.

La consideración de las exigencias y cargas laborales que puede representar la inmigración para los médicos que trabajan en Atención Primaria, no puede desligarse de las condiciones en las que actualmente trabaja este colectivo, de sus demandas tradicionales y de las exigencias que últimamente han venido planteando a través, por ejemplo, de la plataforma 10 minutos<sup>63</sup>. Las situaciones que ya venía enfrentando la sanidad pública española en varios niveles eran:

- Saturación de los servicios por demandas desajustadas
- Listas de espera desiguales entre Comunidades Autónomas que parecen poner en cuestión el principio de la igualdad en ciudadanía.
- Reclamación de tiempos de trabajo que faciliten condiciones mínimas para que los profesionales puedan cumplir su labor.
- Exigencia de más medios para brindar servicios de acompañamiento en casos de muerte y dolor.
- Aumento de la demanda de apoyo psicosocial y relacional ante crisis colectivas o situaciones biográficas extremas.
- Supuesta irresponsabilidad en el uso de los servicios y falta de adherencia a los tratamientos<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> J. M<sup>a</sup>. Uribe, “Servicios sanitarios y demandas culturales: Diálogos interculturales”, Op. Cit., p. 1.

<sup>63</sup> Cf., [www.diezminutos.org/](http://www.diezminutos.org/)

<sup>64</sup> J. M<sup>a</sup> Uribe, “Servicios sanitarios y demandas culturales: Diálogos interculturales”, Op. cit., pp. 2, 3 y 5.

Estas situaciones se han agravado y se han hecho más difíciles con el aumento imprevisto y abrupto de la población inmigrante. Puesto que para esta población el servicio de atención primaria representa el entorno más cercano, más garantista y de más fácil acceso al sistema de prestaciones sociales de la administración.

En la literatura consultada hay bastante coincidencia al identificar las exigencias que supone para los profesionales de la atención primaria la relación médica con la población extranjera. Entre las más importantes queremos destacar:

- El problema que genera la atención a las personas que no tienen tarjeta sanitaria y que están en situación de irregularidad. Según Arbeláez, al parecer, la atención a los irregulares por fuera de los casos de urgencias depende plenamente de la voluntad de cada centro de salud. Los inmigrantes que carecen de una vinculación formal al sistema acuden a él de manera desordenada. Esto implica que el médico desconoce el historial clínico del paciente, sus calendarios vacunales y no cuenta para estas atenciones con protocolos de actuación adecuados<sup>65</sup>.
- Algunos Centros de Salud deben enfrentar el problema de la concentración de población inmigrante en zonas en las que vive hacinada y en condiciones de insalubridad. Esta situación representa una carga de trabajo y esfuerzos extras para el equipo sanitario que no tiene los medios para brindar una atención sanitaria completa como puede ser la remisión a especialistas, la receta de medicamentos, la orden de exámenes y pruebas analíticas, etc<sup>66</sup>.
- También se dan casos en los que los servicios de atención primaria se ven enfrentados a demandas de bienestar social por parte de la población inmigrante para las que no han sido diseñados. Por ejemplo: la realización de trámites administrativos vinculados a bajas laborales o reclamación e incapacidad transitoria prolongadas por el acceso a una prestación económica; necesidades de vivienda y quejas sobre condiciones de vida que impiden cumplir con condiciones mínimas de higiene, solicitud de intervención sobre rendimiento y absentismo escolar, dudas morales sobre cambios en hábitos de vida, etc. Estas demandas no deben ser consideradas como exóticas o

<sup>65</sup> M. Arbeláez, "Los derechos sanitarios de los inmigrantes", Op. cit., p. 499.

<sup>66</sup> P. Matey "Qué hago con este inmigrante" en Suplemento de Salud 424, diario *El Mundo*, 2001. [www.el-mundo.es/2001/424/983435657.html](http://www.el-mundo.es/2001/424/983435657.html).

irracionales, sino como resultado directo de los procesos de adaptación a nuevos estilos de vida en entornos desconocidos o adversos.

Esta breve panorámica pone en evidencia que las instituciones de salud enfrentan exigencias multidimensionales para las que no han sido diseñadas y que a veces, deben encargarse de demandas que deberían ser atendidas por otras instituciones. Los profesionales de la salud se ven obligados a responder en la medida de sus posibilidades a situaciones para las que no han recibido la orientación necesaria, dado que provienen de una formación en muchos casos ortodoxa que les dificulta hacer frente a estas circunstancias. Al mismo tiempo, enfrentan la incomprensión y las limitaciones de la Administración, que no parece prever el cúmulo de demandas y situaciones a las que se está enfrentando la atención primaria. Estas circunstancias dificultan la realización de los fines de la consulta de atención primaria, que son: prevenir la enfermedad y promover la salud, identificar las patologías que presenta el paciente y decidir si es necesario referirlo a un especialista, tratar algunas enfermedades en algunos casos trabajando en equipo con el especialista, apoyar, ayudar y aconsejar al paciente en el manejo de su salud.

#### **4.4. Estudios biomédicos sobre el tema de la inmigración.**

En la literatura encontramos dos tendencias en la reflexión sobre atención primaria e inmigración: 1) Una epidemiológica y 2) otra antropológico – cultural.

##### **4.4.1. Estudios epidemiológicos.**

La literatura biomédica en relación al fenómeno de la inmigración coincide en identificar un grupo parecido de demandas de salud como propias de la población inmigrante. En principio, casi todos están de acuerdo en que los inmigrantes no constituyen un grupo de riesgo para la salud pública del país y que normalmente hacen uso de la asistencia sanitaria por los mismos motivos que los españoles. También coinciden en que su estado de salud está directamente relacionado con sus hábitos y las condiciones sociales y laborales de su vida. Los temas de mayor atención y discusión epidemiológica son los siguientes:



### 1.- *Enfermedades importadas y enfermedades de adaptación.*

La mayoría de las publicaciones sobre la epidemiología de los inmigrantes distinguen entre “enfermedades importadas” y “enfermedades de adaptación”<sup>67</sup>. Las enfermedades importadas son todas aquellas que no son características del medio español -como las enfermedades tropicales- pero que en todo caso son benignas y autolimitadas porque no cuentan con las condiciones ambientales para reproducirse. Por ejemplo, la malaria, el paludismo o el cólera no encuentran en España el huésped o vector intermediario para su transmisión. La tuberculosis merece especial mención porque en el caso de los inmigrantes las pruebas son positivas en un 80%. Sin embargo, se trata de una enfermedad presente en el país que no implica riesgos para la población de acogida pero que se debe vigilar, pues en el futuro podría representar un problema en los colectivos marginales.<sup>68</sup> En todo caso las “enfermedades importadas” son pocas. Según Jansá a su llegada, los inmigrantes no constituyen grupos de riesgo específico. Por otro lado, en relación al SIDA hay poca información, la literatura revisada hasta ahora no relaciona a la migración como causa de propagación de esta enfermedad<sup>69</sup>.

Los autores del estudio titulado “Significaciones y prácticas sobre inmigración en la literatura biomédica en España”<sup>70</sup> presentado en mayo de 2007, señalan no estar de acuerdo con la denominación de “enfermedades importadas”, por considerar que esta terminología genera un imaginario colectivo que tiende a considerar a la inmigración como un problema o una amenaza. Estos autores argumentan que no se puede abordar el tema de la inmigración desde una perspectiva únicamente centrada en el análisis de los riesgos que representa esta población desde el punto de vista epidemiológico, económico y social. No sólo los inmigrantes pueden importar enfermedades, sino todas aquellas personas que realizan desplazamientos geográficos. El temor de estos autores es que se genere una diferencia imborrable entre un “ellos”

<sup>67</sup> M. Arbeláez, “Los derechos sanitarios de los inmigrantes”, Op. Cit., p. 493. Cf. SemFYC, *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*, Op. Cit.

<sup>68</sup> M. Arbeláez “Los derechos sanitarios de los inmigrantes”, Op. cit., p.496,497.

<sup>69</sup> J. M<sup>a</sup>. Jansá, “Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones de salud pública.”, en *Revista Española de Salud Pública*, N<sup>o</sup> 72, 1998, pp. 165-167. Cf. p. 167.

<sup>70</sup> M<sup>a</sup>. T. Gijón, E. Martínez, M<sup>a</sup> L. Jiménez, “Significaciones y prácticas sobre inmigración en la literatura biomédica en España”, Op. cit., pp. 7-9.

(los inmigrantes) y un “nosotros” (los residentes en el país de acogida). Puesto que tales etiquetas hacen del inmigrante algo problemático y extraño y dificultan las posibilidades de gestión e integración intercultural en el mediano y largo plazo<sup>71</sup>.

Las enfermedades postmigratorias, reactivas o de adaptación, son las que se adquieren en el país de acogida. En la literatura sobresale la mención al llamado “duelo migratorio”, que se refiere a los trastornos emocionales y psicológicos derivados del proceso migratorio y a los períodos de adaptación. El desarraigo genera depresión y dificultades para encontrarse cómodo en la sociedad de acogida. El estrés, la tensión y la depresión son las afecciones más frecuentes. Hay abundante literatura sobre los trastornos psicosomáticos de los inmigrantes durante su proceso de adaptación. Desde mediados de los años 90 se atribuye un elevado porcentaje de las consultas a problemas corporales como: cefaleas, precordalgias, lumbalgias, dolores en todo el cuerpo, todos ellos, síntomas de ansiedad, depresión, infelicidad y frustración<sup>72</sup>.

## 2.- Demandas de salud en el área de ginecología y obstetricia.

A pesar de la detección de estas tendencias, se considera en general que el perfil epidemiológico de la población inmigrante no presenta muchas complicaciones. La literatura consultada coincide en describir a esta población como joven y en buen estado de salud. “No emigra el que quiere sino el que puede”<sup>73</sup>. Esta afirmación coincide con el hecho de que las demandas sanitarias se registren en mayor proporción en el área de ginecología y obstetricia.

En esta esfera de la salud, algunos estudios detectan trastornos en las mujeres debido a los cambios en las pautas de salud sexual y reproductiva que no son abordados satisfactoriamente por la sanidad<sup>74</sup>. Las mujeres embarazadas según la Ley de Extranjería en el apartado 4 de su artículo 12, tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. En este supuesto no interesa la

---

<sup>71</sup> Ibid., pp. 6-9.

<sup>72</sup> J. M<sup>a</sup>. Jansá, “Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones de salud pública.” Op. cit., p.167.

<sup>73</sup> Ibid., p.166. Cf. C. C. Rodríguez, “Asistencia a inmigrantes: entre el mito y la realidad”. En *Revista Española de Economía de la Salud*, Nov-Dic. 2002. [www.economiadelasalud.com/ediciones/04/pdf/04\\_Enportada\\_Inmigracion.pdf](http://www.economiadelasalud.com/ediciones/04/pdf/04_Enportada_Inmigracion.pdf), noviembre-diciembre2002., SemFYC, *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*, Op. cit.

<sup>74</sup> M. Arbeláez, “Los derechos sanitarios de los inmigrantes”, Op., cit., p. 495-496.

situación administrativa de la extranjera, por lo que se le debe informar de su derecho a la asistencia sanitaria<sup>75</sup>.

En un estudio realizado sobre el perfil epidemiológico obstétrico/neonatal de las inmigrantes en Albacete<sup>76</sup>, se llegó a la conclusión de que las inmigrantes latinoamericanas y rumanas son más jóvenes y múltiparas que las mujeres españolas y que tienen mayor número de abortos y embarazos adolescentes. En general conservan los patrones reproductivos de sus sociedades, esto es, paren a edades más jóvenes que las autóctonas, presentan antecedentes obstétricos diferenciales, tienen mayor número de embarazos adolescentes y utilizan menos la analgesia epidural. No queda claro si este uso menos frecuente se debe a problemas de comunicación o a la negativa de las mujeres embarazadas a permitir su utilización, puesto que son las rumanas y las magrebíes las que menos la utilizan respectivamente<sup>77</sup>. El estudio revela una alta tasa de utilización de los servicios sanitarios en el área de gineco-obstetricia, sin embargo, se considera probable que los patrones reproductivos vayan cambiando en el tiempo debido a un proceso de adaptación cultural.

En cuanto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, un estudio realizado en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Borriana, desde enero de 2002 hasta julio 2004<sup>78</sup>, señala que las mujeres inmigrantes solicitan más la IVE que las mujeres locales. La investigación revela que desde 1997 hasta 2004 se han duplicado las demandas de IVE y que tal aumento está relacionado con el aumento de la población inmigrante. Sin embargo, del estudio también se desprende que las usuarias cambian la demanda de IVE por anticoncepción, cuando reciben información sobre el uso de estos métodos y se desaconseja el uso del *coitus interruptus*, causante de casi la mitad de embarazos no deseados que se interrumpen<sup>79</sup>.

<sup>75</sup> Los requisitos y los pasos a seguir están expuestos en D. Carrillo, “Los extranjeros beneficiarios de la asistencia sanitaria” Op. cit., pp. 9-10.

<sup>76</sup> C. Pardo, J. García, A. Gómez, M. Lorenzo, D. Gil, “La paradoja epidemiológica en las gestantes inmigrantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (2004-2005), en *Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano”*, Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.

<sup>77</sup> Ibid., pp. 6-7.

<sup>78</sup> P. Martínez y V. Arrufat, “Estudio comparado sobre las características de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres españolas y extranjeras. Centro de Salud Sexual y Reproductiva Borriana en Castellón. Programa de prevención de la salud. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana”, en *Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano”*, Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.

<sup>79</sup> Ibid., pp. 4-5.

### 3.- Sobre el cumplimiento de los tratamientos.

Otro rasgo epidemiológico generalmente subrayado por la literatura biomédica sobre inmigración, alerta sobre la irregularidad en el cumplimiento de los tratamientos por parte de esta población. La experiencia señala que los inmigrantes que no tienen tarjeta de residencia, acuden a urgencias para tratar sus problemas de salud, sin que luego pueda llevarse un seguimiento de su caso. Esto impide tener un control epidemiológico sobre la enfermedad y también prevenir su contagio<sup>80</sup>. En todo caso, toda la literatura coincide en señalar a las condiciones de vida post migratorias como el elemento central que afecta el estado físico y psicológico de los inmigrantes. La precariedad laboral, la pobreza y la marginación social. Los altos índices de siniestralidad laboral y de mortalidad infantil se consideran un indicador de esta situación<sup>81</sup>.

#### 4.4.2. Estudios antropológico – culturales.

La transformación del paisaje urbano y de la sociedad que genera la inmigración es sin duda alguna un proceso multidimensional que no se puede abordar desde una única perspectiva sino que necesariamente tiene que incorporar distintos análisis, si quiere aproximarse a la realidad del fenómeno. Muchos de los trabajos sobre inmigración y salud incorporan aportes de otras disciplinas, que intentan colaborar en la reflexión sobre los medios y las medidas para abordar la nueva situación. En la bibliografía destacan trabajos de corte antropológico y cultural que no se restringen exclusivamente al hecho epidemiológico, es decir, a la descripción de las patologías más comunes entre los nuevos pobladores, sino que intentan tomar en cuenta la diversidad de elementos que condicionan la salud de estas personas. Su cultura de origen –sus creencias en relación a la salud, la enfermedad y la alimentación-, sus condiciones laborales –el número de horas que trabajan y el tratamiento que recibe el cuerpo, la mente y el alma durante la jornada laboral diaria-, la calidad del entorno donde se desarrollan sus vidas –la calidad e higiene del ambiente donde viven-, sus posibilidades económicas –relacionadas con la capacidad para cumplir con un

<sup>80</sup> J. M<sup>a</sup>. Jansá, “Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones de salud pública.”, op. cit., p. 167.

<sup>81</sup> SemFYC, *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*, Op. cit., pp. 493-494.

tratamiento médico-, etc. Todos esos factores están fuertemente vinculados a la posibilidad de realizar la actividad preventiva, curativa y de cuidado que condiciona la salud de las personas y por ende su capacidad para actuar y desarrollar su propio proyecto de vida en armonía con el medio social donde se desenvuelven.

La perspectiva antropológica señala que ciertamente la inmigración es un fenómeno que demanda algunas medidas especiales y que profundiza en las exigencias a las que está sometida la atención primaria en salud. Sin embargo, propone abordar el tema desde un compromiso previo a favor de la integración y la interculturalidad. Los artículos escritos en este ámbito de reflexión, coinciden en su oposición a forja y difusión de prejuicios que reducen la representación del perfil sociocultural, étnico y asistencial de las personas inmigrantes a las significaciones, imágenes y estereotipos vinculados globalmente al contexto ideológico de salida.

Las autoras responsables del estudio sobre las miradas socioculturales y sanitarias predominantes en la literatura biomédica sobre inmigración<sup>82</sup>, denuncian que en muchos casos, se etiqueta y territorializa a las personas inmigrantes sin tomar en cuenta el tiempo real de residencia que tienen en el país de acogida y sin valorar otras variables importantes como el género, la clase social, etc. Consideran que los planteamientos en torno a la inmigración tienden a la homogeneidad, son abundantes en la aplicación de técnicas cuantitativas mas no cualitativas y que parten de falsas creencias como por ejemplo, que las personas extranjeras emigran exclusivamente por motivos económicos. Frente a estas tendencias proponen promover la sensibilización y concienciación de cara a contemplar otras variables como el género o la etnicidad en el estudio del proceso “salud-enfermedad”. Incorporar en el currículum formativo cuestiones culturales que permitan ampliar la comprensión de distintas concepciones de vida y salud. Enseñar a separar diferencias económicas, sociales y educativas de la procedencia geográfica y en general la deconstrucción de mitos, estereotipos y prejuicios para realizar una práctica médica libre de sesgos culturales y etnocéntricos que permita además incorporar las aportaciones positivas que pueden brindar las nuevas culturas.

En relación a la inmigración y su impacto sobre la atención primaria, algunos autores como Uribe, por ejemplo, señalan la importancia de hacer de este espacio

---

<sup>82</sup> Cf. M<sup>a</sup>. T. Gijón, E. Martínez, M<sup>a</sup> L. Jiménez, “Significaciones y prácticas sobre inmigración en la literatura biomédica en España”, Op. cit.

médico un ámbito de integración intercultural desde la conciencia de que la presencia de pacientes venidos de culturas diversas profundiza las exigencias de la atención primaria. Pero también desde el reconocimiento de que el inmigrante es un usuario que atraviesa una situación de adaptación y reacomodo a una realidad social y cultural diferente. Por esta razón, existe la posibilidad de que presente al médico discursos sobre la realidad que le resulten incomprensibles o difíciles de entender. Los inmigrantes exigen atención, tanto en el sentido literal de que se les escuche y se les tome en cuenta, como en el sentido sanitario de que se ocupen de ellos<sup>83</sup>. Así, a la consulta de atención primaria se le exige que se convierta en un espacio de facilitación de información, atención y recursos, pero también un espacio del que se espera que sea capaz de traducir las demandas socio sanitarias y las concepciones de la salud y la enfermedad que posee el inmigrante en demandas que se puedan procesar y que tengan sentido en el ámbito de la sociedad receptora. Puede darse el caso de que no todo se pueda traducir y que el sistema sanitario deba ampliar algunos de sus servicios para atender a nuevas demandas o para atender nuevas y diferentes maneras de aproximarse a la salud y la enfermedad. El médico de atención primaria se ve impelido a realizar todas esas funciones a la vez. Esto no es cuestionable siempre que se le dote de los recursos, los medios –contando con mediadores culturales<sup>84</sup> y programas de salud complementarios - y el tiempo suficiente para realizar su trabajo con calidad. Además, Uribe considera que la realización de estas funciones es un deber de la atención primaria si entendemos que el acceso a las instituciones sanitarias en un espacio donde los nuevos residentes ejercen su derecho a la ciudadanía.

En resumidas cuentas, Uribe concibe a la atención primaria como un espacio donde el diálogo y la comunicación entre el médico y el paciente juegan un papel central, un espacio que incorpora pero trasciende la atención médica del cuerpo. En este sentido la diferencia más importante que plantea la población inmigrante es que proviene de contextos culturales diferentes y que en su primera toma de contacto con

---

<sup>83</sup> J. Uribe, “Servicios sanitarios y demandas culturales: Diálogos interculturales”, Op. cit., p. 4.

<sup>84</sup> El mediador cultural es una persona que se ha formado especialmente para servir de puente comunicativo entre el personal sanitario y los inmigrantes. Se le considera capaz de interpretar y traducir las demandas de los inmigrantes a los profesionales de la salud y viceversa. Cf. I. Casado, O. López, L. Sanjuán, T. San Román, T. Sellarés, M. Torrens, H. Valenzuela, “Asistencia sanitaria en el contexto intercultural: Una propuesta de formación para el personal sanitario desde un proyecto de antropología aplicada”, GRAFO Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada, Departament d’Antropologia Social i Cultural, Universitat Autònoma de Barcelona, en Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano” Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007, p.10.

la atención primaria la hace por lo general en un momento en que se está adaptando a nuevas condiciones de vida en un nuevo país. Además, el autor parte del convencimiento de que no hay salud en singular, ni una única y exclusiva vivencia de la enfermedad. Así, una concepción diferente de la enfermedad no tiene por qué ser menos valiosa o exótica, sino que puede ser incluso una oportunidad para ampliar nuestras propias visiones de la salud y la enfermedad.

Por todo lo antes dicho, el servicio de atención primaria constituye para los inmigrantes, la posibilidad de relacionarse de manera más cercana con el sistema de bienestar social. Es el espacio privilegiado para el diálogo intercultural por varios motivos: es el referente más cercano del sistema sanitario que tienen los nuevos usuarios, quienes además tienen más posibilidades de familiarizarse con el personal sanitario de los centros de salud; pueden acceder a él en principio con independencia de su situación administrativa; la cercanía física del centro a su lugar de residencia facilita el acceso de los usuarios; además, las consultas de atención primaria son un espacio donde las personas pueden pasar del rol de paciente al de usuario de una forma comprometida y responsable; posibilitan el diálogo sobre asuntos tan importantes como la concepción de salud y enfermedad del inmigrante, sus hábitos alimenticios, de higiene y de actividad física. Todos estos son factores centrales para la salud, si se la concibe como la base sobre la que las personas forjan su actividad y su proyecto de vida.

#### **4.5. Propuestas y recomendaciones.**

Como hemos descrito a lo largo de este artículo la atención sanitaria a la población inmigrante es un hecho multidimensional que requiere, por lo tanto, del desarrollo de programas que no se limitan exclusivamente al campo de la medicina, sino que requieren del apoyo de profesionales de la filosofía, la antropología y la psicología, entre otros. Hemos señalado que en la literatura biomédica sobre inmigración además de la reflexión legal, predominan los enfoques epidemiológico e intercultural. Cada uno de ellos hace sugerencias y propuestas acordes con su manera de entender los cambios que genera la inmigración. Veamos las propuestas más características de cada enfoque.

#### 4.5.1. Propuestas y recomendaciones desde la perspectiva epidemiológica.

La literatura que centra su reflexión en los cambios epidemiológicos que puede generar la inmigración propone acciones en dos direcciones: la protección y la promoción de la salud<sup>85</sup>. La primera relativa al control epidemiológico que se centra en la realización de exámenes de detección y vigilancia médica continua de las patologías comunes de los inmigrantes en España. Seguidas, en caso de ser necesario, de los cuidados preventivos y curativos que vengan al caso. En segundo lugar, para la promoción de la salud, proponen medidas de educación sanitaria que permitan evitar los problemas de salud que más frecuentemente enfrentan los inmigrantes.

Valtueña propone las siguientes medidas para el control, la detección y la vigilancia médica:

- - Que se realicen controles médicos a los inmigrantes antes de salir de su país o inmediatamente después de llegar a España. Un control que trata de detectar mediante exploración clínica y las pruebas de laboratorio que se consideren necesarias, las enfermedades endémicas del país de origen, como por ejemplo: las helmintiasis, las protozoosis, las enfermedades infecciosas crónicas como el paludismo o la leishmaniasis, las hemoglobinopatías, etc., además de las enfermedades venéreas y las alteraciones mentales manifiestas. Es importante que la forma en que se establezcan estos controles no pueda interpretarse como una acción que discrimine o coaccione a los inmigrantes.
- Exploración al comienzo del trabajo: El trabajador debe ser sometido a exploración para saber si está apto para realizar el trabajo para el que ha sido contratado, con el fin de prevenir accidentes laborales por motivos como la falta de comunicación, o la incomprensión de las normas de seguridad.
- Vigilancia médica durante la estancia en España: El autor antecitado considera que durante el proceso de adaptación, el inmigrante tiene una salud frágil y tiene altos riesgos de alteraciones de la salud. Recomienda una vigilancia médica periódica que puede hacerse en el trabajo o a través de la seguridad social. Esta

---

<sup>85</sup> O. Valtueña, "Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España" en *Migraciones*, Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, Comillas, Madrid, Diciembre 2000, pp. 231-249.



vigilancia consiste según el autor en la realización de exámenes periódicos a aquellas personas que hayan padecido alguna enfermedad. También propone exámenes al regreso de vacaciones. El examen pretende ser un instrumento de seguimiento que debe hacerse a discreción del médico, pero tomando en cuenta la edad, el origen, la predisposición étnica de la persona, su peso, sus condiciones de vida y trabajo.

- Prioridades preventivas y curativas:

Evitar que las enfermedades de importación evolucionen de forma peligrosa. Prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades que puedan contraerse en España. Esto implica: acceso a los programas de vacunación, educación en relación a las condiciones de higiene y la alimentación, y asistencia en relación a la vivienda. Se debe conceder prioridad a las siguientes enfermedades:

1. Tuberculosis. Aunque el tratamiento de la tuberculosis es sencillo y la enfermedad es sensible de mejorar, sucede que los inmigrantes no son muy constantes en la aplicación de medidas curativas puede que sea por desconocimiento o falta de medios<sup>86</sup>.

2. Enfermedades de transmisión sexual, exigen una continua vigilancia para evitar su propagación.

3. Trastornos de nutrición, la educación nutricional es un objetivo a largo plazo, pues debe enfrentarse a obstáculos culturales –religiosos- y económicos –falta de medios- .

4. Trastornos psíquicos, éstos se previenen facilitando la adaptación al nuevo medio social. Es decir, con la implementación de un conjunto de medidas sociales y educativas. El autor señala que cuando los trastornos son muy difíciles de solucionar y las barreras lingüísticas muy fuertes, se recomienda la vuelta de las personas inmigrantes a su país de origen.

- La educación se considera principalmente como una medida de prevención. El autor propone: involucrar a los hijos de los inmigrantes en los programas educativos. Aprovechar todos los espacios para realizar esta campaña educativa: escuelas, lugares de trabajo, consultas médicas y hospitalizaciones.

---

<sup>86</sup> Ibid., p. 245.

Debe diseñarse en función de las condiciones de vida, de comprensión y comportamiento de los destinatarios. Sugiere que los estudiantes de ciencia de la salud que compartan la misma nacionalidad con el inmigrante pueden servir de puente para la incorporación y educación de estas personas en el uso del sistema sanitario.

#### **4.5.2. Propuestas y recomendaciones desde la perspectiva antropológico - cultural.**

Quienes consideran el fenómeno de la inmigración como un hecho social que transforma el paisaje urbano y que se debe encauzar hacia la formación de una sociedad intercultural, proponen medidas como la formación del personal sanitario, y de todo aquel que trabaja en el centro de salud, en lo que denominan “competencia cultural” definida como “la capacidad del sistema sanitario y sus profesionales para tener en cuenta la influencia de los factores sociales y culturales en la salud de los pacientes y en los términos en los que tiene lugar la asistencia sanitaria”<sup>87</sup>. Ser culturalmente competente, implica ser capaz de relacionarse con el usuario perteneciente a otra cultura, teniendo en cuenta su edad, su género, la etnia a la que pertenece, su religión, estatus socioeconómico, nivel de formación, entre otros. Implica tener la habilidad para considerar estas variables de una manera ética a la hora de relacionarse con el paciente<sup>88</sup>.

La competencia cultural implica que el profesional de la salud sea capaz de verse a sí mismo como proveniente de una cultura diferente a otras que acumulan en su seno muchos valores y ventajas importantes, pero que tiene la posibilidad de aprender e incorporar lo mejor que otras culturas le puedan brindar. De allí que el modelo de la “competencia cultural” implica un posicionamiento ético por parte de los profesionales de la salud y las instituciones que contribuyen a su formación. El profesional debe ser capaz de tomar conciencia sobre el alcance de sus conocimientos, sus prejuicios y estereotipos y la manera que tienen éstos de influir en la forma en que

---

<sup>87</sup> I. Casado, O. López, L. Sanjuán, T. San Román, T. Sellarés, M. Torrens, H. Valenzuela, “Asistencia sanitaria en el contexto intercultural: Una propuesta de formación para el personal sanitario desde un proyecto de antropología aplicada”, Op. cit., p. 5.

<sup>88</sup> Esta misma perspectiva y este mismo concepto lo utiliza Uribe en su artículo, “Servicios sanitarios y demandas culturales: Diálogos interculturales”, Op. cit., p. 5.

realiza su trabajo. De esta manera puede reconocer que necesita ayuda para tratar con pacientes y usuarios que provienen de otras culturas.

Tomando la competencia cultural como punto de partida, los autores recomiendan orientar la formación del personal sanitario en torno a varios ejes:

- La comunicación médico-paciente: El tema de la comunicación entre el paciente y el médico no es exclusivo de la población inmigrante. Hablar sobre la salud física y psíquica, hablar sobre el estado del cuerpo, entender lo que sucede con él y sus posibilidades de recuperación, es un asunto crucial para los pacientes en general, sean de la nacionalidad que sean. La relación médico-paciente es de naturaleza desigual en la medida en que el médico posee una información, un saber y una capacidad de intervención sobre la salud y el cuerpo del paciente que éste no posee y que considera fundamental para su vida. Por esta razón es tan importante que los profesionales de la salud desarrollen capacidades de comunicación y actitudes de cercanía, apertura y empatía con los pacientes. En los currículos de formación del personal médico está ausente la formación orientada a la comunicación con el paciente. Se da por hecho, como señalan los autores, que la adquisición de los conocimientos biológicos es suficiente para cumplir con la función de transmitir indicaciones e información al paciente. Pero la amplitud de la dimensión sanitaria y humana son prueba de que esto no es suficiente. Las dificultades en la comunicación se pueden asociar a una menor satisfacción del paciente, al descenso de la adherencia al sistema y los tratamientos y a la menor calidad de la atención. Todas estas consideraciones se acentúan cuando la relación se da con un colectivo proveniente de otra cultura.
- Conocimientos sobre factores ligados a la tradición cultural: Hoy en día, aproximadamente el 10% de los usuarios del sistema nacional de salud son de origen extranjero. Personas que provienen de otras culturas, con diversas vivencias y visiones de la salud y la enfermedad. En este sentido los autores proponen formar al personal sanitario dotándolo de conocimientos relativos a la existencia de diferentes modos de conceptuar el cuerpo, la salud y la

enfermedad, que influyen en el comportamiento de las personas en relación con su salud y condicionan por lo tanto, los procesos de búsqueda, elección y seguimiento del tratamiento<sup>89</sup>. La formación en materia intercultural, implica necesariamente la toma de conciencia sobre la propia herencia cultural, es decir, la capacidad de comprender que los métodos de investigación y las prácticas sanitarias obedecen a una pauta histórica y cultural y que están en un continuo proceso de cambio.

- Conocimientos sobre factores socioeconómicos y políticos: La formación relativa a la influencia que tienen estos factores en la vida de la población inmigrante es muy importante para comprender los procesos de integración social y para evitar la aparición y perpetuación de estereotipos infundados sobre esta población, mejorando además la capacidad de intervención de estos profesionales. De ahí que sea importante que tengan información sobre los supuestos legales en los que se debe ofrecer la asistencia sanitaria y las circunstancias económicas y laborales en las que se da la integración de estos pacientes.
- La situación epidemiológica: Información sobre las características sociodemográficas y las condiciones de salud de la población inmigrante. En este sentido, son necesarios los estudios sobre morbilidad y mortalidad de esta población. La formación en el reconocimiento y tratamiento de enfermedades tropicales y algunas importadas. La capacitación del personal en el reconocimiento y tratamiento de síntomas psicológicos y somáticos que se puedan relacionar con el hecho migratorio, o con problemas de desarraigo o exclusión social.
- Los destinatarios de esta formación deben ser: El personal de enfermería, el personal administrativo, los traductores e intérpretes, los mediadores culturales y los gestores y decisores del sistema sanitario.

---

<sup>89</sup> I. Casado, O. López, L. Sanjuán, T. San Román, T. Sellarés, M. Torrens, H. Valenzuela, "Asistencia sanitaria en el contexto intercultural: Una propuesta de formación para el personal sanitario desde un proyecto de antropología aplicada", Op. cit., p. 7.

Otros autores<sup>90</sup> hacen propuestas destinadas a promover la acción comunitaria. Tres vías de acción recomendadas para facilitar el acceso de los inmigrantes a la salud son:

- 1. El diseño de programas de actividad comunitaria que funcionarían tanto dentro como fuera de la institución sanitaria.
- 2. La figura del agente comunitario de salud que trabajaría en tres ámbitos: El sociocultural, el sanitario y el comunitario.
- 3. Y la formación e incorporación en el ámbito sanitario de profesionales con competencias interculturales.

La puesta en práctica de estas medidas y la definición de su orden de prioridad requiere de un estudio profundo sobre las dinámicas y las situaciones que se dan en la realidad y de un plan coordinado y transversal que no se restrinja a corregir problemas puntuales sino que forme parte de una estrategia de habitabilidad para la ciudad y la comunidad en general.

#### **4.5.3. Recomendaciones y medidas a tomar por parte de los inmigrantes.**

Por último no queremos cerrar esta reflexión sin señalar la importancia de comenzar a proponer algunas formas de compromiso que debe establecer la población inmigrada para potenciar vínculos con la comunidad de acogida y para incorporarse de manera responsable en la nueva sociedad. Este es un aspecto de los estudios sobre inmigración que está por desarrollar. Se dice poco sobre los deberes de los inmigrantes pero consideramos que el trato respetuoso implica también señalar de qué manera éstos pueden colaborar con la comunidad en la que quieren habitar. En este sentido, las ONGs juegan un papel central. Una de las medidas propuestas es que se comprometan en la campaña informativa sobre derechos y deberes de los recién llegados. Se deben impartir cursos sobre las características de la población de acogida, su idiosincrasia, sus valores, su temperamento, etc, así se evitarían falsas percepciones sobre la realidad. También sería interesante organizar jornadas de apertura en las que la población diera a conocer su gastronomía y sus costumbres en materia de salud-enfermedad, como parte del intercambio cultural.

---

<sup>90</sup> M. Ros y C. Ollé, "Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones", (consultado en: [www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf))

#### 4.6. Conclusiones.

1. La salud es un bien social compuesto por varias dimensiones (la jurídica, la médica y la ética), la gran mayoría de los estudios sobre salud e inmigración se centran fundamentalmente en las dos primeras. Sin embargo, es en la combinación de las tres como mejor se puede promover una sociedad libre de enfermedades, vigorosa y con agallas y disposición para la construcción de su futuro.

2. La función de la atención primaria en el sistema de salud trasciende el hecho biológico de la detección y tratamiento de enfermedades e incluye actividades de acompañamiento, consejo, promoción y prevención de la salud. Para poder realizar estas actividades con calidad, justicia y responsabilidad, es necesario solventar las exigencias que viene haciendo el sector médico que trabaja en atención primaria y que se profundizan cuando aumenta el volumen de pacientes que deben atender, sobre todo si éstos provienen de otros contextos culturales.

3. Hemos detectado tres tendencias en la reflexión sobre los vínculos y los conflictos entre inmigración y salud, la jurídica, la epidemiológica y la antropológica – cultural. Hemos trabajado sobre las dos últimas puesto que la primera es objeto de un estudio particular.

4. Detectamos que tanto las consideraciones epidemiológicas como las antropológicas, se encuentran de alguna manera separadas las unas de las otras y bastante desvinculadas de la reflexión bioética sobre los fines de la medicina y la sanidad pública, que son promover la salud, prevenir la enfermedad, curar, cuidar, acompañar, evitar la muerte prematura y hacer posible una muerte en paz. Creemos que sería necesario reinterpretar las propuestas y recomendaciones que hacen cada una de estas interpretaciones a partir de las claves que proporciona la bioética sobre los fines y el sentido de la práctica médica, la atención pública y la inclusión de la población inmigrante en la sociedad de acogida.

## Bibliografía.

- Arbeláez, M., “Los derechos sanitarios de los inmigrantes”, en Aja, E., Montilla, J., Roig, E., (Coords.), *Las comunidades autónomas y la inmigración*, Institut de Dret Públic, Tirant lo Blanch, Valencia, 2006.
- Beauchamp, T. y Chidress, J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Nueva York, 1994.
- Carrillo, D., “Los extranjeros beneficiarios de la asistencia sanitaria” en Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano” Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.
- Casado, I., López, O., Sanjuán, L., San Román, T., Sellarés, T., Torrens, M., Valenzuela, H., “Asistencia sanitaria en el contexto intercultural: Una propuesta de formación para el personal sanitario desde un proyecto de antropología aplicada”, GRAFO Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada, Departament d’Antropologia Social i Cultural, Universitat Autònoma de Barcelona, en Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano” Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.
- Cortina, A., “Sin bioética no es posible una buena práctica médica”, en Ballester, V., *Nueva Revista Política, Cultura y Arte*, N° 73, Ene-Feb., 2001, [www.nuevarevista.net/2001/febrero/nr\\_articulo73-4.htm](http://www.nuevarevista.net/2001/febrero/nr_articulo73-4.htm)
- Cortina, A., *Ética aplicada y democracia radical*, Tecnos, Madrid, 1993.
- Cortina, A., y Martínez, E., *Ética*, Akal, Madrid.
- Gijón, M<sup>a</sup>. T., Martínez, E., Jiménez, M<sup>a</sup> L., “Significaciones y prácticas sobre inmigración en la literatura biomédica en España”, en Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano” Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.
- Jansá, J. M<sup>a</sup>, “Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones de salud pública.”, en *Revista Española de Salud Pública*, N° 72, 1998, pp. 165-167.
- Martínez, P., y Arrufat, V., “Estudio comparado sobre las características de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres españolas y extranjeras. Centro de Salud Sexual y Reproductiva Borriana en Castellón. Programa de prevención de la salud. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana”, en Actas del V

- Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano” Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.
- Matey, P., “Qué hago con este inmigrante” en Suplemento de Salud 424, diario El Mundo, 2001. [www.el-mundo.es/2001/424/983435657.html](http://www.el-mundo.es/2001/424/983435657.html)
- Pardo, C., García, J., Gómez, A., Lorenzo, M., Gil, D., “La paradoja epidemiológica en las gestantes inmigrantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (2004-2005), en Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano” Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.
- Rodríguez, C., “Asistencia a inmigrantes: entre el mito y la realidad”. En *Revista Española de Economía de la Salud*.  
[www.economiadelasalud.com/ediciones/04/pdf/04\\_Enportada\\_Inmigracionpdf.noviembre-diciembre2002](http://www.economiadelasalud.com/ediciones/04/pdf/04_Enportada_Inmigracionpdf.noviembre-diciembre2002).
- Ros, M., y Ollé, C., “Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones”, en (buscar).
- SemFYC, *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*, en [www.semfy.com/printversion2.php?html=es/actividades/publicaciones/documentos](http://www.semfy.com/printversion2.php?html=es/actividades/publicaciones/documentos)
- Seuba, X., “El derecho a la salud” en M. Torres, X. Seuba, M. Aparicio, G. Pisarello, y V. Valiño, (Coords.), Observatorio DESC., *Sur o no sur. Los derechos sociales de las personas inmigradas*, Icaria, Barcelona, 2006, pp. 111-133.
- Siurana, J. C., *Una brújula para la vida moral*, Comares, Granada, 2003.
- Siurana, J. C., *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*, Trotta, Madrid, 2005.
- Solé, C., “Inmigración”, en J. Conill, (coord.), *Glosario para una sociedad intercultural*, Bancaja, Valencia, 2002, pp. 197-202.
- Uribe, J., “Servicios sanitarios y demandas culturales: Diálogos interculturales”, en Actas del V Congreso sobre Inmigración en España. “Migraciones y desarrollo humano” Celebrado en el CEIM Valencia, del 21 al 24 de marzo, 2007.
- Valtueña, O., “Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España” en *Migraciones*, Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, Comillas, Madrid, Diciembre.



III

**EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES  
POR PARTE DE INMIGRANTES**

## **5. LEGISLACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES.**

**Isabel Tamarit López**

### **5.1. Introducción.**

En el siguiente artículo vamos a ocuparnos del análisis de la legislación relativa a la atención sanitaria a las personas mayores. Nos motiva principalmente la realización de este análisis el aumento del número de personas mayores que reciben asistencia sanitaria a domicilio. El cuidado y la atención no siempre son suministrados por personal cualificado. Es sabido, que un gran número de inmigrantes se ocupa del cuidado y el acompañamiento de nuestros mayores, muchos de ellos dependientes y con necesidades específicas. Por lo general, los cuidadores (más bien cuidadoras, en su gran mayoría son mujeres) no tienen formación sanitaria, sin embargo, se ocupan de pacientes con enfermedades crónicas o geriátricas, probablemente potenciales pacientes de centros residenciales para la tercera edad (donde contarían con un servicio de asistencia sanitaria y personal cualificado). La existencia de este tipo de cuidadores no excluye, por otra parte, la asistencia sanitaria a domicilio, y más bien permite la permanencia de la persona mayor en su entorno, sin que haya de abandonar su hogar y renunciar al acompañamiento familiar.

Ahora bien, consideramos que es fundamental que toda esta actividad se realice dentro de los marcos legales. Tanto por el bien de las personas mayores, velando porque no se vulnere ninguno de sus derechos como pacientes, como por salvaguardar los derechos de los cuidadores como trabajadores o empleados en el hogar con personas dependientes a su cargo.

Para realizar este análisis hemos de remitirnos a la normativa vigente y centrarnos en aquellas leyes u órdenes que incluyen referencias a la asistencia sanitaria a mayores, o bien al cuidado o protección de personas dependientes. Por

eso analizaremos tanto legislación sanitaria como legislación relativa al bienestar y los servicios sociales, aunque la primera nos interesa principalmente.

En primer lugar, especificaremos quiénes son las personas mayores de acuerdo a la legislación. Dentro de este gran grupo distinguiremos entre aquéllos que requieren asistencia y cuidado, muchos de ellos mayores en edad avanzada (más de 75 años), y los que, por el contrario, son autónomos, teniendo en cuenta que entre ambos casos existen distintos subgrupos, con más o menos necesidades específicas relativas a la edad.

En segundo lugar, haremos referencia a las diferencias que existen entre asistencia sanitaria y cuidado. La primera de ellas sólo puede ser suministrada por profesionales de la salud, considerándose lo contrario intrusismo. El cuidado, por el contrario, requiere entrenamiento y, en ocasiones, profesionalidad, pero no necesariamente formación sanitaria específica. Lo problemático es que los pacientes que reciben asistencia sanitaria específica, suelen precisar también cuidados y asistencia para realizar actividades de la vida diaria, y no siempre se distinguen estos dos tipos de tratamiento, lo que puede dar lugar a carencias en uno u otro sentido.

En tercer lugar, analizaremos la Ley General de Sanidad, en concreto nos centraremos en los artículos relativos a la atención sanitaria a personas mayores, entendiendo que se trata de un colectivo específico con características y necesidades propias.

Seguidamente haremos referencia al programa PALET (Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal). Con él se intenta responder a las demandas de un sector de la sociedad que requiere atenciones especiales para la salvaguarda plena de sus derechos como pacientes.

En quinto lugar, nos centraremos en el Plan Integral de Atención Sanitaria a Personas Mayores y Enfermos Crónicos de la Comunidad Valenciana 2007-2011. La Generalitat Valenciana a través de la Conselleria de Sanitat presenta este plan como un avance en la política sanitaria y de servicios sociales, respondiendo a las necesidades y expectativas de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios. Constituye un elemento para facilitar la atención integral (preventiva, motora, protectora, curativa, cuidadora, rehabilitadora), que contempla la interdisciplinariedad de los procesos y la coordinación efectiva de los recursos.

A continuación, nos ocuparemos de la reciente Ley de Dependencia, dirigida también a las personas mayores, ya que en algunos períodos de sus vidas cuentan con serias limitaciones en su autonomía y precisan de la asistencia de terceros.

Finalmente, consideramos la conveniencia de analizar la Ley de Servicios Sociales, en la que se incluyen aspectos relacionados con la atención y el cuidado de las personas mayores. Pues consideramos que la asistencia sanitaria a personas mayores está íntimamente relacionada con el cuidado y la protección por parte de los Servicios Sociales. Podríamos afirmar, pues, que se trata de una atención socio-sanitaria.

A modo de conclusión expondremos aquellos puntos más interesantes o destacables de la legislación, así como también señalaremos sus posibles vacíos o lagunas.

## **5.2. Personas mayores. ¿Quiénes son? ¿Requieren atención sanitaria especializada? Grupo vulnerable con necesidades sanitarias específicas.**

La legislación española define al sector de población de personas mayores como personas mayores de 65 años y las de más de 60 años que hayan cesado en su actividad laboral o profesional.<sup>91</sup> Este colectivo será el beneficiario de todos aquellos servicios sociales, ayudas y prestaciones dirigidos a las personas mayores, también en lo relativo a la asistencia sanitaria. Actualmente dado que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente se reserva el calificativo de mayor a aquellas personas de más de 75 años, quienes por lo general acusan los efectos del envejecimiento.

Ahora bien, dentro del amplio colectivo de personas mayores al que se refiere la legislación encontramos subgrupos muy distintos entre sí, con características y necesidades diferentes, muchas de ellas relativas a una edad avanzada o a patologías propias de personas mayores (por ejemplo: enfermedades crónicas o degenerativas del sistema músculo-esquelético).

Podemos distinguir distintos subgrupos atendiendo a varios criterios: el grado de dependencia, la incidencia de patologías degenerativas o crónicas, las necesidades

---

<sup>91</sup> Así aparece por ejemplo en la Ley 9/2004, de 7 de diciembre, de la Generalidad Valenciana, del Consejo Valenciano de Personas Mayores.

sanitarias específicas, la situación socio-familiar o personal, el grado de vulnerabilidad debido al entorno. En estos momentos no vamos a realizar una clasificación al uso, ni haremos una distinción formal entre grupos. Aunque, atendiendo al tema que nos ocupa: la atención sanitaria a personas mayores, destacaremos, como ya es sabido, el hecho de que existen personas que no requieren una atención especializada, pues gozan, dentro de unos parámetros, de buena salud, similar al resto de la población adulta. Otras, en cambio, precisarán de algunos servicios específicos, aunque son independientes en cierto grado. Por el contrario, hay personas totalmente dependientes de la atención sanitaria para mantener un nivel de calidad de vida mínimo y que, además, precisan cuidados y asistencia.

En atención a la diversidad que existe dentro de este colectivo, la ley prevé situaciones o casos en los que la atención sanitaria específica es imprescindible, por motivos relativos a la edad, y establece un conjunto de servicios sociales y prestaciones que no contempla para otros colectivos. Siempre con el objetivo de proteger a estas personas, sobre todo a aquellos que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad, para que disfruten de sus derechos y de la igualdad de oportunidades en el mayor grado posible.

El colectivo de personas mayores es cada vez más amplio en nuestra sociedad, ascendiendo en España a más de 6,6 millones en el año 2000 la población mayor de 65 años. Asimismo el incremento de la esperanza de vida ha duplicado la población mayor de 80 años, y por tanto, el número de personas que precisarán atención sanitaria específica. En la edad avanzada las necesidades especiales se multiplican (limitaciones o discapacidades por razones de enfermedad), y no es de extrañar que un gran número de personas requieran permanentemente la asistencia de un cuidador para la realización de las actividades de la vida diaria. A esto hay que sumar en muchos casos, por el deterioro de la salud y el envejecimiento, asistencia sanitaria específica. Las demandas de estos servicios por parte de las personas mayores sobrepasan en ocasiones los servicios ofertados por las administraciones públicas, quedando en situación de vulnerabilidad y desprotección. De ahí que cada vez más estos servicios sean suministrados por empresas privadas o particulares que, como ya adelantamos, no siempre cuentan con el grado de formación o profesionalidad requerido.

La realidad innegable es que a la edad avanzada va ligado todo un conjunto de circunstancias que tornan a este colectivo especialmente vulnerable. De acuerdo con la Constitución Española, artículos 49 y 50, los poderes públicos han de promover un sistema de servicios sociales para atender a las personas mayores y con discapacidad para el bienestar de los ciudadanos.

### **5.3 Diferencias entre la asistencia sanitaria y el cuidado a las personas mayores.**

Es importante que tengamos en cuenta las diferencias entre cuidado y asistencia sanitaria a las personas mayores, aunque generalmente se den de forma conjunta en muchos de los casos. Las personas mayores dependientes suelen sufrir patología relativa al envejecimiento. El deterioro de su salud va acompañado de una serie de discapacidades y limitaciones que se traducen en necesidades específicas. Estas circunstancias de solapamiento nos llevan a la confusión entre servicios sanitarios y cuidado o asistencia a personas mayores. Brevemente señalaremos qué entendemos con cada una de ellas.

**a. Asistencia sanitaria:** servicios de prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento terapéutico y cuidados paliativos suministrados por profesionales de la salud.

**b. Cuidado:** atención a personas dependientes o en situación de especial vulnerabilidad. Asistencia y ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria (incluyendo en ocasiones higiene personal, alimentación, traslados...) y mantenimiento de la calidad de vida.

Es importante distinguir entre ambas, pues en el análisis de la legislación encontramos que estas actividades están reguladas por leyes distintas, de hecho, la asistencia sanitaria es competencia de la Consejería de Sanidad, mientras que el cuidado, aunque también se suministra en los centros hospitalarios cuando los pacientes ingresados lo precisan, no es competencia de los servicios sanitarios, sino de los Servicios Sociales. De ahí que sea la Consejería de Bienestar y Servicios Sociales quien vele por las condiciones de vida de las personas dependientes o mayores, atendiendo y velando a sus necesidades específicas. Las leyes de servicios sociales son las que regulan el cuidado, la atención y la protección a las personas

mayores, para que no se produzcan situaciones de desprotección o amenaza a su bienestar. Estos cuidados son los que realizan las personas inmigrantes que tienen a su cargo el cuidado de una persona mayor.

En este capítulo nos centraremos especialmente en la legislación sanitaria relativa a las personas mayores, aunque la cuestión de los cuidados no sólo atañe a los Servicios Sanitarios, como hemos dicho, sino también y especialmente a los Servicios Sociales, y por eso haremos referencia a la Ley de Servicios Sociales. De hecho, no todas las personas mayores que requieren cuidados podríamos calificarlas como pacientes o enfermos, puesto que no padecen una patología concreta por la que deban recibir tratamiento continuo. Los cuidados se centran entonces principalmente en la colaboración o realización completa de lo relativo a las actividades de la vida diaria, así como al acompañamiento.

Sin embargo, nos encontramos con que a las personas mayores se les cataloga en muchas ocasiones como enfermos, puesto que a su situación de especial vulnerabilidad se suma una merma del estado de salud. A esto hay que añadir que la gran mayoría acude a los servicios sanitarios con patologías geriátricas y entiende que estos servicios son los que deben responder a sus necesidades y colmar sus expectativas, aunque en realidad la situación debe resolverse en colaboración con los servicios sociales. No obstante, la experiencia nos dice que no siempre esto es posible; no existe coordinación entre ambos servicios, y la legislación que existe al respecto es bastante novedosa. A día de hoy, y en concreto con la Ley de Dependencia, emergen los intentos por mejorar la atención y la satisfacción de los derechos sociales de este sector de la población.

#### **5.4. Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad.**

Aludimos, en primer lugar, a la Ley General de Sanidad que arranca en su exposición de motivos refiriéndose a la Constitución Española. La Ley General de Sanidad es el texto clave de la legislación sanitaria española, donde se reconocen los derechos y obligaciones de los pacientes y de los profesionales de la salud, disponiendo asimismo las medidas oportunas para la organización y competencias, actividades, del sistema sanitario y la distribución de los recursos. La directriz de esta Ley es la creación del Sistema Nacional de Salud.

En el apartado II de la exposición de motivos aparece: “En el artículo 43 y en el artículo 49 de nuestro texto normativo fundamental<sup>92</sup> [se reconoce] el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo.”

El derecho a la protección de la salud es, pues, un derecho reconocido a todos los ciudadanos, aunque cada uno de ellos requerirá por sus condiciones y necesidades de una atención distinta por parte de los servicios sanitarios.

Ahora bien, lo que nos interesa destacar en un principio es que la Ley lo reconoce de modo universal, y esto significa, también para las personas mayores, la capacidad de los ciudadanos para reclamar su satisfacción ante las autoridades competentes.

Así pues, en el título preliminar del derecho a la protección de la salud en el artículo I, aparece:

1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimados, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

Por otro lado, respecto al sistema de salud, la Ley remarca que éste ha de organizarse de manera que vele por el reconocimiento y garantía de este derecho y su satisfacción. En el capítulo primero del título primero del sistema de salud, artículo 3, se dice cuál ha de ser el objetivo fundamental del sistema sanitario, y se menciona especialmente que el acceso a la asistencia sanitaria ha de ser igualitario:

---

<sup>92</sup> Ley General de Sanidad, se refiere a la Constitución Española.



1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.

3. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

También debemos destacar que la Ley prevé casos de pacientes especialmente vulnerables o con necesidades específicas como, por ejemplo, las personas mayores, y así establece que el sistema de salud emprenda las actuaciones oportunas para que estas personas tengan pleno acceso a los recursos sanitarios.

Las Administraciones Públicas, a través de sus servicios de salud y los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las actuaciones siguientes, destacamos para nuestro propósito las actuaciones referidas del 3 al 5, reflejadas en el artículo 18:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria [...]

2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la Comunidad.

3. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

4. La prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres. (Apartado modificado por Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo).

5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas. [...]<sup>93</sup>

Aclarado que entre los derechos fundamentales de los ciudadanos españoles se encuentra el derecho a la protección de la salud y, por tanto, las administraciones públicas han de actuar de manera que su satisfacción sea universal, distribuyendo los recursos sanitarios de forma que no se den oportunidades para la violación de este derecho, pasemos a continuación a presentar un programa específico para personas mayores y otros pacientes con necesidades especiales similares.

---

<sup>93</sup> En la Ley se especifican más actuaciones, pero que directamente no tienen que ver con el tema que estamos tratando. (artículo 18, cap. II)

### **5.5. Programa PALET (1995): Programa especial de atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal.**

Con la Orden del 30 de marzo de 1995 se crea el programa especial de atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal. Con este programa, conocido como programa PALET, se intenta dar respuesta desde los servicios sanitarios públicos a la demanda de estos pacientes con necesidades específicas.

Los objetivos generales que marca el programa son:

- Incrementar la longevidad de los pacientes. (Añadir años de vida).
- Aumentar la calidad de vida de los pacientes (Añadir vida a los años).
- Ampliar los periodos libres de enfermedad.
- Ayudar a los pacientes paliativos a una muerte digna.

Los objetivos específicos:

- Proporcionar una atención integral a los pacientes incluidos dentro del programa.
- Realizar una valoración integral del estado de salud de los pacientes.
- Ubicar a los pacientes en el mejor entorno terapéutico.
- Coordinar las actuaciones sanitarias con los servicios sociales.
- Proporcionar un soporte emocional a los pacientes y familiares.
- Evitar ingresos innecesarios en los hospitales de agudos.

Los beneficiarios de este programa son:

- Ancianos con pluripatología y discapacidad de leve a severa.
- Adultos con enfermedad crónica de un órgano en estado avanzado.
- Pacientes con enfermedad, neoplásica o no, en fase terminal.

Además, la Orden de 26 de mayo de 1995 de la *Conselleria de Sanitat i Consum* establece la creación de unidades médicas de corta estancia en determinados hospitales del servicio de salud de la Comunidad Valenciana, que tienen como objetivo la ordenación y racionalización de los ingresos urgentes, así como la atención de los pacientes incluidos en el programa PALET, y la coordinación de los hospitales con los recursos sociosanitarios de la comunidad.

## **5.6. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana (2007-2011).**

Los antecedentes de este plan son el programa PALET y el *Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud*, en donde se recomienda reorganizar la oferta de servicios asistenciales y la impulsión de la asistencia para personas mayores y enfermos crónicos así como la innovación en la asistencia ambulatoria. También el *Plan de Salud* establece en la misma línea en su objetivo 81 la necesidad de desarrollar un plan estratégico de atención de este colectivo.

Con este plan la Conselleria pretende reforzar la necesidad de un enfoque integral y coordinado encaminado a garantizar la continuidad asistencial. Para su consecución establece unos objetivos y pautas dirigidos a facilitar la autonomía de los mayores y enfermos crónicos, a potenciar las medidas preventivas ofreciendo las herramientas necesarias para el desarrollo de un estilo de envejecimiento saludable. En el Plan se resalta además la reciente Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia), que analizaremos en el apartado siguiente.

La Agencia Valenciana de Salud define la visión para el Plan Integral así:

“Proporcionar una atención integral de calidad, eficiente y eficaz, con el fin de reducir las consecuencias de la enfermedad y la dependencia de los pacientes crónicos y mayores, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades detectadas y la formación continuada de pacientes, familiares, cuidadores y profesionales.”<sup>94</sup>

De acuerdo con esta visión se planifica la acción en 6 ejes estratégicos que, a su vez, comprenden para su desarrollo distintas líneas de actuación. Nombramos únicamente los ejes estratégicos, a saber:

1. Integración de la cartera de servicios y gestión eficientes.
2. Coordinación e integración del Sistema Sanitario con el de Bienestar Social.
3. Capacitación profesional.
4. Formación de los cuidadores y pacientes.
5. Creación de un sistema de información integrado.

---

<sup>94</sup> *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011*, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, Valencia, 2007, p. 93.

## 6. Investigación.

Para el desarrollo de este plan se ha tenido en cuenta toda la normativa relativa a la asistencia sanitaria y a los servicios sociales. El plan pretende constituir un avance en la política socio-sanitaria de la Comunidad Valenciana, impulsando la mejora de la calidad de los servicios y atendiendo de forma específica a las necesidades de colectivos especiales y cada vez más numerosos en nuestra sociedad. Así pues, podemos afirmar que el plan y su puesta en marcha constituyen un esfuerzo por parte de las administraciones públicas por cumplir con la satisfacción de los derechos fundamentales de los ciudadanos (protección de la salud) y la igualdad de oportunidades y acceso a los recursos, tal y como marca la ley.

Este tipo de políticas públicas o sociales tratan de integrar los servicios y prestaciones permiten una mejor atención o asistencia y una cobertura más completa de las necesidades de las personas mayores. De este modo se reducen los casos en los que estas personas quedan expuestas, por una merma de su autonomía (bien provocada por el proceso de envejecimiento bien por la enfermedad), a unas condiciones de vida poco dignas, cuando llega incluso a violarse sus derechos o los principios de justicia que un Estado social de derecho debe garantizar. Constituye, por tanto, un logro social destacable y una toma de responsabilidad por parte de las instituciones públicas en lo que a preservar o garantizar derechos sociales se refiere.

### **5.7. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley de Dependencia.**

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia sienta las bases para constituir el Sistema Nacional de Asistencia a la Dependencia (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD), contando con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas. El Sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la Ley.

Esta ley establece un nuevo derecho universal y personalizado de ciudadanía, que garantice la atención y cuidado a personas dependientes, con el objetivo de:<sup>95</sup>

- Establecer el derecho de ciudadanía por el cual se garantice la atención y cuidados a las personas dependientes (ancianos y discapacitados graves).
- Garantizar a las personas que no se pueden valer por sí mismas el acceso a los servicios sociales según su grado y nivel de dependencia.
- Priorizar la prestación de servicios (ayuda a domicilio, centros de día, teleasistencia, ayudas técnicas, plazas residenciales, etc.) dependiendo del grado de discapacidad que se tenga.

La Ley también establece distintos grados de dependencia entre los pacientes, y los clasifica siguiendo una escala en función de los cuidados requeridos por parte del enfermo:

Grado I: Dependencia moderada (0 a 44 puntos): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria.

Grado II: Dependencia severa (45 a 74 puntos): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Grado III: Gran dependencia (75 a 100 puntos): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y por su pérdida total de autonomía mental o física, es imprescindible la presencia continua de un cuidador.

La valoración se realiza en función de las escalas y de la pluripatología, cronicidad, y condiciones familiares y del entorno físico del paciente. Se obtiene así un criterio del grado de deterioro, pronóstico vital, así como de las posibilidades de rehabilitación y recuperación de su autonomía. La finalidad es establecer un plan de actuación, en el que se combina la atención terapéutica y los cuidados, priorizando a aquellos casos que padecen una dependencia grave en todos sus niveles.

Para atender a las personas en situación de dependencia e incrementar su grado de autonomía, la Ley establece todo un conjunto de prestaciones orientadas a mejorar la calidad de vida y las posibilidades de que lleven una vida lo más autónoma posible (objetivo que ya veíamos en el plan de atención sociosanitaria propuesto por la

---

<sup>95</sup> Seguimos el texto que contiene las disposiciones generales de la ley, publicado en el BOE, viernes 14 de diciembre 2006. Asimismo seguimos el texto del *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011*.

*Generalitat Valenciana*), en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo a los siguientes objetivos:<sup>96</sup>

- Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

Las prestaciones podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas. En el artículo 15 se establece un catálogo de servicios que tendrán un carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados. El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de prevención de situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal: servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio (atención de las necesidades del hogar, cuidados personales), servicio de centro de día y de noche (centro de día para mayores, centro de día para menores de 65 años, centro de día de atención especializada, centro de noche), servicio de atención residencial (residencia de personas mayores en situación de dependencia, centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad).

Estos servicios se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas.

Por otra parte, cuando no sea posible la atención mediante alguno de estos servicios se incorporará la prestación económica, destinada a la cobertura de gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención (artículo 29). De forma excepcional, el beneficiario podrá recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales o una prestación económica de asistencia personal. Esto nos lleva a entender que la persona que recibe cuidados por parte de un tercero, no profesional, como es el caso de cuidadores inmigrantes, podrá recibir una prestación económica que le ayuda a sufragar los gastos que implica el contrato de esta persona por servicios.

---

<sup>96</sup> Capítulo II, Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Artículo 13, Objetivos de las prestaciones de dependencia.

De esta forma, se promovería una regularización de la situación que viven a día de hoy muchos cuidadores y de las personas que reciben cuidados y sus familiares. Es, por tanto, un modo de hacer frente a una realidad que roza en muchos momentos la injusticia, bien por falta de recursos, bien por falta de reconocimiento de alguna de las partes. Así pues, no siempre se toma debida cuenta de cuál es la situación real a la que se exponen personas que precisan asistencia, cuidados, ni tampoco de las condiciones de trabajo a las que se someten aquéllos que aceptan desempeñar este trabajo.

Los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado que dispone la Ley incluyen: prevención de las situaciones de dependencia, servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y de noche, servicio de atención residencial.

#### **5.8. Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Atención socio-sanitaria a las personas mayores.**

Profundizando en la línea de los servicios sociales a los que ya nos referimos anteriormente, remarcando la importancia de que exista una coordinación entre los servicios, ya sean sociales o sanitarios, para una correcta promoción y atención a los pacientes dependientes, y una mejor optimización y distribución de los recursos, nos ocuparemos ahora del análisis de la Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

La Ley de Servicios Sociales se ocupa con más detenimiento de la cuestión relativa a los cuidados y la atención, tratando de resolver las situaciones de vida que podríamos valorar en condiciones por debajo de los mínimos de justicia por insatisfacción de necesidades básicas.

El objetivo de esta Ley tal y como aparece en su artículo 1:

La presente ley tiene como objetivo regular y estructurar el sistema público de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana, para garantizar a todos los ciudadanos y ciudadanas y grupos en que éstos se integran:

a) La prevención, tratamiento y eliminación de cualquier causa o situación de marginación o desigualdad social.

b) La coordinación de los recursos y de las iniciativas públicas y privadas, así como de los aspectos sociales de los sistemas sanitarios y educativos.

c) El pleno desarrollo de la persona en el seno de la sociedad y el fomento de la solidaridad y de la participación ciudadana en el campo de los servicios sociales. Los servicios sociales se coordinarán con otros sistemas que incidan en la calidad de vida y bienestar social, como son los sanitarios, educativos, culturales, medioambientales y urbanísticos.

Los titulares de los derechos que establece esta Ley son los valencianos y valencianas, así como los transeúntes de la Comunidad Valenciana. Pero también:

Los extranjeros, exiliados, refugiados y apátridas, hombres y mujeres, en el territorio de la Comunidad Valenciana, serán igualmente beneficiarios de tales servicios y prestaciones, conforme a lo dispuesto en las normas y en los tratados y convenios internacionales vigentes y, en su defecto, de acuerdo con el principio de reciprocidad, sin perjuicio de lo que se establezca reglamentariamente para aquellas personas que se encuentren en reconocido estado de necesidad.

En cuanto a los servicios sociales generales que se prevén en el artículo 12 de la Ley, mencionaremos únicamente aquellos relativos a la atención a personas mayores o dependientes que requieren cuidado o asistencia específica.

Servicio de Ayuda a Domicilio, para prestar atención de carácter doméstico, psicológico, rehabilitador, social, personal y educativo, cuando la situación individual o familiar sea de especial necesidad, procurando la permanencia de la persona en su núcleo familiar o de convivencia de origen.

Este servicio debería prever la existencia de la figura del cuidador que presta esa atención a la persona mayor. Asimismo habría que velar porque este servicio se produjera en condiciones de justicia, bajo unas reglas y de acuerdo a unos requisitos que permitan a la persona que precisa la ayuda no ser apartada de su entorno ni del protagonismo que le compete en el desarrollo de su historia de vida.

Asimismo merece la pena destacar el artículo 20 dedicado exclusivamente al colectivo de personas mayores:

Los servicios sociales de atención a la tercera edad tienen como objetivo el desarrollo de programas y equipamientos tendentes a:

a) Promover el desarrollo sociocultural de las personas mayores, potenciando su máxima libertad, actividad y plena integración social y óptima calidad de vida.



b) Prevenir la marginación y procurar su integración y participación en la sociedad.

c) Favorecer que las personas mayores permanezcan en su medio habitual, mediante la realización de acciones que eviten desarraigos que puedan conducir a su marginación, o atenten contra su libertad y salud.

d) Garantizar a las personas mayores una atención residencial adecuada en los casos de necesidad, incapacidad y falta de apoyo familiar, mediante la prestación de una atención preferente a las personas mayores más desprotegidas y garantizando para todas ellas la libertad de elección de centro residencial.

e) Potenciar aquellos programas de intervención dirigidos a crear, coordinar o fomentar recursos sociales próximos (tales como la propia familia o vecindario) que proporcionen apoyos para la población mayor y que favorezcan su integración social con autonomía y su funcionamiento autónomo en el seno de la comunidad, para el correcto desarrollo de su bienestar y salud. Así mismo se potenciarán programas dirigidos al entorno social distante, tales como el voluntariado, los grupos de apoyo mutuo y de autoayuda de los propios ancianos. Para reforzar estos programas de intervención, se facilitará la formación y educación de todos los agentes sociales implicados en el cuidado de nuestros ancianos y ancianas, a través de acciones (cursos de preparación, etc.) que apoyen las tareas de las personas dedicadas al cuidado de las personas mayores. Se potenciarán también programas de prevención, rehabilitación y promoción integral de las personas mayores para valerse por sí mismas.

El último de los objetivos que se mencionan insiste en la importancia de que la persona mayor continúe en su entorno y el mantenimiento del mayor grado posible de autonomía. Se potencian especialmente programas de intervención para los cuidadores, en lo que se refiere a su formación. Esto es, la Ley está previendo lo que la sociedad hace tiempo que percibe como necesidad: la formación de cuidadores. Ahora bien, en los casos reales concretos nos encontramos con que no siempre existe una conciencia por parte de las personas que contratan acerca de la importancia que puede suponer un cuidador bien formado. Estos, por otra parte, al no concebirlo como exigencia o requisito para encontrar trabajo no reparan en la contribución que esto puede tener para desempeñar mejor las tareas que realizan, así como tampoco se detienen en las consecuencias que ello tendría para formalizar sus contratos de trabajo y sus responsabilidades y funciones.

Por tanto, llegados a este punto podemos afirmar que tanto desde la legislación sanitaria como la de servicios sociales se considera al grupo de personas mayores como un grupo con necesidades específicas, más vulnerable en determinadas circunstancias y con más probabilidades de sufrir desprotección o discapacidades que otros, lo que les conduce a sufrir grados de dependencia variables. Para disfrutar de igualdad de oportunidades y satisfacer sus derechos fundamentales este colectivo requiere en muchas ocasiones, con mayor probabilidad a partir de los 75 años, de asistencia sanitaria especializada y cuidado.

Debido a la interdependencia y confluencia de situaciones de dependencia y patología crónica y envejecimiento, en la nueva normativa se plantea la necesidad de coordinar los servicios y ofrecer una atención integral al enfermo y a su familia, por eso toma especial relevancia la idea de atención socio-sanitaria<sup>97</sup> y se incide en el trabajo interdisciplinar. De este modo se mejora la calidad de la asistencia y la distribución de los recursos, intentando siempre la integración del paciente en su entorno familiar y social.

Desde la *Consellería de Bienestar Social* de la Comunidad Valenciana se ofrecen los siguientes servicios, ayudas y programas socio-sanitarios dirigidos al colectivo de personas mayores: programa de termalismo social valenciano, programa de bono residencia, programa de acogimiento familiar para los mayores, ayudas para personas que tengan mayores a su cargo, programa de teleasistencia, teléfono 900, programa de estancias temporales en residencias, programa de atención farmacéutica en centros sociosanitarios.

Por otro lado, la *Consellería de Bienestar* dispone de recursos sociosanitarios para las personas mayores que se ubican tanto en atención primaria como especializada. En atención primaria: centros especializados de atención a mayores, servicio de ayuda a domicilio (SAD), viviendas adaptadas. En atención especializada: centros de día y centros residenciales sociosanitarios.

---

<sup>97</sup> E. Zafra, M. Gómez, “Asistencia socio-sanitaria: un cambio necesario”, *Assistència Sociosanitària, Informe. Viure en Salut*, nº 50, Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2001, p. 50. “La OMS recomienda desde hace una década la creación de un espacio sociosanitario para abordar las necesidades emergentes de los nuevos colectivos.”

## 5.9. Conclusiones.

El análisis de la legislación sanitaria relativa a la asistencia y cuidado de las personas mayores nos ha llevado a considerar tanto la Ley General de Sanidad como la Ley de Servicios Sociales.

Las conclusiones que podemos extraer tras este análisis son:

- El hecho de que el colectivo de personas mayores haya aumentado considerablemente en los últimos años y con esto sus necesidades específicas, obliga al desarrollo de una normativa en las que se tenga en cuenta esta nueva realidad, para así proteger sus derechos y ofrecerles los recursos necesarios que les permitan gozar de una calidad de vida mínima que respete su dignidad.
- La asistencia sanitaria y la protección de la salud es un derecho fundamental de todos los españoles tal y como se reconoce en la Constitución y se desarrolla en la Ley General de Sanidad. Las Administraciones Públicas han de emprender las actuaciones oportunas para que todos los ciudadanos tengan acceso a los recursos del Sistema de Salud.
- El programa PALET, programa especial de atención a pacientes ancianos, a pacientes de larga evolución y a pacientes en situación terminal, es un intento por ofrecer a estos pacientes con necesidades especiales las atenciones y recursos pertinentes desde los servicios sanitarios públicos. El objetivo es que mejore su calidad de vida, prolongando asimismo el tiempo de vida, siempre que esto no suponga un esfuerzo terapéutico ilimitado.
- El *Plan integral de atención sanitaria a personas mayores y enfermos crónicos de la Comunidad Valenciana*, constituye, en particular, una respuesta a las demandas de estos pacientes en materia de salud y cuidados. Se promueve la coordinación de los servicios y recursos con el fin de evitar situaciones de desprotección, vulneración de derechos básicos, o abandono.
- Este plan integral de atención sanitaria permite la programación de actuaciones y localización de agentes responsables facilitando así la aplicación de los principios de justicia social que promueve la normativa relativa al respecto.
- Tanto el programa PALET como el Plan integral de atención sanitaria se han visto respaldados por la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de atención a las personas en situación de dependencia. Esta Ley supone un reto de

política social, pues condensa los esfuerzos del sistema de servicios sociales en la atención a personas con discapacidad y personas mayores para promover su bienestar y autonomía.

- En definitiva, las personas mayores que precisan atención sanitaria suelen vivir una situación de dependencia o discapacidad, o bien de enfermedad crónica. Por eso necesitan, además, de cuidados o asistencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Los Servicios Sociales han de procurar que no se produzcan situaciones de desprotección o especial vulnerabilidad, velando por los derechos fundamentales de las personas que están más expuestas al riesgo. Así lo dispone la Ley de Servicios Sociales, apuntando además a un enfoque socio-sanitario y un tratamiento y asistencia integral del paciente.

- La Ley de Dependencia, de ser aplicada y desarrollada convenientemente, constituye un logro fundamental en materia de justicia social. Tanto por salvaguardar los derechos sociales de las personas necesitadas de asistencia, cuidados, limitando las ocasiones de vulnerabilidad, y la consiguiente reducción o pérdida de autonomía personal, como por reconocer la función y servicio que prestan los cuidadores. De este modo se toma cuenta de la responsabilidad que estas personas asumen al hacerse cargo de mayores o discapacitados, y se orienta la ayuda y un conjunto de recursos para promover su actuación en condiciones de justicia.

- Con la Ley de Dependencia las Instituciones (sanitaria y servicios sociales) asumen la responsabilidad que implica velar por el bienestar y calidad de vida de personas mayores y dependientes, ampliándose así el conjunto de mínimos de justicia por los que debe velar el Estado.

- Este análisis junto con el estudio y comentario sobre la bibliografía relativa a las personas mayores se integra en el desarrollo de un proyecto más amplio, uno de cuyos objetivos principales consiste en elaborar el soporte teórico necesario para el diseño de una “red de asistencia a personas mayores” por parte de población inmigrante. Asimismo deberían contemplarse sus conclusiones en un posible programa de formación o capacitación de aquellas personas que se dedican al cuidado y la atención de personas mayores.

## **Bibliografía.**

Ley 14/1986, de 25 de abril, ley General de Sanidad.

Orden 30/3/95, Creación del Programa Especial de Atención Sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación Terminal. (Programa PALET).

Orden 26/6/95, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se crean las unidades médicas de corta estancia en determinados hospitales del Servicio Valenciano de Salud.

Orden 26/5/95, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se crean unidades de hospitalización a domicilio en los hospitales del Servicio Valenciano de Salud.

Orden 2/6/99, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se desarrollan las funciones y actividades asistenciales sociosanitarias de las unidades médicas de corta estancia.

Orden 19/10/00, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la orden de 2/6/99, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se desarrollan las funciones y actividades asistenciales sociosanitarias de las Unidades Médicas de Corta Estancia en los Hospitales de agudos para la mejora de la atención de los pacientes ancianos, frágiles, crónicos y terminales (Programa PALET).

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana, 2007-2011.

*Viure en Salut*, nº50. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2001.

## **6. SITUACIÓN ACTUAL SOBRE EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES POR PARTE DE INMIGRANTES.**

**Sandra Ruiz Gros**

### **6.1. Introducción**

La cuestión que vamos a presentar a continuación es sumamente conocida por todos, pero no así los problemas y las dificultades que laten en el fondo. Para poder comprender un poco mejor el tema sobre el cual vamos a reflexionar, partiremos en primer lugar de una aproximación a los factores principales: los cambios demográficos, el aumento de la esperanza de vida y los cambios en los modelos actuales de familia se han modificado notablemente en poco espacio de tiempo, lo que probablemente ha provocado que todavía no se hayan dado los ajustes necesarios. Por otra parte, se ha llevado a cabo una tarea importante al identificar los elementos que llevan a la dependencia en personas mayores, procedentes tanto de problemas físicos como mentales. Todo ello ha llevado, por una parte a una evolución en el cuidado a los mayores dependientes y, por otra, a una administración de los recursos que provienen del Estado, en diferentes niveles: Servicio de Ayuda a Domicilio, Centros de Día y Teleasistencia. Además de contar con estos recursos, destaca otro, pero no por ello menos importante, es la llamada ayuda informal, esto es, la familia.

Sin embargo, no todos los recursos son suficientes, y por diversas circunstancias como presentaremos a continuación, son personas inmigrantes, concretamente mujeres, las que se encargan de esta asistencia. Pero, por supuesto, no son la solución definitiva. La falta de formación especializada de estas mujeres, así como la necesidad de sustentar económicamente a la familia, y el peso de no poder

regular su situación en el país lleva, a que de forma común, se les paguen salarios muy bajos a cambio de jornadas de trabajo excesivas<sup>98</sup>.

Por ello, plantaremos al final de esta presentación cuestiones que quedan pendientes para continuar trabajando en un futuro, así como posibles soluciones que se pueden aportar.

## **6.2. Factores a tener en cuenta**

El primer factor al que hemos de hacer referencia es el envejecimiento demográfico. Desde el plano de la sociología se entiende como un fenómeno derivado de la posibilidad de planificación familiar que de un tiempo a esta parte se da en nuestra sociedad, lo que hace que la fecundidad se dé en unos niveles mínimos como hasta ahora nunca se había dado.

Por otra parte, como ya sabemos, los avances científicos y sanitarios, así como una mejora de la higiene y hábitos de vida, han conducido a una importante reducción de la mortalidad infantil frente a un aumento de la esperanza de vida.

Así, si a comienzos de siglo XX comienzan a descender las muertes por causas infecciosas, la línea que se puede dibujar del crecimiento en nuestro país, excepto los períodos de epidemia de gripe de 1918 y la Guerra Civil, es ascendente. Este crecimiento de población ha ido disminuyendo su ritmo aunque no se ha detenido. Paralelamente, se ha dado un aumento de la esperanza de vida, lo que ha llevado a que, si a principios del pasado siglo la esperanza de vida era de poco más de 40 años, ahora estemos hablando de una media de 83 años para las mujeres y 76 para los hombres.

## **6.3. Envejecimiento y discapacidad.**

A pesar de que vejez y dependencia no van asociadas necesariamente, sí es evidente que en la mayor parte de los casos suceda de este modo. Lo que preocupa entonces es cómo afrontar desde diversos frentes, como luego veremos, las dificultades que surgen por diferentes motivos y que afectan a todos por igual.

---

<sup>98</sup> IMSERSO. (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Colección Estudios, 12002. Madrid: IMSERSO, pág., 163

Antes de continuar, diremos que en el contexto en el que estamos hablando dependencia se refiere concretamente a personas mayores. La OMS la definió en 1997 como:

*“La restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria (asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad”.*<sup>99</sup>

Así, tanto el Consejo de Europa en 1998 como el Defensor del Pueblo en 2000 siguen esta definición, entendiendo que la dependencia hace referencia a la falta o ausencia de capacidad física o intelectual de una persona para poder realizar por sí misma actividades cotidianas.

A nuestro juicio, la definición más clara es la del Consejo de Europa del año 2000, donde se indica que:

*“La dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades de la vida diaria. La dependencia también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles, y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores”.*<sup>100</sup>

Por lo tanto, deberíamos poder ver que de lo que se trata es de una cuestión en no pocos casos un tanto difícil de manejar y que requiere de gran atención. Como hemos visto, no sólo es que las personas dependientes sean aquéllas que por alguna causa física o psicológica no pueden desempeñar tareas que para otros resultan completamente normales e incluso sencillas, sino que además hay otros factores como son las redes de apoyo social, la falta de conocimiento por parte de la comunidad de una persona dependiente o las dificultades por todos conocidas de aquéllos que viven queriéndolo o no, fuera de la sociedad.

Por otra parte, aunque la base de la dependencia se encuentra en el estado de salud de la persona dependiente, es necesario tener en cuenta también que influyen notablemente la edad y el nivel educativo. De esta manera, podemos ver que la cuestión de la dependencia proviene de diferentes factores, que por separado no son

---

<sup>99</sup> Op. cit., pág., 17

<sup>100</sup> Op. cit., pág., 30



suficientes y que es necesario verlos en conjunto para abordar mejor la cuestión de la dependencia y asistencia sanitaria en estas personas.

#### **6.4. Evolución del cuidado a los mayores dependientes.**

La mayor parte de las veces las personas dependientes eligen ser atendidos en sus propios domicilios, recibiendo algún tipo de ayuda sociosanitaria. La otra opción, también en el domicilio, es pagar a alguna persona para que se encargue de estos cuidados. Frente a esta postura de ser atendidos en el propio hogar, hay que destacar el descenso importante de recibir estas atenciones en residencias, que ha pasado del 9% al 4% de población que opta por esta posibilidad<sup>101</sup>.

No obstante, la situación sigue siendo bastante complicada. Para empezar, se han dado importantes cambios en la estructura familiar principalmente respecto al rol que hasta ahora han desempeñado principalmente en el cuidado las mujeres, responsables casi siempre de los más pequeños y de los más mayores. Las mujeres acceden cada vez con mayor frecuencia al mercado laboral, de manera que la visión de futuro no se limita a suplir con su labor las carencias de organización en materia de ayuda y cuidado a personas dependientes.

A esto hay que sumarle cambios significativos como la reducción del tamaño de las viviendas, la percepción no tradicional de la familia como núcleo fijo, permanente y estable, la movilidad geográfica de sus miembros, diferentes modelos como familias monoparentales, uniones de hecho..., igualdad en las relaciones entre generaciones y los miembros que conforman las parejas, y el aumento por una parte de la edad a la que los hijos dejan la casa familiar así como el aumento del número de personas que necesitan cuidados constantes.

Lo que provoca que sea necesaria una reflexión y la búsqueda urgente de soluciones es que la demanda de esos cuidados aumenta rápidamente, y lo principal es que la atención se caracteriza tanto por tener una larga duración en el tiempo como por la dedicación intensa que requiere. Todo ello implica, además, que si se quiere que los cuidados sean de calidad, entonces:

a) se ha de evitar que recaiga la responsabilidad de lograrlo sólo en el ámbito familiar,

---

<sup>101</sup> Op.cit., pág., 39

b) que únicamente exista una figura de cuidador/a que no cambie con excesiva frecuencia,

c) es necesario un seguimiento de dichos cuidados y atenciones así como contar con conocimientos mínimos de salud.

## **6.5. Estado y familia.**

Como hemos señalado más arriba, la cuestión de la atención y cuidados a personas mayores dependientes precisa de la comunicación y la organización entre los diferentes agentes implicados. Cada uno de ellos no es suficiente por separado. Se necesita que se trabaje en todos los puntos que se ven afectados y desde diversos frentes, con una atención interdisciplinar.

### **6.5.1. Administración de los recursos. Servicios de proximidad e institucionalización**

Comenzaremos diciendo que desafortunadamente, los recursos que ofrece el Estado no son todos los que realmente se necesitan. En no pocas ocasiones son las administraciones locales, provinciales y autonómicas las que han de buscar la mejor forma de administrar la asignación de presupuestos.

Generalmente, se gestionan de dos maneras: una, son los llamados “servicios de proximidad” y la otra, la “institucionalización”.

#### **1.- Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)**

El principal servicio de proximidad tiene como objetivo básico que la persona mayor así como aquellas que presentan además un grado especial de dependencia puedan ser asistidas en sus domicilios, buscando de este modo que sus vidas sigan desarrollándose en la misma comunidad y se evite de este modo un proceso de

desarraigo del entorno en el que se encuentra el mayor asistido. Pilar Rodríguez la define como:

*“Un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado”<sup>102</sup>*

La cuestión que hace ver la urgencia de atender las cuestiones sobre la asistencia a personas mayores dependientes, es que con unas 16 horas al mes se intenta cubrir las necesidades de atención a estos mayores. Así son las cosas, los familiares se ven obligados en no pocas ocasiones a tener que buscar recursos, lo más adecuados posible, para poder solventar los problemas que plantea una discapacidad en el mayor que hasta ahora había sido independiente, Y por ello se busca la colaboración de una persona, pueda dedicarse a hacerse cargo de una persona mayor dependiente durante casi toda la jornada.

## **2.- Teleasistencia**

Es el segundo tipo de servicio de proximidad. Según la definición que nos ofrece Pérez del Cueto:

*“La teleasistencia domiciliaria es un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento informático específico ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios/as, permite a las personas mayores y/o personas discapacitadas, al pulsar el botón que llevan constantemente y sin molestias, entrar en contacto verbal <<manos libres>>, durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con un centro atendido por profesionales (...)”<sup>103</sup>.*

---

<sup>102</sup> RODRÍGUEZ, P. (1995), “La residencia y su adecuación a las necesidades de las personas mayores dependientes”, *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 30, num. 3, págs. 169-176

<sup>103</sup> PÉREZ DEL CUETO, M. (1997), “El programa de teleasistencia domiciliaria Imserso/Fem”, en *Teleasistencia domiciliaria*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, pág., 23

La ventaja de la teleasistencia es, por una parte que las personas mayores que viven o pasan gran parte del tiempo solas, cuenten con un elemento de seguridad en caso de riesgo (caídas, accidentes domésticos, urgencias, etc.); y por otra parte, se busca evitar que las personas dependientes tengan que dejar su domicilio para ingresar en una institución cuando se puede evitar, debido a que en cualquier momento de las 24 horas del día, los 365 días del año pueden entrar en contacto con un equipo de profesionales. Otro aspecto positivo de este servicio es que se puede asistir en una crisis a una persona contando con los recursos necesarios.

### 3.- Centros de día

Como hemos señalado anteriormente, es importante que la vida del mayor dependiente se desarrolle en su comunidad, siempre que sea posible y que se evite que sea separado de su entorno en caso de ser necesario que sean internados en algún centro hospitalario.

Los centros de día también ofrecen atención sociosanitaria, como es el caso de los Servicios de Asistencia a Domicilio y de la Teleasistencia, pero con la diferencia de que cambia el marco en que ésta se proporciona. Esto es, en lugar de ser en el domicilio y a una sola persona, en los centros de día se asiste a un grupo de personas mayores con pérdida de capacidades físicas o psíquicas en diferentes grados y que acuden al centro durante la jornada.

Al igual que los SAD, también los centros de día tienen unas áreas a cubrir y que son<sup>104</sup>:

- a) Atención social:
  - Detección, acogimiento, orientación y seguimiento de casos.
  - Coordinación del plan de intervención establecido
  - Relaciones con la familia
  - Establecimiento del plan de transporte

---

<sup>104</sup> IMSERSO.(2005), Condicionantes de la aparición del fenómeno social inmigrantes que cuidan a mayores, en *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Colección de Estudios, 12002. Madrid, IMSERSO, pág. 50

b) Atención a la salud psicofísica:

- Rehabilitación y control psicofísico
- Actividades psicoterapéuticas
- Terapia ocupacional
- Higiene personal
- Dietética

c) Socialización:

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Relaciones personales
- Actividades de ocio y cultura
- Actividades productivas

#### 4.- Residencias

Aunque las residencias tal y como las conocemos hoy en día tienen un origen reciente en el tiempo, el modelo del que parten es más antiguo: el de los asilos. Si en éstos, lo que se hacía era atender a las personas mayores que carecían de recursos, ahora la asistencia se traduce en prestar atención más amplia, como hemos visto más arriba, y por parte de profesionales que se han formado concretamente para ello.

Veamos cómo la define Pilar Rodríguez:

*“Centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas con algún grado de dependencia”<sup>105</sup>.*

Ampliaremos a continuación un poco más las características de las residencias de las que estamos aquí hablando<sup>106</sup>. En primer lugar, por centro abierto se entiende en este caso la residencia como incluida entre los servicios sociales comunitarios, donde además lo conveniente es que esté próxima a los recursos de la zona y que se pueda dar un contacto con el resto de colectivos de la comunidad.

---

<sup>105</sup> Op. cit., pág., 172

<sup>106</sup> Íbid.

En segundo lugar, desarrollo personal implica que la persona mayor sea acogida y que en la medida que sea posible, lleve a cabo actividades organizadas para ella. En tercer lugar, las atenciones han de ser tanto sociales como sanitarias, es decir, que se desarrollen conjuntamente y no por separado. En cuarto lugar, apuntamos a la necesidad de una atención en la que participen diferentes profesionales. Trabajar en equipo y trazar un plan de atención lo más amplio posible puede facilitar mucho la atención a estos mayores. Por supuesto, que no se ha de perder de vista que no todos tienen las mismas necesidades por cubrir, de ahí que por ejemplo, señalamos en quinto y último lugar, que las estancias pueden ser temporales o permanentes, surgidas a raíz de una crisis, una revisión periódica, a haber sido remitido desde el hospital...)

#### **6.6. El apoyo informal: la familia**

Como hemos señalado más arriba, el modelo de familia ha cambiado profundamente en poco tiempo. Aunque la familia sigue siendo la institución que se encarga del cuidado de los mayores dependientes, no se lleva a cabo siguiendo los roles que durante generaciones han servido de guía. Esto provoca, además, la aparición de una serie de situaciones que repercuten directamente en la figura del cuidador y en su familia.

El primer cambio que se aprecia es el de una familia extensa que desarrollaba su vida en el medio rural a una familia con menos miembros y asentados principalmente en medio urbano. Esto hace que la relación entre sus miembros suela ser más frágil que el primer modelo del que hablamos. Además, como sabemos, el medio urbano puede ofrecer numerosas ventajas en algunos aspectos, pero no parece ser así en lo referente al apoyo social a personas dependientes. Por otra parte, como hemos señalado anteriormente, el enorme descenso de la tasa de natalidad unido al aumento de la esperanza de vida llevará a que en un futuro, el peso del cuidado de los mayores recaiga directamente sobre los jóvenes y adultos<sup>107</sup>. El problema seguramente estribará en si las redes de apoyo social estarán lo suficientemente desarrolladas para sostener esta situación si no se introducen las medidas necesarias.

---

<sup>107</sup> CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona, La Caixa, pág., 37

A todo esto hay que añadir la ya conocida incorporación de la mujer al mercado laboral. El problema es que no se ha dado de forma pareja un crecimiento de la mentalidad igualitaria respecto al reparto de las tareas, de modo que generalmente las mujeres han de compaginar como pueden su actividad laboral con el cuidado y atención al cónyuge, los hijos, y llegado el momento, los mayores. Además, dicha incorporación se ha dado en el mercado formal, de manera que el de servicios se ha visto casi vacío hasta la llegada de personas inmigrantes, la mayor parte mujeres, que son quienes han ido llenando ese vacío. Por último, sólo señalar que hay que tener en cuenta un dato importante. En la actualidad, la población entre 40 y 65 años en España pasa de los once millones de personas, siendo algo más de la mitad mujeres. En 2010, y asociado a los cambios demográficos que estamos viendo, la población potencialmente cuidadora de mayores dependientes se reducirá en un millón de personas si las pautas no cambian<sup>108</sup>.

Por otra parte, como señalábamos unas líneas más arriba, el cuidado a personas mayores dependientes tiene una serie de consecuencias tanto para la persona que cuida como para la familia. Aunque sólo se encargue uno de los miembros del cuidado, el resto del núcleo familiar ha de enfrentarse también a problemas que surgen en situaciones como ésta. Por ejemplo, quien cuida suele presentar problemas como la reducción del tiempo de ocio, cansancio, no disponer de tiempo suficiente para atender a su pareja e hijos, deterioro de la propia salud en mayor o menor grado de la propia salud, problemas económicos o laborales, etc.

Una de las posibles soluciones suele encontrarse en asociaciones de voluntariado o sin ánimo de lucro que proporcionan recursos diversos como: tiempos de descanso, apoyo emocional, o asesoramiento para saber conducir mejor la situación.

## **6.7. Cuidado de personas mayores dependientes por parte de personas inmigrantes**

Hemos visto hasta ahora de qué modo se desarrolla el cuidado a personas mayores dependientes, cómo ha evolucionado a nivel social la visión de dicho cuidado

---

<sup>108</sup> IMSERSO.(2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Colección I2002. Madrid, IMSERSO, pág., 75

por parte de las familias y cuáles son los recursos de que disponen. No obstante, de unos años hasta ahora ha aparecido una forma de asistencia a mayores que no corresponde a ninguna de las vistas más arriba. Es la masiva afluencia de una población inmigrante que se ocupa en muchas ocasiones del cuidado de los dependientes. A continuación veremos qué caracteriza este mercado y los problemas que surgen

### **6.7.1. Razones que llevan a demandar que estos servicios sean realizados por personas procedentes de población inmigrante**

Ya hemos señalado más arriba que el envejecimiento de la población, junto a la incorporación al mercado laboral de la mujer e intentar evitar la institucionalización de los mayores dependientes, así como los cambios en las estructuras familiares, ha llevado a ver el cuidado desde una óptica diferente. Esto se traduce claramente en la aparición de un fenómeno que es el del cuidado de personas dependientes por parte de población inmigrante.. Estas personas llegan de sus países de origen con vida no exenta de problemas (en muchos casos, dramáticas situaciones económicas), a lo que hay que añadir la dificultad que aquí encuentran para regular su situación. De este modo, la desafortunada “economía sumergida” propicia que estas personas estén desprotegidas ya que generalmente no tienen derechos laborales, han de enfrentarse a difíciles condiciones de trabajo, presión psicológica y emocional..., unido a bajos sueldos, la necesidad de regular la situación cuanto antes así como las cargas familiares que soportan cuando terminan la jornada<sup>109</sup>.

Una segunda razón es que las enfermedades que provocan esta demanda de cuidadores suelen ser enfermedades mentales degenerativas, como Alzheimer o Parkinson. Las necesidades a cubrir son acompañamiento constante, atención casi las 24 horas del día, movilización, atención hospitalaria y limpieza. Debido a que la mayor parte de las veces las personas que atienden a mayores dependientes carecen de formación especializada, recae sobre ellas ocuparse de tareas como acompañar, o ayudar a levantar o acostar al mayor.<sup>110</sup>

### **6.7.2. Perfiles de las cuidadoras.**

---

<sup>109</sup> IMSERSO(2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Colección I2002. Madrid, IMSERSO, págs., 162-164

<sup>110</sup> Op. cit., pág., 160



En primer lugar diremos que el perfil que siempre se cumple es el de mujer. Esto es, si tradicionalmente el cuidado se ha dado en el ámbito doméstico y por parte de mujeres la mayoría de las veces, ahora el cuidado de personas mayores dependientes, se ha transferido al colectivo de mujeres inmigrantes<sup>111</sup>. Lo que no cambia es que tanto aquéllas que se incorporan al mercado laboral como las cuidadoras inmigrantes lo hacen con una carga familiar a sus espaldas, esto es, en su mayoría están casadas y tienen hijos, aunque por regla general, las mujeres inmigrantes suelen dejar a sus vástagos en sus respectivos países de origen cuando se trasladan a otro país. Esto suele ser así porque ellas tienen más facilidades que los varones para incorporarse al mercado laboral del que estamos hablando, situación que se da a través de la conocida economía sumergida.

Por regla general los conocimientos que tienen son los relacionados con la experiencia de cuidado a familiares, carecen de formación específica sobre cuestiones de salud. Sin embargo, esto no supone una traba para que las familias españolas “contraten” sus servicios, aunque como veremos más adelante, los problemas vienen por otra parte.

Siguiendo con el perfil de las mujeres inmigrantes cuidadoras, la edad es algo a destacar. Aunque no hay un sector concreto, sí suele moverse en torno a los 20-25 y 35-40 años. En el caso de las de más edad, son contratadas porque tienen más experiencia, más capacidad de responsabilidad y paciencia, así como mayor resistencia a las situaciones de tensión. Las jóvenes son tenidas en cuenta porque es más fácil que se adapten y son más joviales<sup>112</sup>.

### **6.7.3. Tareas que realizan**

Como hemos señalado, la población inmigrante que se encarga del cuidado de personas mayores dependientes son las mujeres porque tradicionalmente se ha asociado estas tareas al sexo femenino. Igualmente, van asociadas otras tareas como son la limpieza de la casa, las compras, o cocinar, y que se suman a las que llevan a cabo estas cuidadoras. Esto es, por regla general, para poder llevar a cabo estas tareas,

---

<sup>111</sup> Íbid.

<sup>112</sup> IMSERSO.(2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Colección I2002. Madrid, IMSERSO, pág., 163

están en régimen de internas. Otros regímenes de trabajo son turnos diurnos, nocturnos, externas o por horas. Usualmente no tienen ningún tipo de contrato ni son dadas de alta en la Seguridad Social. Esto último les impide renovar el permiso de residencia, ya que es necesario cotizar seis meses para renovar dicho permiso.

Pero, como ya hemos dicho más arriba, las cargas familiares y/o económicas, sociales, etc., obliga a estas personas a cuidar al mayor con todo lo conlleva, como por ejemplo, asearlo, levantarlo, acostarlo, darle de comer, acompañarlo para que pasee, administrar medicación... Además, se encargan de limpiar la casa, hacer la compra, preparar la comida.

#### **6.7.4. Problemas y dificultades**

A pesar de que es un sector muy demandado por gran parte de familias, los problemas continúan surgiendo tanto por parte de las familias que contratan los servicios de cuidado a los mayores dependientes procedentes de personas inmigrantes como de este colectivo.

Veamos, por una parte, cuáles son los problemas para las familias y, por otra, para las cuidadoras.

La principal dificultad a la que se han de enfrentar quienes precisan de estos servicios es que les atrae la posibilidad de disponer de una persona todo el tiempo que necesiten, que atienda al mayor dependiente y que lleve a cabo las tareas domésticas, ya que entienden que el tiempo de que disponen llega para todo. Por otra parte, no tienen problema en el desembolso económico pues los sueldos son muy bajos; en muchas ocasiones, la oferta supera a la demanda, por lo que siempre pueden contar con alguna persona dispuesta a ello.

Sin embargo, cuando la situación empieza a tomar forma, surgen complicaciones que han ido apareciendo con el paso del tiempo. La principal es la de la formación académica o profesional. Es posible hallar enfermeras e incluso médicos que han ejercido en su país, pero esto no es la norma general. Normalmente el único recurso con el que cuentan es con la propia experiencia, de cuidado. Cabe añadir que el problema se agrava cuando estas personas no pueden acceder a cursos de formación, generalmente subvencionados, porque carecen de documentación. Lo

llamativo de la situación es que hay cada vez más interés, tanto por parte de la propia población inmigrante como de las instituciones, en aumentar los planes de formación sobre atención a personas mayores e incluso de tareas domésticas<sup>113</sup>. Vuelve a recaer sobre algunas ONG's el papel de sortear estas lagunas sociales.

Aunque la persona posea un título académico y pueda demostrar su formación y experiencia, esto tampoco asegura nada. Es decir, no implica mejor sueldo, ni mejores condiciones laborales ni reconocimiento de ningún tipo.

En cuanto a la relación con los mayores, por regla general son muy reticentes a ser atendidos por una cuidadora inmigrante. Claramente expresan su rechazo a mujeres negras, que no hablen castellano y que tengan cargas familiares. Prefieren sin lugar a dudas a las españolas. No obstante, afortunadamente estos prejuicios desaparecen con el trato y acaba desarrollándose una relación afectuosa y sincera<sup>114</sup>.

Por parte de la familia que necesita de esta ayuda, los problemas surgen cuando consideran que no tratan al anciano o no limpian conforme a su patrón (son lentas para llevar a cabo las tareas que se les encomienda; que no conocen la cocina del país y por ello no alimentan como se debe al mayor que atienden). En otras ocasiones se encuentran con que la cuidadora no es fija, sino que cambian constantemente y en alguna ocasión ha habido quejas de robos. Por último, añadir el problema de comunicación que se da cuando provienen de países de habla no hispana.

#### **6.7.5. Aspectos positivos**

También la atención a personas mayores dependientes por parte de población inmigrante tiene en muchas ocasiones su lado positivo y optimista. Si antes hemos señalado que la mayor parte de las veces carecen de formación académica específica en cuidados de mayores, la capacidad de afecto y comprensión son sumamente valorados. Las cuidadoras inmigrantes son contratadas porque llevan consigo el valor del cuidado y el respeto al mayor. Se considera que son más pacientes y que por eso pueden llevar mejor los momentos en los que por la fase de enfermedad, el paciente es agresivo o el trato es más difícil. En no pocas ocasiones se considera que son imprescindibles en el hogar y que las relaciones han cambiado para mejor gracias a su presencia.

<sup>113</sup> Debemos aquí destacar la formación que se imparte a cuidadores inmigrantes en la EVES y el CEIM.

<sup>114</sup> IMSERSO (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Colección Estudios, I2002. Madrid: IMSERSO, págs. 164-167

## 6.8. Necesidades que quedan pendientes

Evidentemente son muchas y no podemos enumerarlas todas aquí. Por supuesto tampoco podemos dar solución a todas, pero sí podemos contribuir aportando alternativas desde nuestra posición.

En primer lugar, consideramos que es necesaria una mayor conciencia de la necesidad de distribuir bien los recursos que ofrece el Estado y que luego se encargarán de administrar a diferentes niveles las administraciones de cada comunidad autónoma, provinciales y locales.

En segundo lugar, es urgente una conciencia común, es decir, entender que ésta es una situación que de una u otra manera nos afecta, bien porque tenemos mayores de los que cuidar, los tendremos o simplemente porque en un futuro nosotros también podremos ser mayores dependientes. De ahí que sea necesario adquirir y transmitir una postura de respeto y ayuda a los mayores, conocer y saber cuáles son las necesidades a cubrir que los lleva a ser dependientes. Esto no implica de ninguna manera que pierdan su autonomía, porque como hemos señalado anteriormente, deben poder gestionar su vida siempre que sea posible. Aunque los modelos sociales de familia cambien, los roles de cuidado y atención han de ser asumidos por todos los miembros, sean de la familia, sean de la comunidad.

Por otra parte, hay que ser conscientes de la necesidad de formar a aquellas personas que proceden de otros países y que no tienen más remedio que soportar condiciones salariales y de trabajo nada regulares. Esto abriría un nuevo mercado en principio más transparente y se empezarían a dar los primeros pasos para evitar que aumentara la burbuja de la economía sumergida.

Por último, sólo nos cabe añadir que el esfuerzo ha de recaer sobre el Estado y administraciones, familias, ONG's, asociaciones caritativas o solidarias, es decir, tener en cuenta también el papel importante que lleva a cabo el sector del voluntariado.

## Bibliografía

- Alarcón, A., Gilbert, F., Parella, S., Ribas, N. (2000). Políticas de formación para mujeres inmigrantes. El caso de la ciudad de Barcelona. *Papers*, 60, 365-379.
- Algado, MT., Bateria, A., Garrigós, JL. (1997). El enfermo de Alzheimer y sus cuidados. Una perspectiva sociológica cualitativa. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 7, 241-245.
- Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: La Caixa.
- Colectivo IOÉ. (2003). *Explotación de la encuesta a personas inmigrantes que cuidan a población anciana y enferma en sus hogares en la Comunidad de Madrid en 2002*. Madrid.
- Díez Nicolás, J. y Ramírez MJ. (2001). *La voz de los inmigrantes*. Madrid: MTAS.
- EURODOXA (2001). *La atención remunerada a las personas mayores con alguna discapacidad, en sus propios domicilios. Necesidades y prestaciones*. Madrid: IMSERSO.
- Giunco, F. (1998). Personas mayores e inmigración en la Diócesis de Milán. En *Documentación Social*, 112, 133-146.
- IMSERSO (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Colección Estudios, 12002. Madrid: IMSERSO.
- Martínez Veiga, U. (2000). Evolución y clasificación del trabajo doméstico inmigrante. En *OFRIM Suplementos*, junio, 75-97. Madrid.
- Pérez del Cueto, M. (1997), "El programa de teleasistencia domiciliaria IMSERSO/FEM". En *Teleasistencia domiciliaria*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Ramírez, E. (1996). *Inmigrantes en España. Vidas y Experiencias*. Madrid: CIS/Siglo XXI.
- Ruiz Olabuénaga, JL. et al. (1999). *Los inmigrantes irregulares en España*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Rodríguez, P. (1995), "La residencia y su adecuación a las necesidades de las personas mayores dependientes", *Revista Española de Geriatria y Geontología*, vol. 30, n.3.

## IV

# TRABAJO DE CAMPO

## 7. JUSTIFICACIÓN DEL MÉTODO

Rafael Amela Rueda

### 7.1. Pluralismo metodológico y justificación del método

El cometido de este apartado no es otro que el de justificar el método y las técnicas utilizadas en nuestra investigación. Bien es cierto que nuestro Grupo de Investigación en Bioética posee un carácter interdisciplinar (en el que se incorporan ámbitos como la psicología social, la medicina, las ciencias políticas, la biología, la enfermería y la fisioterapia) en el que también queda incorporado trabajo sociológico específico, aun cuando los motivos que la impulsen se encuentren más cercanos a la deontología médica y la ética. Es por ello que resulta insoslayable una cierta labor de fundamentación del método y las técnicas escogidas. En este sentido, conviene dejar claro desde el principio que en muchos de los trabajos teóricos que versan sobre la investigación social, los términos “métodos de investigación” y “técnicas específicas de investigación” podrían quedar confusos.. Así lo advierte Manuel García Ferrando en su obra *Sobre el método*. Si las cuestiones referidas al método apuntan siempre a problemas de lógica y estructura gnoseológica de la investigación, las técnicas hacen referencia “a los procesos específicos a través de los cuales el sociólogo reúne y ordena los datos antes de someterlos a las operaciones lógicas o estadísticas”<sup>115</sup>.

En segundo lugar, es necesario recordar que la situación actual de las ciencias sociales presenta un pluralismo metodológico y técnico a la hora de afrontar el estudio de cualquier objeto de investigación. Entre los métodos con los que actualmente cuenta la sociología destacan el método histórico, el crítico-racional, el comparativo, el cuantitativo y el cualitativo, cada uno de los cuales requiere, a su vez, de técnicas específicas adecuadas a su propia estructura y lógica internas<sup>116</sup>. Este hecho puede

<sup>115</sup> García Ferrando, Manuel: “*Sobre el método*”, Ed. CIS, Col. Monografías, nº 22, Madrid 1980.

<sup>116</sup> Esta diferenciación de métodos y técnicas respectivas a los mismos ha consolidado en el mundo de las ciencias sociales la escisión entre “técnicas cuantitativas” y “técnicas cualitativas”, sin embargo, esta

desconcertar a algunos, desesperar a otros (como al gran matemático Henri Poincaré, quien llegó a afirmar que “*la sociología es la ciencia que más métodos posee y menos resultados*”), sin embargo, basta con echar un vistazo al hábitat en que tienen que lidiar las ciencias sociales para comprender las razones que impiden una comunión metodológica en materia de investigación respecto de los fenómenos de la realidad social; y es que la rica especificidad de los mismos es, precisamente, aquello que exige modos e instrumentos diversos en pos de su aprehensión. Esto es, la naturaleza específica de los muy diversos niveles, regiones, o elementos de la realidad social, apunta siempre a aproximaciones metodológicas y técnicas analíticas distintas en orden a su estudio.

No obstante, esta circunstancia no presupone, y mucho menos justifica, una suerte de “*acracia metodológica*”, sino que, más bien, impele al sociólogo a ejercitar su tarea más propia: la crítica metodológica. A diferencia de las ciencias físico-naturales (aun cuando conviven también en su seno procedimientos de carácter cualitativo con el método cuantitativo en ellas imperante), la complejidad del objeto de estudio de las ciencias sociales frena el ímpetu por parte del investigador de acceder a él desde una única vía. En nuestro caso, hemos optado por abordar la investigación desde una mirada hermenéutica de corte cualitativo, más acorde, a nuestro modo de ver, con los objetivos de la misma. Más allá del grueso material de los fenómenos sociales, la realidad muestra un envés simbólico incapaz de ser capturado por medios exclusivamente cuantitativos. Y es que tal y como señala Miguel Beltrán: “*Tanto por lo que se refiere al objeto de conocimiento como al método que le sea adecuado, cantidad y cualidad se sitúan en dos planos completamente diferentes (abstracción hecha de la ley de la dialéctica que afirma el paso de la primera a la segunda, y que no voy a discutir aquí), planos que implican modos no convergentes de enfrentar la cuestión*”<sup>117</sup>. Si el método cuantitativo parece reproducir el lema husserliano de “*a las cosas mismas*”, el método cualitativo, negando el lenguaje como algo dado, se enfrenta a la renuncia de la ilusión de su manifestación transparente. Mediante el dato estadístico, los hechos sociales son atravesados en su desnudez, incluso en lo que respecta a su ideología; por el contrario, el método cualitativo centra su análisis en el lenguaje como medio de investigación,

---

nomenclatura es criticada por Jesús Ibáñez, quien propone hablar de técnicas distributivas y técnicas estructurales, respectivamente.

<sup>117</sup> M. García Ferrando, J. Ibáñez, y F. Alvira: “*El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*”, p. 44, Ed. Alianza, Madrid, 2000.



deconstruyendo la ideología implícita y explícita en él contenidas, para su posterior reconstrucción en forma de teoría científica. Por consiguiente, el discurso pasa a ser en este método, objeto e instrumento de análisis de la realidad social. Esto no quiere decir que únicamente el método cuantitativo sea científico y empírico (máxime si consideramos que los datos con los que cuenta este método poseen una manifestación lingüística, por lo que han de ser interpretados), sino más bien que cada uno es necesario según el objeto al que se dirija, y que ambos necesitan del otro, llegado cierto punto de la investigación (la hermenéutica no puede desdeñar del dato ni el dato de la hermenéutica)<sup>118</sup>. O lo que es lo mismo: el pluralismo cognitivo consecuente con la complejidad de la realidad social tiene como correlato un pluralismo metodológico inherente a la sociología. De este modo, será la dimensión del objeto la que demande un particular tratamiento metodológico, cuyo rigor ha de hacerle valer el calificativo de científico (y el rigor no sólo puede ser cuantitativo), evitando así cualquier elección caprichosa, de lo que no se sigue que la adopción de un método excluya por completo la incursión de otro en alguno de los puntos del proceso.

En su obra *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*<sup>119</sup>, Samuel James Taylor y Robert Bogdan señalan diez notas características del método cualitativo, entendido como algo más que un conjunto de técnicas de recolección de datos, esto es, como “un modo de encarar el mundo empírico”, a saber:

- 1.- La investigación cualitativa es inductiva.
- 2.- En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
- 3.- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
- 4.- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- 5.- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

---

<sup>118</sup> El término “dato cualitativo” ejemplifica la complementariedad de ambas perspectivas, si bien, en sociología denota los discursos o las construcciones simbólicas de los individuos, y en estadística las propiedades nominales (profesión), frente a los datos cuantitativos correspondientes a las variables mensurables (número de hijos).

<sup>119</sup> S. J. Taylor y R. Bogdan: “*Introducción a los métodos cualitativos de investigación*”, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1986.

- 6.- Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.
- 7.- Los métodos cualitativos son humanistas.
- 8.- Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez de su investigación.
- 9.- Para el investigador cualitativo todos los escenarios y las personas son dignos de estudio.
- 10.- La investigación cualitativa es un arte.

Pues bien, teniendo en cuenta estas consideraciones, nuestra investigación se justifica por el hecho de intentar hacer posible que nuestra sociedad sea más justa y solidaria, más responsable, igualitaria, respetuosa, y razonante, si bien nuestro ámbito de acción se circunscribe a la atención sanitaria al inmigrante y a las personas mayores de la ciudad de Valencia. Es innegable que nuestras sociedades se nutren, cada día más, de población inmigrante, su notoria presencia en el ámbito laboral y en la vida diaria imposibilita una vuelta atrás en cuanto a modelos de sociedad se refiere. El presente y el futuro pasa por la convivencia sana y fructífera entre los antiguos y nuevos residentes. Por consiguiente, velar por la salud pública de este país pasa, entre otras cosas, por velar por la salud de los inmigrantes en condiciones de igualdad y responsabilidad, esto es, de justicia, con todos los cambios estructurales que esto supone. En este sentido, interesa eminentemente llegar a conocer el nivel de concienciación del inmigrante respecto de su situación legal referente a la atención sanitaria, a la manera en que viven los problemas de acceso a la sanidad pública, a la valoración que les merece nuestro sistema de salud, así como a los problemas de aquéllos que se dedican a cuidar de personas mayores, y demás cuestiones, partiendo siempre del convencimiento de que el verdadero corazón del estudio reside en el análisis profundo de las motivaciones personales y grupales de todos los miembros inmersos en la situación. Desde el convencimiento de que no puede existir verdadero conocimiento en el ámbito de lo humano que no atravesase necesariamente un proceso de re-conocimiento, nuestra epistemología se dirige a rescatar del silencio la conciencia subjetiva y de clase del inmigrante en materia de salud. En definitiva, creemos firmemente que si queremos sacar a la luz los problemas concernientes a la justicia y la solidaridad, debemos dar voz a los afectados de forma que el profundo valor informativo que emana de sus historias personales no quede reducido a meras tablas de datos de corte estadístico. La finalidad de nuestra investigación será obtener

exhaustivo material de información que permita responder de forma adecuada (ética) a cuestiones que reclaman algo más que una hermenéutica estadística.

## **7.2. Técnicas de investigación: la entrevista abierta semidirectiva (o semiestructurada) y la discusión de grupo.**

De acuerdo con lo expuesto, vemos que la idiosincrasia del método cualitativo se plasma en el análisis del lenguaje, la implicación o participación del investigador durante el proceso de obtención de datos, y la pretensión indagatoria acerca del nivel inconsciente que late en los discursos. Tanto la *entrevista semiestructurada* o en profundidad (*focussed* o *clinical interview*), como los grupos de discusión (*focus groups*), o la observación participante, ponen en juego todas o algunas de las características aquí expuestas. De entre estas técnicas, hemos optado por utilizar las dos primeras, debido al gran coste temporal que supone la observación participante (que probablemente excedería los límites impuestos a nuestro trabajo) y la inaccesibilidad a escenarios pasados y lejanos a nuestro momento y lugar actuales. Por otro lado, tal y como recomiendan Taylor y Bogdan<sup>120</sup>, es preferible que los investigadores se abstengan de estudiar escenarios en los cuales tengan una participación directa, ya sea personal o profesional. La presencia de personal de nuestro equipo como trabajadores en centros de salud a los que deseamos dirigir nuestra atención, se opone también a la asunción de esta técnica. Por consiguiente, centraré mi discurso en la exposición de las líneas maestras por las que discurren la entrevista abierta semiestructurada y la discusión de grupo, en relación, claro está, con nuestro objeto de estudio, aun cuando, en ocasiones, sea oportuno recurrir comparativamente a la observación participante.

### **7.2.1. La entrevista semiestructurada o entrevista en profundidad.**

En primer lugar, vemos que en la entrevista semiestructurada el objetivo es conocer en profundidad la experiencia, sentimientos, y creencias o valoraciones del entrevistado, es decir, la personalidad típica extraíble mediante un discurso motivacional, lo que imposibilita que la entrevista presente una estructura hermética

---

<sup>120</sup> S. J. Taylor y R. Bogdan: “*Introducción a los métodos cualitativos de investigación*”, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1986.

en la confección y desarrollo de las preguntas. La entrevista en profundidad, a diferencia de la entrevista estructurada, ha de ser flexible, dinámica, abierta, no directiva, ni estandarizada. Así queda definida esta técnica de manos de Taylor y Bogdan *“Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”*<sup>121</sup>. Ortí, por su parte, hace hincapié en la “dimensión de clase” del sujeto que haga posible una inducción o extrapolación de elementos (conscientes e inconscientes) de su discurso particular (en lo que tales elementos poseen de “sujeto típico de la clase de referencia”) a conclusiones generales sobre la forma social que estructura su individualidad, y la de aquellos individuos que la comparten. No obstante, nuestra investigación se aleja en cierta medida de las pretensiones indagatorias acerca del inconsciente expuestas por Ortí (enraizadas quizá en los objetivos específicos de cierto tipo de investigaciones sociales), puesto que, si bien interesan las perspectivas, creencias, motivaciones, y valoraciones de los inmigrantes, ya sean cuidadores o no de ancianos, de los familiares de estos últimos, y de los ancianos (en caso de que esto sea posible), no es tanto una suerte de inmersión en el dominio del subconsciente, como de plasmar en la conciencia de nuestras sociedades lo que consciente e inconscientemente pueden transmitirnos los entrevistados.

Por otro lado, tal y como hemos venido señalando, una de las notas características del método cualitativo reside en el énfasis que pone en el discurso como objeto e instrumento de análisis, sin embargo, no todas las técnicas de investigación cualitativa (o estructural en la terminología de Ibáñez) inciden en él del mismo modo. De hecho, quizá la diferencia de mayor relevancia entre la observación participante y la entrevista en profundidad sea, precisamente, que si bien en la primera el investigador adquiere una experiencia directa del mundo social en su contacto con “campos naturales”, en la entrevista semiestructurada el entrevistador encuentra su único sustento en los relatos del otro.

No obstante, la entrevista en profundidad no debe ser vista como una realidad monolítica, dentro de ella podemos distinguir tres tipos diferentes de entrevista en

---

<sup>121</sup> Op. cit. p. 101.

profundidad, a saber: las historias de vida o autobiografías sociológicas; las entrevistas dirigidas al aprendizaje acerca de acontecimientos que no pueden ser observados por el investigador; y aquéllas destinadas a proporcionar una amplia gama de escenarios, circunstancias, y sujetos. De los tres tipos, los dos primeros son los que interesan principalmente a nuestra investigación en tanto que responden de una forma más adecuada a nuestros objetivos, aunque el tercer tipo tampoco es desdeñable desde nuestros planteamientos. Mediante el primero de ellos el investigador trata de sacar a la luz la historia de vida del entrevistado, en el segundo es el entrevistado quien se convierte en el observador del campo, esto es, en los oídos y los ojos mismos del investigador (y esto no significa que el informante únicamente revele sus propios puntos de vista, sino que su rol consistirá en la descripción de lo acontecido y en el modo en que otras personas lo vivieron). El último tipo responde a una cuestión de rentabilidad, ya que su principal objetivo es utilizar un gran número de personas en un lapso temporal breve.

En principio, los tres tipos de entrevista son pertinentes a nuestros fines, sobre todo si tenemos en cuenta que gran parte de los entrevistados son inmigrantes, y de ellos no sólo nos interesa conocer su visión particular acerca de su situación en España, sino también las narraciones de su pasado, y los hechos acontecidos en escenarios a los que nosotros no podemos llegar. Por lo demás, cuanto más información se obtenga y en menor tiempo, mejor. Empero, la línea que delimita estos tres tipos de entrevista es, inevitablemente, difusa, puesto que también las descripciones de escenarios y acontecimientos inobservables para el investigador forman parte de las historias de vida. En cualquier caso, existe una analogía entre los tres tipos de entrevista, puesto que en todos ellos el investigador debe establecer el *rapport*<sup>122</sup> con los entrevistados a través del contacto directo con ellos, y de la narración de sus experiencias y motivaciones, de modo que baste lo dicho para refrendar nuestra adopción de estos tres tipos de entrevista en profundidad.

En segundo lugar, es preciso subrayar el hecho de que ninguna técnica de investigación es igualmente adecuada para todos los objetivos. Así, la observación

---

<sup>122</sup> El *rapport* no es un concepto fácilmente definible, puede entenderse como el punto de convergencia entre entrevistador e informante que produce la confianza necesaria para que el informante se abra al investigador. Por otro lado, tampoco existen reglas precisas para la obtención del *rapport*, si bien pueden ofrecerse algunas orientaciones como reverenciar las rutinas del informante, establecer lo que de común se tiene con el otro, ayudarle o hacerle favores, ser humilde y, ante todo, interesarse en lo que esa persona tiene que decir.

participante proporciona información al detalle directamente obtenida de la escena de los acontecimientos, sin embargo, se ve impotente en el estudio de los sucesos pasados, sin olvidar que su puesta en práctica exige un enorme gasto temporal. Por su parte, la entrevista en profundidad es recomendable cuando los intereses y escenarios de la investigación se tengan claros, cuando la pretensión del investigador sea esclarecer la experiencia humana subjetiva, cuando existen limitaciones de tiempo, y/o cuando las personas o escenarios a los que debe dirigirse la investigación son inaccesibles a cualquier otra técnica que no sea la entrevista (las tres primeras condiciones se dan en nuestro trabajo). No obstante, esta técnica presenta también sus desventajas: en primer lugar, los datos con los que cuenta son exclusivamente verbales. Si bien éstos pueden reflejar fielmente las motivaciones profundas del informante, también puede darse el caso de que exista una falsificación como consecuencia de la falla difícilmente salvable entre el hacer y el decir. En este sentido, pueden darse en la conversación distorsiones, exageraciones, y engaños típicos, en un proceso en el que la revelación y el ocultamiento suelen ir de la mano. Bajo estos supuestos, es de vital importancia que el entrevistador no acepte acríticamente los datos discursivos proporcionados por el informante. En segundo lugar, otra de las desventajas de la entrevista es que, a diferencia de la observación participante, la entrevista en profundidad no proporciona (o no tiene por qué) un acceso al escenario cotidiano de los entrevistados, es decir, al contexto en el que se fragua una comprensión experiencial de los acontecimientos. Por otra parte, puede darse el caso, como de hecho sucede en nuestra investigación, de que el lenguaje (materia prima de la entrevista) constituya uno de los obstáculos principales a la hora de efectuar las entrevistas, lo que puede debilitar la fiabilidad de la información. No obstante, y más allá de las citadas ventajas e inconvenientes de estas dos técnicas, lo importante en una entrevista en profundidad, además, claro está, de reseñar, analizar y asimilar el contenido explícito de sus discursos, es lograr comprender el modo en que los informantes se ven a sí mismos y al mundo circundante, esto es, ser capaces de desvelar el contenido latente implícito al discurso emitido. En palabras de Alfonso Ortí, *“lo que aspiramos “a conocer” y podemos estudiar en el discurso del entrevistado no son –en este género de investigación- sus problemas personales, sino la forma social –cultural y de*

*clase- de la estructura de su personalidad y los condicionamientos ideológicos de su proceso motivacional típico”<sup>123</sup>.*

Por otro lado, es preciso advertir que no es posible determinar a priori cuál sea el número y el tipo de informantes seleccionados. Generalmente, la forma más sencilla de constituir un grupo de informantes es la técnica denominada “bola de nieve”, mediante la cual unos informantes nos conducen a otros hasta constituir un grupo lo suficientemente nutrido para los intereses de la investigación. También puede llevarse a cabo la selección recurriendo al muestreo teórico (donde lo importante no es el número de informantes, sino el potencial de cada caso particular con vistas a la comprensión del objeto por parte del entrevistador), a familiares, amigos, organizaciones, al compromiso activo de la comunidad que se desea estudiar, a la publicidad... Además, lo normal en estos casos es desconocer el número de entrevistas en profundidad pertinentes para la investigación, si bien las recomendaciones suelen rondar las 25 entrevistas (de 50 a 100 horas). Es por ello preferible comenzar con un número pequeño de entrevistas para pasar a discutir el plan de trabajo de forma definitiva, en el cual deberán considerarse: el conocimiento de los informantes sobre las intenciones del investigador; su anonimato (sólo en algunos casos se accede a hacer pública la identidad); el acceso a la lectura y comentario de la investigación en caso de ser publicada (suele rechazarse la opción de veto por parte del informante); el dinero (es preferible no pagar al informante con el fin de que el *rapport* no quede totalmente destruido); la logística (lugares de encuentro, temporalización etc.)

Junto con estas consideraciones, resulta imprescindible recalcar la importancia del modo en que el investigador debe conducir las entrevistas iniciales, siempre con el objetivo de hacer que la gente hable sobre sus perspectivas y experiencias sin que por ello la conversación haya sido estructurada o definida. A este fin se brindan las preguntas descriptivas (descripción de sucesos, lugares, experiencias... de forma que el investigador pueda ir identificando aquello que resulta importante para el informante); los relatos (redacciones autobiográficas), el cuaderno de bitácora (en el que el informante anota cronológicamente sus actividades); y los documentos personales (epístolas, diarios, dibujos, agendas, etc.).

<sup>123</sup> M. García Ferrando, J. Ibáñez, y F. Alvira: “*El análisis de la realidad social*”, p. 273, Ed. Alianza, Madrid, 2000.

Una vez realizadas las entrevistas iniciales, y constituida la muestra total a la que dirigir las entrevistas, el investigador deberá ayudarse de una “guía de entrevista”, en la cual se encuentran anotadas las áreas generales que deben quedar cubiertas, por lo que no se trata de un protocolo estructurado. En nuestro caso, su utilidad se ve incrementada al tratarse de un grupo de investigación, ya que su uso asegura la indagación de la totalidad temática por parte de todos los investigadores.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es el clima de la entrevista. Su importancia es vital para el buen desarrollo de la misma. En este sentido, algunas recomendaciones que suelen hacerse son: no abrir juicios (sobre todo negativos), permitir que la gente hable, prestar atención (debe hacerse de forma sincera con el fin de crear *rapport*), ser sensible (esto es, ser consciente de la incidencia que tienen las palabras y ademanes del entrevistador en el informante, y conducir la entrevista de forma hábil, alejándose de las heridas abiertas, sabiendo cuándo indagar algo...). Por otro lado, en toda entrevista en profundidad es necesario realizar sondeos acerca de la información proveniente del discurso del otro. No hay que evitar las conversaciones que versen acerca de lo cotidiano, ni de los detalles aparentemente espúreos puesto que el entrevistador no puede estar seguro de los significados que el informante atribuye a tales asuntos, ni tampoco debe suponerlos. Por el contrario, el entrevistador deberá pedir clarificaciones, explicitaciones, confirmaciones a algo que se dijo previamente, ejemplos, recuerdos que hagan estimular la memoria y sirvan de contrastación a alguna de las afirmaciones realizadas etc. De este modo, paulatinamente, el investigador va cercando el objeto de sus preguntas a medida que el entrevistado va proporcionando información, haciendo más agresiva la estrategia, de forma que las últimas etapas de la entrevista en profundidad presentan preguntas más incisivas que en la primera fase de sondeo. En efecto, este procedimiento es el que Douglas denominó “táctica de aserción en etapas”, asentir como si uno ya supiera lo que el otro quiere decir con el fin de obtener más información. Esta táctica incluye también eventuales controles cruzados con la pretensión de evitar aquellas contradicciones, exageraciones, omisiones, y falsificaciones de todo tipo de las que se habló anteriormente. Por último, nunca excede a los objetivos de la entrevista contar con dispositivos de grabación, siempre de forma que el informante no se sienta incómodo, por lo que la mejor opción es reducir al mínimo la presencia (que no el



uso) de la grabadora. Es conveniente usar cintas de larga duración para no interrumpir la entrevista, y desechar el uso de micrófonos intrusivos.

Como apunte último cabría señalar, en orden a crear rapport, algunos consejos. Debido a que la relación entre el entrevistador y el informante es, en gran medida, unilateral, es imprescindible para el investigador trabajar en pos de la motivación del informante. Para ello no es conveniente adoptar una aptitud aséptica, sino intentar mantener una relación interpersonal desde la discreción y la prudencia. En realidad, se trata de encontrar hábilmente ese punto intermedio que mantenga la conversación dentro de los parámetros más fructíferos posibles. Por esta razón, hay que evitar a toda costa tratar al informante como mera fuente de datos, llegando a estar dispuestos a mantener una cierta vinculación con el entrevistado. Hablar sobre uno mismo fuera de la entrevista, almorzar, comer o cenar, ocasionalmente antes o después de la entrevista, hacer pausas cuando exista una tensión palpable y, en general, ser sensible a los sentimientos y puntos débiles del informante, son algunas de las tácticas a seguir con el fin de que el rapport no decline.

### **7.2.2. Los grupos de discusión.**

Por otro lado, encontramos la técnica en boga del momento: el grupo de discusión (*focus groups*)<sup>124</sup>. Este método de investigación debe ser realizado con sumo cuidado si no se desea echar por tierra el trabajo de campo. Huelga decir que cualquier temática puede desencadenar un proceso de discusión desastroso para los intereses del observador, por lo que, en primer lugar, es preciso anticipar los posibles problemas que puedan surgir en el transcurso de la entrevista. Asimismo, debe existir un consenso dentro del equipo investigador sobre los objetivos que pretenden obtenerse, y también respecto al diseño a adoptar. Éste debe responder a las interrogantes acerca del lugar, el día, y la hora en la que tendrá lugar la sesión, y establecer las líneas de selección de los participantes. Si deseamos que el diálogo discorra por buenos derroteros, es preciso perseguir un equilibrio entre los participantes situado en un punto intermedio entre extremos de heterogeneidad y homogeneidad. Si la composición del grupo es excesivamente heterogénea, teniendo

---

<sup>124</sup> Para un conocimiento profundo de esta técnica cualitativa de investigación es preciso remitirse a David L. Morgan “*Focus groups as qualitative research*” University Paper Series on Qualitative Research Methods, Vol. I. Sage, London, 1991.

en cuenta que el sello de la heterogeneidad lo constituyen las relaciones sociales de exclusión, la discusión puede terminar en conflicto o simplemente ser infructuosa. Por el contrario, un grupo excesivamente homogéneo apenas aportará datos de interés, por lo que es preciso mantener unos mínimos de homogeneidad que establecen parámetros simétricos de discurso, junto con unos mínimos de heterogeneidad que ayuden a la confrontación de puntos de vista diferentes.

Por otra parte, es de una importancia capital subrayar que el grupo de discusión no es ni debe ser tal *ante factum* y *post factum*, en efecto, los integrantes del mismo no deben presentar relaciones previamente constituidas entre sí ni tampoco, obviamente, con el preceptor (por lo que es preciso llevar a cabo un proceso de selección previo). El número de miembros que componen el grupo suele oscilar, según los autores, entre cinco y siete personas, entre siete y doce, entre cinco y diez, o entre ocho y diez, como aconseja Alfonso Ortí (si bien suele invitarse a algunas personas más a modo de reserva), con una duración entre una y dos horas (Jesús Ibáñez prohíbe que ésta exceda de la hora y media). La selección de miembros suele realizarse de forma aséptica, por alguien diferente a quien lo dirige (en boca de Jesús Ibáñez “un profesional”), y en función de los tipos sociales (sexo, edad, clase social,...) que deseamos examinar en relación con atributos, representando cada uno de aquéllos una variante. Los atributos que se desean poner en juego y el número de los mismos es algo que debe decidir el equipo investigador previamente a la puesta en marcha de los grupos de discusión, y que deben estar siempre conectados con los objetivos a cumplir. En cualquier caso, el principio rector en el filtrado y composición de los miembros del grupo y, por consiguiente, de su homogeneidad y heterogeneidad, debe ser siempre el del máximo rendimiento en lo que a la obtención de datos cualitativos se refiere. No obstante, existen herramientas en ayuda a este propósito como lo es el cuestionario de reclutamiento o filtro de selección de participantes, en el que los aspirantes responden a cuestiones relacionadas con los objetivos de la investigación y con características sociodemográficas.

Del mismo modo que sucede con la entrevista, la discusión debe ser grabada, y los participantes informados de la grabación. Durante el proceso discursivo, es de suma importancia borrar cualquier significatividad del espacio físico. Tal y como ocurre con las entrevistas semiestructuradas, el número total de grupos de discusión no suele estar previamente estipulado, dependiendo de la agrupación de atributos (algunas

veces pueden reunirse varios atributos en un mismo grupo, en otras ocasiones es necesario conformar distintos grupos de discusión con el fin de cubrir tales atributos). No obstante, las sesiones suelen darse por terminadas una vez que éstas dejan de aportar nueva información respecto a los temas que debían ser cubiertos, lo que impide establecer límites temporales estrictos como bien estipula Ibáñez.

Por otro lado, los grupos de discusión comparten también con la entrevista semiestructurada la elaboración de un guión para el moderador, y la grabación de la sesión, de la que todos los participantes deben estar igualmente informados. En la presencia y función del moderador recae la responsabilidad de conducir adecuadamente la sesión. Debe animar a los participantes a exponer sus ideas razonadamente y ser sugestivo, evitando los sesgos y opiniones personales. A diferencia de la entrevista, los grupos de discusión suelen estar precedidos de cuestionarios a los participantes, relacionados, claro está, con la temática que a continuación se abordará en las sesiones de grupo. Al término de una somera autopresentación de los participantes, el moderador advertirá a los miembros antes del comienzo, de la libertad de cada cual para expresar sus puntos de vista, eximiéndoles de la necesidad de convergencia de sus posturas. El moderador habrá de recoger las ideas clave articuladas en la discusión, así como la información implícita entre los participantes (toda la carga informativa del nivel inconsciente expresado gestualmente, y que habla en el silencio), para ulteriormente formular hipótesis o servir de base para la confección de cuestionarios cuantitativos o entrevistas semiestructuradas orientadas al afianzamiento y profundización por parte del investigador de los conocimientos adquiridos.

## Bibliografía

- Diesing, P. (1971). *Patterns of discovery in the social sciences*. Chicago: Aldine-Atherton.
- García Ferrando, M. (1980). *Sobre el método*. Col. "Monografías", nº 22. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García Ferrando, M., Ibáñez, J. Y Alvira, F. (2000). "El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación". Madrid: Alianza.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Morgan, D.L. (1991). *Focus groups as qualitative research*. University Paper Series on Qualitative Research Methods, Vol I. London: SAGE.
- Vallés, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

## 8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### 8.1. Introducción

En el marco de la investigación *Justicia y responsabilidad en la atención sanitaria al inmigrante y a las personas mayores* y con el objetivo de valorar desde una perspectiva bioética los cambios que supone el aumento de la población inmigrante en la prestación de los servicios sanitarios de atención primaria y el papel de estos inmigrantes en el cuidado a las personas mayores en un país como el nuestro en rápido proceso de envejecimiento, diseñamos por un lado:

- una entrevista semiestructurada dirigida a un conjunto de cuidadores inmigrantes residentes en España sin importar su situación legal.
- dado que, en su mayoría, los cuidados que realizan estos cuidadores inmigrantes van dirigidos a las personas mayores dependientes, también entrevistamos a las personas mayores dependientes receptoras de esta ayuda (que tuviesen capacidad cognitiva para responder a la entrevista) y al menos a uno de sus familiares.
- un grupo de discusión con personal sanitario que trabaja en Centros de Atención Primaria de Valencia con el objetivo de obtener información sobre las dificultades que perciben ambos colectivos en relación a la inmigración y la salud.

El diseño metodológico de la investigación, el diseño de los instrumentos de investigación, la realización del grupo de discusión y la supervisión del proceso de investigación en su conjunto estuvo a cargo de Juan Carlos Siurana, Sacramento Pinazo y Victor Suberviola, directores de la investigación y especialistas en las áreas de bioética, psicología social, y atención primaria respectivamente. El contacto con los entrevistados, la realización de las entrevistas y la posterior transcripción estuvo a cargo de los investigadores que completan el grupo de trabajo (Isabel Tamarit, Daniela Gallegos, Rafael Amela, Iulian Radu Girtone y Sandra Ruiz).

## 8.2. Objetivos generales

Los objetivos generales de la investigación han sido:

*Objetivo general 1-Determinar en qué medida las personas inmigrantes comportan problemáticas distintas a las que presentan los usuarios nativos del sistema sanitario.*

-Objetivo específico 1.1. Determinar qué dificultades legales o administrativas aparecen en la relación del personal sociosanitario con los inmigrantes desde el punto de vista del inmigrante y del profesional y cómo perciben tanto las personas inmigrantes como el personal sanitario esta situación.

-Objetivo específico 1.2. Determinar qué dificultades culturales (estilos de vida, percepción del binomio salud/enfermedad, alimentación, higiene, cuidados, prevención) encuentra el personal sociosanitario en su relación con los inmigrantes desde el punto de vista del inmigrante y del profesional y cómo perciben tanto las personas inmigrantes como el personal sanitario esta situación.

-Objetivo específico 1.3. Determinar qué dificultades de relación (comunicación, comprensión del lenguaje hablado y escrito, acceso a la información) encuentran tanto el personal sociosanitario como los inmigrantes y cómo perciben tanto las personas inmigrantes como el personal sanitario esta situación.

*Objetivo general 2- Determinar cómo se realizan los cuidados a las personas mayores con dependencia por parte de los cuidadores inmigrantes.*

Objetivo específico 2.1.- Determinar cómo son las situaciones en las que los cuidadores inmigrantes realizan los cuidados a las personas mayores con dependencia (motivación para la tarea, satisfacción con la tarea, trato recibido por los familiares y la persona mayor cuidada).

Objetivo específico 2.2.- Determinar cuáles son las situaciones en las que los cuidadores inmigrantes realizan los cuidados a las personas mayores con dependencia (formación previa, vinculación laboral).

### 8.3. Universo, población y muestra

En la investigación que realizó el IMSERSO en 2005, *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*, los autores del informe dicen (IMSERSO, 2005: 74): “Carecemos de un referente analítico, no conocemos la población de referencia, no existe un estudio anterior que incluya a este colectivo”. Nuestro equipo investigador quiso buscar más referencias para poder ofrecer datos de contraste con los que obtuviésemos en la ciudad de Valencia y tan solo podemos citar la investigación –del mismo año, 2005- publicada también por el IMSERSO bajo el nombre de *Cuidados a la dependencia e inmigración* y realizada en tres lugares de España: Comunidad Valenciana, País Vasco y Madrid. Por tanto, es éste un tema de investigación sobre el que todavía queda mucho por descubrir pero cuyo interés es más que obvio, dado que en él confluyen dos temas de vital importancia para las políticas sociales: el envejecimiento de la población y la inevitable dependencia, y la creciente inmigración que encuentra en el sector cuidados un nicho de mercado interesante y que ofrece muchas posibilidades.

Dado, pues, que carecemos de estudios realizados en profundidad en la ciudad de Valencia, nos permitiremos desde aquí esbozar algunas líneas de actuación tras la pulcra y exhaustiva recogida de datos de una pequeña muestra representativa del problema social que tenemos entre manos.

Atendiendo a los datos que ofrece el Padrón Municipal con respecto al número y origen de los inmigrantes censados en la ciudad de Valencia, de los 99.690 extranjeros, la mayor parte de ellos son de origen latinoamericano (52.524), en segundo lugar (21.874) europeos –aunque merece la pena destacar que obviaremos, para los fines de nuestra investigación, a los jubilados que vienen a disfrutar en Valencia de su tiempo de descanso, ciudadanos del norte de Europa la mayor parte de ellos-, y en tercer lugar (11.890) africanos. De entre ellos, un porcentaje bastante alto son mujeres que realizan trabajos como empleadas del hogar/cuidadoras. Este es nuestro grupo diana.

	València
<b>Total Població</b>	797.654
<b>Total Estrangers</b>	99.690
<b>Total Europa</b>	25.952
<b>Total Unió Europea (27)</b>	21.874
<b>Alemanya</b>	1.344
<b>França</b>	2.035
<b>Itàlia</b>	4.355
<b>Regne Unit</b>	1.266
<b>Bulgària</b>	2.740
<b>Romania</b>	<b>6.515</b>
<b>Resta d'Europa</b>	4.078
<b>Total Àfrica</b>	<b>11.890</b>
<b>El Marroc</b>	2.867
<b>Total Amèrica</b>	<b>52.524</b>
<b>Argentina</b>	3.735
<b>Bolívia</b>	12.560
<b>Colòmbia</b>	9.403
<b>Equador</b>	16.117
<b>Perú</b>	1.050
<b>Total Àsia</b>	8.978
<b>Xina</b>	3.312
<b>Oceania i Apàtrides</b>	346

Fuente: Padrón de habitantes 2007. Municipios del área metropolitana de Valencia. (Consultado a 1 de enero de 2009, en Oficina de Estadística del Ayuntamiento de Valencia, en: <http://www.valencia.es>)

El porcentaje de inmigrantes en la ciudad por país de origen fue una de las razones que nos llevaron a seleccionar para las entrevistas a cuidadores inmigrantes de estas tres zonas geográficas: América Latina, Europa del Este y África. Otra de las razones fue elegir cuidadores inmigrantes que tuviesen (y no) el idioma español como lengua materna; la tercera razón fue buscar cuidadores inmigrantes cuyo color de piel fuese distinto al de las personas mayores a las que iban a cuidar por ver si ésta podía ser una variable a destacar que pudiese presentar diferencias en cuanto al trato, acceso al empleo, etc.



## I. ENTREVISTAS

La nacionalidad de las personas entrevistadas en nuestra muestra fue:

### a. Cuidadores inmigrantes (18)

CUIDADORES			
<i>cuidador/a</i>	<i>edad</i>	<i>nivel de estudios</i>	<i>nacionalidad</i>
Mujer	25	Estudios bachillerato	Rumana
Mujer	38	Estudios bachillerato	Rumana
Mujer	33	Estudios bachillerato	Rumana
Mujer	35	Estudios Universidad	Camerunesa
Varón	36	Estudios Universidad	Camerunés
Mujer	53	Estudios bachillerato	Venezolana
Mujer	53	Estudios primarios	Colombiana
Mujer	26	Estudios primarios	Ecuatoriana
Mujer	33	Estudios primarios	Boliviana
Mujer	35	Estudios primarios	Ucraniana
Mujer	23	Estudios bachillerato	Boliviana
Varón	62	Estudios primarios	Boliviano
Mujer	56	Estudios primarios	Ecuatoriana
Mujer	54	Estudios primarios	Ecuatoriana
Mujer	22	Estudios primarios	Ecuatoriana
Mujer	37	Estudios primarios	Ecuatoriana
Mujer	48	Estudios primarios	Boliviana
Mujer	59	Estudios primarios	Paraguaya

### c. Familiares (9)

FAMILIARES DE LA PERSONA MAYOR NECESITADA DE AYUDA			
<i>entrevistado/a</i>	<i>edad</i>	<i>quién cuida?</i>	<i>tipo de enfermedad/años de cuidado</i>
Mujer	71	Esposa	ELA 5 años
Mujer	60	Hija	'problemas propios de la vejez' 10 meses
Mujer	53	Hija	Operación de caderas 2 años
Mujer	70	Hija	Invalidez total meses
Mujer	62	Hija	Necesidad ayuda AVL 8 años
Mujer	64	Sobrina	Artrosis 5 años
Mujer	76	Mujer e hijos	Demencia senil/prob. cardiovasculares 10 años
Mujer	56	Cuidadores internos e Hijos	Invalidez 8 años
Mujer	37	Cuidadores internos	Demencia senil 4 años

c. Personas mayores cuidadas (7)

PERSONA MAYOR NECESITADA DE AYUDA			
entrevistado/a	edad	quién le cuida?	tipo de enfermedad/años de cuidado
Mujer	73	Hijo Tiene 2 hijos	osteoporosis 1 año
Mujer	80	Marido Tiene 4 hijos	osteoporosis 1 año
Mujer	98	Hija Tiene 2 hijos	Operación de caderas 2 años
Varón	74	Esposa	Invalidez total meses
Varón	83	Esposa Tiene 1 hijo	Demencia senil/prob. cardiovasculares 10 años
Mujer	66	Cuidadores internos No tiene hijos	Invalidez total Toda la vida
Mujer	77	Esposo Tiene 2 hijos	Enfermedad de Parkinson

El número total de entrevistados fue de 34 personas, de las cuales:

- 18 son cuidadoras/es inmigrantes,
- 9 son familiares,
- 7 son personas mayores que requieren de cuidados.

Con respecto a la edad:

- la edad de las personas mayores cuidadas, oscila entre: 66 y 93 años (media 80)
- la de los familiares, oscila entre: 37 y 76 años (media 61.6)
- la de los cuidadores/as, oscila entre 22 y 62 años (media: 40.4)

Con respecto al sexo: 30 son mujeres, y sólo 4 son hombres (2 cuidadores y 2 personas mayores que reciben cuidados). Estos datos coinciden con todas las investigaciones que hablan de los cuidados a personas mayores. La mayor parte de los cuidadores son mujeres (sean cuidadores profesionales o familiares) y la mayor parte de personas mayores necesitadas de cuidados son mujeres también, pues las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, pero también viven más años con discapacidad, dependencia y necesidades de atención sanitaria y cuidados.

Una de las demandas más generalizadas de la población es la de que aquellas personas que se van a dedicar al cuidado profesional, tengan las competencias y habilidades necesarias para el ejercicio de las actividades requeridas. Por esta razón

preguntamos acerca del nivel de estudios alcanzado. De los cuidadores inmigrantes entrevistados:

- 10 personas tienen estudios elementales
- 6 personas tienen estudios de grado medio
- 2 personas tienen estudios universitarios superiores

Es necesario puntualizar aquí que fue muy complejo encontrar personas a las que entrevistar pues, en el caso de los cuidadores inmigrantes, muchos de ellos, al estar trabajando 'sin papeles' tenían miedo a las repercusiones que sus declaraciones pudiesen tener, por más que por parte del equipo se les aseguró el anonimato en el tratamiento de las grabaciones; en el caso de los familiares, muchos de ellos, sabiendo que la situación en la que tienen a los cuidadores trabajando en sus domicilios es ilegal o abusiva en la relación horas de trabajo/condiciones/sueldo, no quisieron responder; en el caso de las personas mayores, en unas ocasiones los familiares no nos permitieron entrevistarlos, y en algunas otras, la propia enfermedad imposibilitaba un diálogo con ellos. Sólo en algún caso de la muestra analizada coinciden las díadas de los entrevistados persona mayor-familiar o familiar-cuidador. Su representatividad es tan pequeña que hemos considerado más adecuado no tener este dato en cuenta para los análisis efectuados.

## 2. GRUPO DE DISCUSIÓN

Para complementar la información sobre la asistencia sanitaria que reciben las personas inmigrantes entrevistadas, realizamos un grupo de discusión con profesionales de Servicios de Atención Primaria (médicos de familia, enfermeras y trabajadora social). El grupo estuvo compuesto por 8 personas, 7 mujeres y 1 hombre, con diferentes años de experiencia laboral –desde 19 hasta 33 años-, con diferentes centros de trabajo (centro de salud, UHD en el Hospital Clínico Universitario), funciones (médico/a, trabajadora social, enfermera) y distinto tipo de relación con los usuarios del servicio (atención a la problemática social de la persona mayor/del inmigrante; atención sanitaria de la persona mayor/del inmigrante; atención domiciliaria a personas mayores con enfermedades terminales o en la fase final de la vida) .

#### **8.4. Instrumentos: guiones de entrevista y guión del grupo de discusión.**

Cabe señalar que los bloques de entrevistas se diseñaron y estructuraron siguiendo las conclusiones del estudio de los artículos dedicados a la legislación y análisis de bibliografía relacionada con el tema de los cuidados a personas mayores y cuidadores, incidiendo en la figura del cuidador inmigrante. La decisión de incluir unas variables u otras en las entrevistas y grupo de discusión fue tomada por el grupo una vez culminado el estudio y la discusión de la bibliografía pertinente, así como un somero análisis del estado de la cuestión. La elección del tipo de entrevista fue fruto del estudio de la bibliografía relativa al apartado relativo a la fundamentación metodológica. De acuerdo a las características de la investigación que nos ocupaba y el tipo de resultados que perseguíamos, consideramos muy adecuada la entrevista semi-estructurada dado que nos iba a aportar datos y resultados de modo cualitativo, con una mayor riqueza en cuanto a opiniones y valoraciones.

El grupo de discusión se organizó siguiendo los mismos parámetros metodológicos, teniendo como fin obtener la mayor información posible a través de la discusión dirigida y el consiguiente contraste de opiniones. Para todas estas cuestiones han resultado cruciales las recomendaciones de los directores del proyecto.

##### *a-Entrevistas individuales.*

Las entrevistas fueron realizadas en los domicilios previo acuerdo de la hora más adecuada para su realización. Con el permiso solicitado, fueron grabadas en audio y transcritas para su correcto análisis. Para alcanzar el objetivo general que guiaba nuestra investigación, era necesario crear diferentes guiones de entrevista en función del colectivo al que éstas iban dirigidas, en donde a cada grupo se le planteaban cuestiones específicas y concretas.

Se diseñaron tres guiones de entrevista:

*-un guión de entrevista para los cuidadores inmigrantes*

ID.....

ENTREVISTADOR: .....

1. Sexo

2. Edad

3. Nacionalidad

4. ¿Tienes hijos? Si es así ¿cuántos?

5. ¿Hablas español?

6. ¿Hablas valenciano?

7. ¿Cuánto tiempo llevas viviendo en España? ¿Te gustaría quedarte a vivir aquí?:

8. ¿Tienes tarjeta sanitaria?

(En caso de respuesta afirmativa) ¿Quién te ha dado información para obtener la tarjeta?

(En caso de respuesta negativa) ¿Sabes cómo obtener la tarjeta?

9. ¿Trabajas? ¿Tienes contrato?

1.- **Condiciones** laborales.

2.- Nivel educativo y **formación** específica para la tarea

3.- **Problemas** a la hora de realizar el trabajo.

4.- **Satisfacción** con el trabajo realizado.

(Hablemos ahora de tu relación con los Centros de Salud y la Asistencia Sanitaria)

5.- **Relación con la Asistencia Sanitaria y –específicamente- con la Atención primaria.**

6.- **Información en materia de prevención y educación para la salud.**

7.- **Grado de conocimiento de sus derechos en materia sanitaria.**

8.- **Problemas éticos a la hora de ejercer el derecho a la salud.**

*-un guión de entrevista dirigido a las familias que contratan inmigrantes cuidadores de personas mayores*

ID.....

ENTREVISTADOR: .....

1. Sexo

2. Relación de parentesco con la persona mayor que recibe los cuidados

3. ¿Cuánto tiempo lleva necesitando ayuda su familiar mayor?

4. ¿Quién paga al cuidador?

1.- **Razones que le llevaron a contratar a un cuidador.**

2.- **Elección del cuidador en casa**

3.- **Ventajas e inconvenientes**

4.- **Condiciones del contrato**

5.- **Satisfacción**

-un guión de entrevista dirigido a personas mayores receptoras de los cuidados

ID.....

ENTREVISTADOR: .....

1. Sexo
2. Edad
3. Tipo de dependencia o enfermedad por la que necesita cuidado continuado. Número de personas que le atienden y relación de parentesco
4. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo cuidados?
5. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
6. Número de personas con las que vive y relación de parentesco
7. ¿Quién paga al cuidador?

PREGUNTAS FORMULADAS PARA LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADOS

- 1.- Satisfacción con el cuidado
- 3.- Relación con el cuidador
- 4.- Elección del tipo de cuidados recibidos
- 5.- Necesidades de cuidado

En todos ellos se preguntaba acerca de las condiciones laborales, grado de formación o conocimientos específicos que poseían relacionados con el trabajo de cuidado a mayores dependientes, problemas con los que se encontraban en su desempeño laboral, y satisfacción que el trabajo les reporta, relación que mantienen con la Asistencia Sanitaria y específicamente con la Atención primaria.

*b-Grupo de discusión.*

La sesión se realizó en el Laboratorio de Análisis de la Interacción Social ubicado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia (Campus dels Tarongers) y duró 90 minutos. Las diferentes intervenciones fueron grabadas en audio y video por técnicos del Taller de Audiovisuales de la Universidad de València y transcritas para su posterior análisis. Una vez transcrita la sesión en su totalidad, se remitió una copia a cada uno de los participantes en el grupo de discusión, para que pudiesen añadir información, rectificar o aclarar algún punto de los tratados en la citada sesión. Las anotaciones se hicieron al margen del escrito y fueron incorporadas para el análisis de resultados final.

El personal socio-sanitario fue debidamente informado sobre todas las circunstancias en que tendría lugar la discusión.<sup>125</sup>

### Guión de los temas planteados a los profesionales sociosanitarios

Fecha.....

Duración.....

Observaciones.....

- 1.- Qué sabéis de las condiciones laborales de los inmigrantes que cuidan a mayores?
- 2.- Y su grado de formación/formación específica para la tarea?
- 3.- Con qué problemas se encuentran a la hora de realizar el trabajo de cuidado?
- 4.- Contarme acerca de la satisfacción con el trabajo realizado.
- 5.- Relación con la Asistencia Sociosanitaria y –específicamente- con la Atención primaria.
- 6.- Qué Información en materia de prevención y educación para la salud tienen los cuidadores inmigrantes?
- 7.- Grado de conocimiento de sus derechos en materia sanitaria.
- 8.- Problemas éticos a la hora de ejercer el derecho a la salud.

## 8.5. Resultados

Expondremos los resultados del trabajo realizado teniendo en cuenta que contamos con: los resultados de las entrevistas realizadas a cuidadores inmigrantes, familiares y personas mayores receptoras de cuidados; y los resultados de los grupos de discusión realizados con el personal sociosanitario de centros de Atención primaria. Presentaremos los resultados dividiéndolos en:

- Valoración que los inmigrantes realizan sobre los servicios de salud recibidos, en donde detallaremos resultados en torno a la relación del inmigrante con la asistencia sanitaria, específicamente con la atención primaria; la información que los cuidadores inmigrantes poseen en materia de prevención y educación para la salud, el grado de conocimiento de sus derechos en materia sanitaria y los problemas éticos a la hora de ejercer el derecho a la salud. (apartados 9.5.1, 9.5.2. y 9.5.3)

<sup>125</sup> Para la valoración de los resultados de esta investigación consideramos importante destacar que el grupo de profesionales de la salud que accedió a colaborar con nosotros está compuesto por personas bastante sensibilizadas en relación al problema de la inmigración y que participan casi todos en diversos grupos dedicados a la reflexión sobre problemas éticos en el ejercicio de la medicina.

- Resultados de los análisis de las entrevistas realizadas sobre el cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes: motivos de contratación de cuidadores inmigrantes; condiciones laborales de los cuidadores inmigrantes; nivel de formación para la tarea, conflictos o problemas en el trabajo de cuidado, grado de satisfacción con el trabajo realizado. (apartados 9.5.4 y 9.5.5)

### **8.5.1. Resultados de los análisis sobre la atención sociosanitaria a inmigrantes**

#### **a. Valoración que las personas inmigrantes realizan sobre los servicios de salud recibidos.**

Se realizó una entrevista semiestructurada a una muestra de 15 personas inmigrantes de distintas nacionalidades sin importar su situación legal. Las entrevistas duraron una media de 30 a 35 minutos en los que los entrevistados han contestado a una serie de preguntas abiertas que hacían los investigadores y en los que han hablado sobre sus experiencias personales en relación al sistema de atención sanitaria en la Comunidad Valenciana.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y a partir de ese material a continuación comentamos algunos extractos de la información proporcionada por los inmigrantes y que hemos clasificado en los siguientes apartados:

1. Relación del inmigrante con la asistencia sanitaria, específicamente con la atención primaria.
2. Información que poseen en materia de prevención y educación para la salud
3. Grado de conocimiento de sus derechos en materia sanitaria
4. Problemas éticos a la hora de ejercer el derecho a la salud



## b. Relación de las personas inmigrantes con la asistencia sanitaria

La relación del inmigrante con la asistencia sanitaria española implica un proceso de adaptación que requiere sobre todo de tiempo y adecuación tanto del inmigrante como del personal sanitario. La valoración que hacen los inmigrantes del servicio sanitario se presta a varias interpretaciones. La gran mayoría de los entrevistados, que han sido usuarios de diferentes servicios, declaran estar muy contentos con la atención sanitaria recibida pues consideran que sus problemas de salud han mejorado desde que entraron en relación con ella. Se trata de personas que, en su mayoría, han acudido por problemas serios de salud. Tenemos por ejemplo el caso de dos inmigrantes con estudios universitarios, provenientes de un país africano, que al llegar a España sabían que algo andaba mal con su salud, así que lo primero que hicieron fue informarse y tratar de obtener atención. Sus comentarios son:

- *“...el servicio de salud aquí es mejor que el de mi país. ¿Te digo por qué? Porque cuando llegué aquí yo tenía problemas por ejemplo de vientre... y fui al médico para que el médico me vea, y poco a poco el médico me estaba viendo y me ha mandado unas pastillas... Entonces ahora me siento un poco mejor. (...) si siguiera viviendo en mi país ¿cómo iba a hacer?... porque ahí todo se paga. Si tú quieres estar bien de salud tienes que pagar. Entonces la gente que no tiene dinero muere.”*
- *“Desde que llegué aquí, estoy muy contento del sistema de salud, estoy muy contento porque cuando llegué aquí yo tenía muchos kilos. Yo sabía que podía tener enfermedad, (...) creo que sin este sistema de salud no creo que podría decir que estaría todavía en vida.”*

Sin embargo, la mayoría de los entrevistados afirmó que no acude nunca o casi nunca al médico, del análisis de las entrevistas se desprenden tres razones fundamentales que podrían explicar este hecho: En primer lugar, porque trabajan muchas horas -entre 10 y 12 aproximadamente- y sus condiciones de trabajo no les permiten ir a la consulta. Por esta razón, sustituyen la visita médica por una visita breve a la farmacia o esperan encontrarse verdaderamente enfermos, en cuyo caso se dirigen directamente a urgencias. Estos son algunos de sus comentarios:

- *“Sólo he tenido que ir una vez. Me llevó Dña. E., porque tenía mucho dolor de barriga y cabeza. Me llevó a Urgencias al Hospital la Fe, estuve más de 4 horas allí, y al final no era nada importante.” (...) “No iría al médico. Iría a una farmacia y le contaría qué me pasa, para que me dé alguna cosa y ya está. Tampoco tengo tiempo para ir al médico de mañanas, y no creo que me ayudara, porque ellos no se levantan para observarte y hacerte un chequeo, se quedan sentados y así adivinan qué te pasa y enseguida te escriben qué te has de tomar.”*
- *“No hay tiempo para esto. La gente va: trabajar-casa, trabajar-casa...”*
- *“No iría al médico, no me gusta mucho. Lo que hago es ir a la farmacia. Al médico voy ya a lo último ...”*

En segundo lugar porque consideran que la atención, aunque buena, es tan lenta que para el momento de la cita con el especialista ya han superado la enfermedad:

- *“...Pero mucho tardan, las citas, yo fui en diciembre y me dieron la cita para finales de febrero (...) por mi columna y la tensión, también de nada se me sube. Me atendieron bien.” “Nada, todo bien. Fui al centro y me dieron de una semana para otra la cita, eso es lo que peor encuentro, pero lo demás bien.”*
- *“...no fui al hospital porque es que aquí tardan mucho para atender a la gente, tienes algo y te mandan para dos meses que ya te has curado.”*

Una tercera razón para no acudir es la falta de información y el sentimiento de que no se tiene derecho a exigir la prestación de un servicio sobre todo si la persona está en situación de ilegalidad:

- *“No fui, pero claro, a veces, uno tiene como vergüenza porque si no está trabajando, en la seguridad social, ¿cómo luego vas a que te curen? Pues un poco de miedo de qué te vayan a decir... y si no tienes papeles... pues es eso.”*
- *“Al principio, como no sabía a donde ir ni tenía tarjeta sanitaria, si me encontraba mal iba a la farmacia. Ahora ya la tengo y sé que puedo ir al médico si lo necesito, sé que puede atenderme. Si fuera algo más grave, acudiría al hospital que es de mi zona.”*

### c. Información en materia de prevención y educación para la salud.

Este último comentario nos lleva al segundo eje de nuestra indagación y tiene que ver con el seguimiento y control que llevan los inmigrantes sobre su salud, la prevención de enfermedades, el uso de métodos anticonceptivos, etcétera, así como los lugares a los que acuden para informarse. De la investigación se desprende que muchos inmigrantes no saben dónde acudir para informarse sobre asuntos de salud. Algunos van a los ambulatorios y otros van directamente a urgencias. En todo caso, por la precariedad de sus condiciones de trabajo la mayoría de los inmigrantes dice no tener tiempo para dedicarse a actividades preventivas o relativas a la salud. Sólo acuden al médico en caso de enfermedad. A la pregunta ¿dónde acudes para informarte sobre tu salud? Muchos dijeron:

- *“No lo tengo claro porque no conozco...”, “No lo sé”, “No me informo sobre nada de eso, no lo sé, al ambulatorio supongo. El control me lo he hecho en mi país, aquí no sé donde”, “Pregunto primero en casa y si ellos me saben decir, pues bien”,*
- *“No sé a dónde he de acudir para que me informen para evitar enfermedades infecciosas, ni tampoco para saber las vacunas, ni que me digan algo sobre otras enfermedades. Si me hiciera falta, creo que iría primero a la farmacia, y luego al médico de cabecera.”*

Otros dijeron:

- *“...En el centro de salud, yo siempre voy allí si tengo que informarme, y me gusta leer mucho sobre eso. En la librería también compro algunas cosas para informarme.”*
- *“Yo a mi ambulatorio, a mi ambulatorio porque aunque tendría yo que...me queda tan lejos...”*
- *“Hay información pero nosotros los extranjeros no sabemos donde acudir, con quién tenemos que hablar... Nosotros no pensamos en otra cosa que en el trabajo, no pensamos en estos derechos, si nos ocurre una cosa sólo vamos a las urgencias...”*
- *“Debe ser fácil pero como yo no tengo tiempo, yo no puedo. Yo quisiera informar porque no tengo tiempo, yo vengo a las ocho, aquí estoy mis doce horas, entonces salgo a las ocho, y entonces pues ya no es hora donde ir...”*

#### d. Grado de conocimiento de sus derechos en materia de salud.

Al principio de su llegada a España los inmigrantes no conocen ni siquiera se sienten sujetos de derecho, en general están bastante desorientados sobre los trámites administrativos que deben realizar para acceder a los servicios de salud. Los entrevistados afirman que la información sobre la posibilidad de obtener la tarjeta sanitaria la han obtenido de tres fuentes:

- a. del “boca a oreja” que funciona entre familiares, amigos, compatriotas, compañeros de piso, etcétera.
- b. de las organizaciones creadas para atender a los inmigrantes: Centros de Acogida, en organizaciones como Caritas, el CEIM, entre otros, donde obtienen una información más ordenada
- c. en el Centro de Salud a través de la trabajadora social, donde se les da la información específica y se tramita la tarjeta sanitaria SIP.

La mayoría de los inmigrantes entrevistados que poseen la tarjeta sanitaria, señalan que el trámite para obtenerla fue sencillo e independiente de su situación legal en el país. Sólo en algunos casos se han quejado de la burocracia. Otro grupo importante no sabe si tiene derechos en materia de salud y percibe en todo caso que tales derechos deben tener menor alcance que los de los autóctonos:

- *“...el problema que veo es al principio de llegar, no tenía tarjeta sanitaria y nadie me informaba. Me lo dijeron unos compañeros cuando me puse enfermo. Fui al ambulatorio y me dijeron que hablara con la trabajadora social, ella me dijo dónde tenía que ir y me ayudó a rellenar los papeles. Cuando los tuve todos, me dijo que tenía que esperar un poco y me mandaron la provisional. Estuve casi un año sin tarjeta.”*
- *“No conozco a lo que tengo derecho, no lo sé (...) pero supongo que son menos que los de los españoles” “Nosotros los inmigrantes, digamos es como si aún teniendo tarjeta, como yo no tengo papeles, la asistencia sanitaria tiene un límite, no es como los que tienen tarjeta de residencia, éstos tienen un poquito más de opción”*
- *“Es que no entiendo bien, no conozco sobre mis derechos y como no he estado enferma de nada, no he ido al médico, no sé.”*
- *“No tengo la tarjeta sanitaria, es un problema porque no puedo ir...”*

### e. Problemas éticos a la hora de ejercer el derecho a la salud.

También quisimos indagar sobre el tipo de problemas con que se encuentran los inmigrantes al hacer uso de los servicios sanitarios pues esta información nos permitirá saber si se trata de problemas distintos a los de los usuarios nacionales.

Los que han acudido a los centros de salud afirman estar contentos con el trato, sólo tres de los 15 entrevistados afirmaron haber tenido que insistir varias veces para que se les atendiera (Cabe señalar a título informativo que dos de esas tres personas eran de piel negra).

A continuación recogemos algunos de sus comentarios:

- *“...las condiciones y los derechos están mucho mejor que en nuestro país. Aquí si eres o no extranjero, no importa, te tratan igual. Yo he ido varias veces a las urgencias y he visto varias situaciones. La verdad es que se comportan muy bien, me ha gustado.”*
- *“Creo que a los inmigrantes nos tratan bien en los centros de salud, yo no he tenido problema, ni sé de ningún compañero que haya tenido alguna dificultad”*
- *“Sí, aquí en el Clínico, sin sacar cita ni nada, yo trabajaba con una médica, entonces ella entre amistades, entre ellos y me operaron. De ahí he tenido el psicólogo, he tenido el psiquiatra, y yo estoy muy contenta con la seguridad social, es muy buena.”*
- *“Hay otros que están bien con todos. Yo por ejemplo con mi médico antes lo quería cambiar, porque primero como te digo cuando fui, cuando le dije que estoy mal, que estoy así, así, me dice que no que usted es bien, porque me dice: ‘Aquí si tu estás enferma si te atienden, porque todo esto cuesta dinero sabes?’ Me sentí un poco frustrada, yo pensaba que como no trabajo, como estoy pidiendo un servicio no pagada, por eso es que me dice y como estoy inmigrante, sabes, es lo que yo pensaba. Porque me hablaba así, así, así, así. Y yo insistía. Yo le insistía así y ella me mandó análisis...”*
- *“Era de madrugada y ella me miró y me dijo: ‘Tú vete a casa’. Era mala, mala. Ni una pastilla. Pero yo estoy sangrando, sangrando, tengo mareos, no sé lo que me puede pasar hasta mañana. Ni una pastilla de dolor, nada, nada. Me dice sólo que: ‘Tú tienes que ir al médico especialista’. Pero estábamos un sábado, con el médico*

*especialista tengo que pedir una cita y ...¿cuándo me va a coger? Si estamos en sábado por la noche. Mándame por lo menos el del dolor porque me siento mal. Yo pedí y ella lo hizo. Finalmente lo hizo.”*

El idioma puede ser un fuerte obstáculo para la atención:

- *“... y me atienden perfectamente bien, es la verdad algunas veces, al inicio tenía problemas de idiomas. Pero cuando llegué aquí me matriculé en el curso de castellano porque lo primero que uno cuando llega a un país el idioma hay que aprender (...) desde el inicio entonces desde el inicio había dificultad para explicarme de lo que yo tenía y muchas veces parecía que no estaba muy contento. Pero con el tiempo con el castellano, cuando uno aprende el castellano, cuando yo llegué aquí al médico, empezamos a hablar: cómo pasar, cómo estar, bien, bien. Y allí, empezamos a hacer así y ahí él empezó a tomar un poco de tiempo para mí. En mi caso me llevo perfectamente bien con mi médico de cabecera y debe ser mi forma de hablar con ella, el respeto que uno tiene hacia ella.”*

Los problemas que perciben en relación al servicio sanitario se refieren casi todos a la falta de tiempo de los médicos para ofrecer una atención más completa:

- *“Porque siempre él no tiene tiempo de recibir: dos, tres minutos y ya se va. Y muchas veces uno no explica lo que siente, lo que quería, lo entiendo porque muchas veces ellos también tienen mucha gente afuera que los está esperando (...) Otro problema porque no te dicen tú tienes que comer esto o no debes comer aquello, no te dicen nada. Si yo le pregunto, por favor puedo hacer esto, puedo comer esto. Pero si tú no le preguntas no te dice nada, te da sólo las pastillas.”*
- *“Me gustaría que el médico te atendiese más tranquilo, sin tanta prisa, más atento, que te mirase bien, preguntase qué te pase, y cómo debe ser una visita al médico.”*

También se quejan de algunos problemas burocráticos como por ejemplo la trasmisión de la información médica (como la historia clínica, por ejemplo) cuando se trasladan de un centro a otro, o del distanciamiento entre las consultas:

- *“Es que no he tenido problemas. Solamente que, aquí a los españoles también les dan cita para tarde, o sea, que en realidad los problemas son los mismos, para unos y para otros (...) Eso de que alargan los días mucho para verte, debería cambiar.”*
- *“... el hospital Clínico está saturado, hay mucha gente, entonces la gente es violenta...”*

Quisimos indagar también sobre si existe algún tipo de discriminación con las personas por el hecho de ser de extranjeros. La gran mayoría de los entrevistados aseguró no haberse sentido discriminado.

- *“En España yo no me he sentido nunca discriminada.”*
- *“... a mí nadie me ha marginado. Yo estoy bastante satisfecha (...) es igual para todos”*
- *“...siempre me han atendido bien, con respeto y yo también y todo eso...”*

Sólo dos de los entrevistados hicieron referencia a algún gesto despectivo, que sin embargo no fue obstáculo para que, después de insistir, se les brindara la asistencia requerida.

### **8.5.2. Resultados de la valoración del personal sanitario sobre la demanda de los servicios de salud por parte de la población inmigrante.**

Conocer y poder contrastar la visión de los inmigrantes sobre la asistencia sociosanitaria con la información que no suministrasen los propios profesionales fue considerado por este equipo de investigación de gran valor. Al hilo de la conversación fueron surgiendo los siguientes temas: la demanda de la atención sanitaria por parte de los inmigrantes, los problemas de este colectivo para acceder al servicio de salud, las dificultades que supone la atención al inmigrante –a diferencia del usuario nacional- y los problemas de funcionamiento de los centros asistenciales que son independientes de la inmigración.

I. En primer lugar, en relación al nivel de demanda que representa la población inmigrante los profesionales sanitarios opinan en general que no es muy elevada. Estos son algunos de sus comentarios:

- *“...Ten en cuenta que la mayoría de los inmigrantes son gente joven y no hay tampoco mucha gente con patologías.”*
- *“Lo que digo es que como ellos suelen ser gente joven que viene aquí para mejorar profesionalmente, tienen menos problemas de salud.”*

2. En cuanto al acceso al servicio sanitario y a la tarjeta en condiciones de regularidad, lo que se desprende de la experiencia del personal sanitario es que no hay claridad ni coordinación en cuanto a la aplicación de los trámites burocráticos, lo que genera muchas diferencias entre un centro de salud y otro.

- *“Más que nada por la experiencia en Médicos del Mundo atendiendo a gente que no accede al sistema. Entonces la experiencia es, (...) yo creo que en los pueblos el acceso es mucho más fácil, pero en las grandes ciudades, hay dificultades de acceso que depende, en parte, de los centros de salud. Hay centros en los que todo lo hacen fácil, y al inmigrante aunque no tenga la tarjeta se le atiende, y hay otros centros en los que todo son problemas, en los que muchas veces, por la saturación, etc., no se les atiende hasta que no tienen la tarjeta.”*
- *“...las trabajadoras sociales hemos comentado hemos trabajado mucho sobre el tema de la inmigración, de alguna manera somos la puerta de entrada al sistema sanitario porque para que ellos puedan –N.T.: se refiere a los médicos-, de alguna forma poder atender de manera regular o normalizada como la queramos denominar previamente hay que hacer unos trámites burocráticos que no son nada fáciles porque no hay unas pautas, ni unas directrices claras, y en todo ese proceso se están creando, muchos agravios comparativos, con las personas.”*
- *“Yo por ejemplo, no tengo ninguna directriz clara, de cuándo vienen a pedir un certificado médico para regularizar su situación de residencia o de lo que sea. Qué tengo que poner, qué tengo que hacer, ¿vosotros habéis recibido alguna instrucción clara de Consellería?”*

De la discusión en torno al tema del acceso a los servicios sanitarios la inquietud que expresaron los sanitarios giraba en torno a la necesidad de implementar unas pautas generales de atención a la inmigración que se sigan de manera regular en todos los centros. Uno de los participantes lo plantea en los siguientes términos:



- *“... Yo creo debemos tener claro que es un derecho que tienen que disfrutar, como cualquier ciudadano y si las personas exigen cosas que pensamos que no tocan (como hacen también los españoles) pues debemos intentar explicar las cosas y que cambien sus expectativas y poco a poco la gente va conociendo el sistema, y sus derechos y también sus obligaciones....”*

En definitiva la apreciación de los sanitarios es que hay mucha burocracia y poca coordinación, además de que consideran que los trámites son muy lentos. Desde su apreciación la tarjeta sanitaria tarda entre seis y ocho meses en llegar a las personas. También llaman la atención sobre el hecho de que hay colectivos como el de los subsaharianos que no pueden hacerse con la tarjeta pues temen dar sus datos personales para no ser repatriados.

3. De la discusión surgieron reflexiones muy interesantes sobre las dificultades que supone brindar atención a la población inmigrante. Algunas de ellas obedecen al carácter extranjero de la población, sin embargo, otras muchas que están fuertemente relacionadas con la calidad de la atención tienen que ver con las pautas de funcionamiento de los centros de atención sanitaria.

La primera dificultad relacionada con la procedencia de los inmigrantes es relativa a la comunicación y específicamente al idioma.

- *“...si, encima, tienes la barrera del idioma ¿qué le dices?: ‘¿qué le pasa?’ Y él: ‘No, mi no comprender, no, no, ¿English?’ Y le dices: ‘Pues no, yo lo leo con dificultad y no lo hablo...’”*
- *“Deberían venir acompañados de gente que pudiera servir de intérprete; muchas veces se les dice porque tienen entre ellos gente que sabe hablar mejor, pero todos están trabajando al máximo y es bien difícil que haya alguien que venga a acompañarlos. Haría falta un intérprete.”*

Pero es que además del problema de que no se hable el mismo idioma, a veces, incluso cuando hablan español el nivel de la comunicación sigue siendo precario pues no garantiza que tanto el inmigrante como el médico puedan comprender mutuamente sus posturas, creencias y perspectivas en relación a la salud y la enfermedad. Con lo

cual la diferencia cultural se convierte también en un posible obstáculo en la relación sanitaria, sobre todo si se parte del supuesto –como lo señaló uno de los médicos participantes- de que el objetivo de la atención primaria es promocionar la salud lo cual implica muchas veces cambiar hábitos alimenticios, actitudes frente a la enfermedad, cuestiones complejas de transformar que requieren sobre todo de una buena comunicación. Estas afirmaciones se desprenden de comentarios como los siguientes:

- *“... sería más útil en algunos casos contar con agentes de salud y/o mediadores culturales que faciliten la comunicación médico-enfermo porque en ocasiones el problema es que no entienden lo que les decimos, o no valoran las medidas que les planteamos como necesarias o somos nosotros quienes no les entendemos...”*
- *“...hay que tener mucha paciencia y mucha empatía, para ponerte en el lugar del otro y no darle unas normas, así, mire aquí tiene el régimen, no,... porque entonces es fracaso total, tienes que primero ponerte un poco en su lugar, y decir, bueno, pues dentro de sus posibilidades y sus costumbres, con estos sencillos cambios puede mejorar. Y es difícil conseguirlo, les cuesta mucho cambiar su...”*
- *La clave de una buena comunicación, imprescindible para una buena relación clínica, es sintonizar, conectar adecuadamente con el que acude a la consulta. Qué difícil resulta con el que no habla tu lengua, el que tiene su propia cultura ... es muy complejo. (...) el médico que se esfuerza en trabajar bien tiene que averiguar qué expectativas tiene el paciente, qué piensa él de un medicamento que le voy a dar, que piensa él de si no se lo doy, qué le va a curar, qué papel tiene para él, todo esto. Pues bien, esta actuación del médico que busca la excelencia, se ve muy dificultada en los pacientes inmigrantes.*
- *“El objetivo de la primera cita con el médico es que la segunda ya no sea la primera, no pido mucho más. Porque para que la relación médico-paciente dé los frutos esperados tiene que haber una confianza, y ésta es difícil que se dé sin conocimiento previo. Entonces qué pasa con el inmigrante, es que a lo mejor no lo vuelvo a ver, o lo vuelvo a ver y cuando lo vuelvo a ver, es no sé cuándo, y me sale con otro problema, en otras condiciones que tendría que empezar de nuevo.”*

En general, el personal sanitario coincide en que los inmigrantes son pacientes difíciles en el sentido de que se trata de personas que además de la patología concreta

que puedan presentar, están atravesando situaciones de cambio cultural y adaptación a una nueva sociedad con todas las cargas psicológicas que eso pueda implicar. Situaciones para las que el personal sanitario no está necesariamente preparado para encarar. Ahora bien, el problema fundamental es que todas estas situaciones novedosas se presentan en un momento en el que la presión asistencial es muy alta para ser procesada por los médicos disponibles y en que las condiciones de funcionamiento de los centros parecen dificultar en lugar de contribuir a enfrentar la nueva situación. Entre los problemas mencionados por los sanitarios sobresalen los siguientes: en primer lugar, el tiempo de atención a los usuarios que se combina con el flujo de pacientes que hay que atender por día; en segundo lugar, problemas relativos a las normas de funcionamiento del centro y al reparto de las responsabilidades.

En relación al tiempo, los participantes en el grupo de discusión destacaron lo siguiente:

- *“... a veces es imposible, (...) ¿sabes? Si la media de visita por paciente son 6 minutos, en el centro de salud de Nazaret, no llega a 10 minutos, yo no sé en otros centros, pero si son 6 minutos, hay días que lo tienes bien, que hay 2 ó 3 personas que es un catarro y lo ves además nada más entrar y no gastas los 6 minutos, no vas con retraso. Pero como tengas un diabético descompensado, una persona que no sabes cómo enfocar lo que te cuenta, una persona que le tienes que dar un diagnóstico grave y se te pone a llorar y no le vas a decir, rápido... ¿sabes? Te tienes que...”*
- *“ Soy una persona que lleva mucho tiempo con el tema de la inmigración, a mí me supone, la persona inmigrante, sí el tema de que necesito más tiempo para atenderla, al menos en la primera ocasión, y muchas veces tengo rechazo, y ya te digo que llevo mucho tiempo...”*
- *“Sí, eso nos pasa un poco a todos, que si ves en la lista un nombre de extranjero, dices: ‘Madre de Dios’, ahora sí que me retraso media hora más de lo que llevo ya de retraso.”*
- *“... de los entre treinta y cincuenta que tenemos diariamente, pues hay días que estás bien y te llega alguien que le tienes que dedicar tiempo y no pasa nada, pero hay otros días pues que estás acelerado, entonces, a lo mejor, generalmente en las primeras visitas, te gustaría investigar porque no sabes bien de qué país viene, que*

*costumbres tiene, qué tipo de problemas pero yo por lo menos no investigo, voy a resolver el problema concreto.”*

- *“Con el inmigrante te sientes peor, digamos, porque si le dedicas seis minutos porque tiene catarro pero no investigas nada más pues te quedas con más dudas: ¿me habrá entendido o no? ¿se lo tomará como toca o no? ¿cumplirá esta pauta o no? Y tenía que haberle preguntado más, bueno esto suponiendo que la comunicación sea fluida...”*

Además del problema de la presión asistencial -con una media de atención que va de 30 a 50 visitas diarias-, los profesionales sanitarios señalan que hay bastante descoordinación con el servicio de enfermería, tal situación parece estar generalizada en la mayoría de los centros de salud. En este sentido los médicos señalan:

- *“Tal como está montada la asistencia, nosotros hacemos de filtro para enfermería y no al revés. Así están las cosas y no nos engañemos ¿eh? Así lo quiere el colegio de médicos, así lo asume el colegio de enfermería y a partir de ahí, la sociedad y todos los demás. No es que la enfermera filtre a los pacientes y a mí me lleguen los que tienen problemas que ellos no pueden resolver sino que yo filtro qué pacientes me quedo, cuáles derivo a enfermería y cuáles al especialista.”*
- *“...lo que yo sí desearía es que lo haga mi enfermería, mi enfermería y que yo como su médico haga mi trabajo, pero yo te digo que la enfermería que yo tengo no lo hace.”*

### **8.5.3. Conclusiones**

I. Valoración por parte de las personas inmigrantes sobre la asistencia sanitaria que reciben.

En líneas generales la valoración de los inmigrantes sobre el sistema sanitario es bastante positiva. Se sienten complacidos de que exista un servicio que reconozca el derecho a la salud que tienen las personas y que sea extensivo incluso a las personas que no están en situación de legalidad. Lo que sí se observa por parte de los inmigrantes es mucha desorientación en relación a sus derechos sociales en general; al parecer se perciben a sí mismos como un colectivo que no tiene derechos. También hemos podido comprobar que son pocos los que utilizan el sistema sanitario. La

mayoría son personas sanas en edad de trabajar y que además pasan la mayor parte de su tiempo trabajando en condiciones que en muchos casos no cumplen los mínimos de legalidad. Sus quejas en relación al servicio se refieren sobre todo a la brevedad de la atención -3 a 5 minutos-, a los tiempos de espera para poder acceder a las consultas y a los trámites burocráticos que pueden suponer a veces una gran pérdida de tiempo.

Frente a estos problemas se proponen las siguientes acciones:

- De la investigación se desprende que los inmigrantes constituyen un sector de la población con condiciones de vida distintas a la de la población española. Son personas que trabajan muchísimas horas. En este sentido es urgente sensibilizar a la población receptora, darle información sobre los beneficios que supone la inmigración y no presentarla únicamente como una amenaza. Sentar las bases comunicativas que fomenten el intercambio intercultural.
- Se necesitan campañas y oficinas de información especialmente destinadas a la inmigración en las que se les oriente sobre sus derechos y sus obligaciones en el marco social en el que pretenden insertarse. Éstas oficinas podrían ofertar también cursos de español y valenciano. Hasta ahora se espera que el inmigrante acuda a los lugares en busca de información, pero quizás una política de integración intercultural con objetivos a largo plazo podría implicar que el Estado también se encargue de promover el contacto con la inmigración.
- Fomentar el asociacionismo entre inmigrantes para que entre ellos mismos se ayuden o presten servicios como a sus propios colectivos, sirviendo por ejemplo de intérpretes en los centros de salud.

2. Valoración del personal sanitario sobre la demanda de los servicios de salud por parte de la población inmigrante.

De la discusión llevada a cabo por el personal sanitario se desprende que el paciente inmigrante supone problemas diferentes que los usuarios nacionales en tres aspectos fundamentales: El primero tiene que ver con su situación legal dado que hay poca claridad y falta de coordinación en relación a los trámites - administrativos que permiten regularizar la situación del inmigrante como usuario del centro de salud. Los

médicos muchas veces no tienen información suficiente sobre sus obligaciones legales de cara al inmigrante y a la administración.

La comunicación puede convertirse en un verdadero obstáculo. Se trata de una dimensión amplia que comienza con el idioma pero que abarca otras esferas pues no se trata únicamente de manejar un vocabulario básico o de entender palabras concretas sino de comprender el sentido de las cosas que se dicen. Este es un factor que dificulta enormemente las visitas.

En tercer lugar, las diferencias culturales, los hábitos alimenticios y la concepción de la salud varían de una cultura a otra, y como apuntaba uno de los médicos, precisamente la función de la consulta de atención primaria es orientar a las personas en ese sentido, dar pautas de comportamiento en relación a la salud. Esta función se dificulta tremendamente cuando se encuentran dos culturas distintas en la consulta sin la posibilidad de establecer los lazos de confianza necesarios para realizar ese trabajo de orientación que se espera de la atención primaria.

A estos tres elementos relativos a la inmigración se suman dos problemas que tienen que ver con el funcionamiento del sistema sanitario y que están dificultando enormemente que éste cumpla con su función, además de que coloca a los trabajadores en situaciones de tensión y estrés diario que no sólo dificultan su labor sino que atentan contra su propia salud. Se trata del gravísimo problema de la falta de tiempo al que se suma el aumento del número de visitas por día. Además, hay problemas de organización interna en los centros, de falta de coordinación y organización del trabajo con las unidades de enfermería y un exceso de burocracia. Estos problemas no son causados por la inmigración, pero sí hacen que ésta se convierta en una dificultad añadida.

Frente a estos problemas se proponen las siguientes acciones correctivas:

- Promover la incorporación progresiva en los centros de salud de la figura del mediador intercultural. Su función principal sería la de facilitar y mejorar la comunicación entre el usuario procedente de otra cultura y el personal sanitario.

- Formar a los trabajadores del centro de salud en aspectos relacionados con comunicación intercultural.
- Generar soluciones desde la administración para que el personal sanitario esté en condiciones de hacer su trabajo. Tomar las medidas que sean necesarias para poder ampliar los tiempos de visita por paciente a la consulta. Establecer previsiones que permitan disponer de un poco más de tiempo para las primeras consultas de las personas que vienen de otros países, para facilitar así el proceso de adaptación mutua que se debe producir entre el médico y el paciente y para que éste aprenda los usos y costumbres en relación a la salud y el sistema sanitario.
- Redefinir las funciones de la Enfermería en el Centro de Salud. Según las propuestas de los médicos, lo ideal es establecer un protocolo de primera visita, de manera que previo a la consulta con el médico el inmigrante haya tenido una entrevista previa con el personal de enfermería que tomaría nota de su historia médica y de los datos más relevantes que se deban tomar en cuenta.

#### **8.5.4. Resultados de los análisis sobre el cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes**

El análisis que presentamos a continuación se estructura de acuerdo a los bloques de variables en que se han dividido las entrevistas y el grupo de discusión. Estos bloques se corresponden con los siguientes apartados que detallaremos en el desarrollo del escrito:

- Motivos de contratación de cuidadores inmigrantes.
- Condiciones laborales de los cuidadores inmigrantes.
- Nivel de formación para la tarea.
- Conflictos o problemas en el trabajo de cuidado.
- Grado de satisfacción con el trabajo realizado.
- Posibles soluciones o recomendaciones.

### a. Motivos que llevan a la contratación de cuidadores inmigrantes.

En primer lugar la contratación de cuidadores inmigrantes responde a una realidad innegable de la sociedad española, a saber, el aumento de la población de personas mayores con necesidades especiales de asistencia y cuidado o dependientes. El envejecimiento de la población española no se ha correspondido con el aumento de los servicios de asistencia, pues todavía el número de plazas en centros de día, centros de asistencia o residencias para mayores es escaso. Podemos afirmar que existe más demanda que oferta, y que cada vez son más los que requieren cuidado y ayuda para la realización de actividades básicas de la vida diaria. A esto se suma la incorporación de la mujer al mundo laboral, hecho que dificulta aún más si cabe la reorganización y redistribución de tareas domésticas y de atención a niños, enfermos o mayores.

También es importante destacar que a pesar de los centros y servicios a los que pueden acceder las personas mayores y sus familias, en ocasiones existe un cierto rechazo o reticencia a ingresar al mayor. Todavía perdura la creencia o convicción de que esto supone de alguna forma un modo de abandono. Claramente, los familiares y las personas mayores prefieren permanecer en el domicilio y recibir la asistencia en sus hogares. Los cuidados en casa tienen una mejor valoración, si no en calidad profesional, al menos en acompañamiento y asistencia personalizada. Los comentarios de los familiares sobre este aspecto rezan así:

*“Bueno lo elegimos así porque... ella siempre ha estado muy pendiente de todos. Sabemos que las personas mayores necesitan estar en su entorno, con la familia. Preferimos, aunque era más costoso, tener a una cuidadora. Eso nos permitía seguir con nuestro trabajo. No queríamos llevarla a una residencia, porque ella siempre ha estado con nosotros, nos ha cuidado siempre, y se lo merecía, que la tratáramos igual de bien.”*

*“No había centro de día aquí, y para llevarla a otro pueblo, como Massamagrell, no me venía bien por el horario. A parte no me apetecía llevarla a un centro así, prefería cuidarla yo, venir a mediodía, para ver como estaba, y que la cuidaran de acuerdo a lo que necesitaba y según las indicaciones del médico que la atendía entonces. Como podía hacerlo, pues lo hice así. Necesitaba una cuidadora mientras yo trabajaba.”*



*“Porque..., bueno mi tía vivía con una hermana que falleció hace año y pico, entonces ellas, primero, nunca quisieron salir de su casa, y cuando, o sea, llegó un momento en que ya no era cuestión de ir a un centro de día y luego por la noche tener a alguien, sino que ellas ya lo que necesitaban eran personas internas, que se ocuparan de ellas porque prácticamente a la vez las dos dejaron de andar y se necesitaron dos personas para cuidarlas, no una sola, porque, claro, era llevarlas de la cama a la silla de ruedas, de la silla de ruedas a un sillón al cuarto de estar, y luego camino al contrario, dos veces al día porque a mediodía les echaban la siesta también”.*

*“Pues es que ya probé porque yo estaba recién..., vamos había dado a luz, y empezó ella a necesitar más y estando yo allí en una vivienda de alquiler, y en mi casa tenemos tres habitaciones, yo dormía en el sofá, ella en una de las camas de...en la cama del niño, y ya empezamos a ver que no...”*

En segundo lugar, hemos de señalar que a esta demanda en servicios de asistencia y cuidado se suma o coincide el aumento de personas inmigrantes que llegan a España. Como sabemos a partir del año 2000 el flujo de inmigrantes ha ido aumentando. Estas personas han cubierto en gran parte la demanda de servicios domésticos y de asistencia domiciliaria que en estos momentos existía en España. No hemos de olvidar que la mayor parte de inmigrantes han ido ocupando los puestos laborales que, en principio, los españoles rechazaban o no estaban dispuestos a desempeñar.

A lo largo de las entrevistas hemos detectado que depende de la situación de la persona mayor, de cuáles sean sus necesidades, el grado de enfermedad, los cuidados requeridos pueden variar mucho. Esto redundará en una mayor o menor atención específica o especialización a la hora de prestar la asistencia. Sin embargo, también sucede que en una gran parte de los casos, los servicios que se demandan son los de ayuda domiciliaria, limpieza doméstica y acompañamiento. Estos son algunos comentarios al respecto de familiares que han solicitado los servicios de cuidadores:

*“Al principio andaba. Pero no salía de casa en absoluto, intentábamos sacarla con silla de ruedas. Nunca quería, en esa época la sacamos un par de veces. Al estar siempre en casa, necesitaba una persona. La cabeza la tenía completamente bien, pero físicamente iba*

*perdiendo un poco más. Se cayó varias veces, en casa, gracias a Dios, no le pasó nada grave. Alguna vez tuvimos que llevarla al médico, por romperse la nariz... ese fue el motivo, de continuo necesitaba a alguien. Aunque ella se movía mucho al principio, hacía las comidas...poco a poco se fue quedando imposibilitada y necesitaba que le hicieran todo.”*

*“Antes yo cuidaba de mi marido, él ha estado muy delicado, porque ha estado toda la vida enfermo. Primero empezó por la espalda, le operaron de la columna, está operado de menisco también, luego la hernia, y siempre enfermo, siempre enfermo. Y lo de las piernas le vino porque tuvo un infarto. Después me tuve que operar yo del corazón, y fue la hecatombe, tuvimos que buscar a alguien. Mi hijo, ya en el Clínico, se puso en contacto con mi sobrina y es cuando buscaron a una cuidadora. Antes venían unas chicas a hacerme la faena de casa, pero no era suficiente, porque los dos necesitábamos cuidados. Y yo antes de operarme era la que le cuidaba, tenía que lavarlo, todo, todo, y podía, que ahora no puedo, me las veo mal.”*

En lo que coinciden la mayor parte de los casos es en la demanda excesiva de horas de permanencia del cuidador en el hogar del mayor. Aún cuando la persona no esté contratada como interna, la jornada laboral puede alargarse más de 12 horas diarias. Las personas inmigrantes comentan:

*“Más que nada limpieza. Y exageran mucho, digamos, quieren que uno haga... como si fuera pulpo. Cocinar no, pero planchar, limpiar... todo lo de la casa. Aquí no cuido a una persona mayor, es distinto a la casa en la que estaba antes con la abuelita. Allí limpiaba también, pero era más cuidado de la persona, no te exigían lo de la casa tanto. Porque lo que interesaba era la persona mayor, sabe?”*

*“Yo cuido a M., le tengo que hacer todo, levanto por la mañana, lo lavo, lo cambio... a T. menos, pero también la cuido. Y las tareas de la casa.”*

*“Claro que debería ser más, porque uno es “multiuso” a la vez. Ya no es como en mi país, que dicen, para limpieza es eso, para otra cosa, exclusivamente para eso. En cambio aquí uno es multiuso, haces de todo. Y por poco dinero.”*

*“¿Qué tipo de tareas realiza en casa? Todo lo de la casa”*

En este caso hemos detectado que las circunstancias en que se encuentra la persona inmigrante facilitan su contratación como interna o la prolongación de las jornadas laborales más allá de lo que la ley o el derecho laboral recomiendan. La vulnerabilidad de la persona inmigrante recién llegada es todavía mayor, pues no dispone de vivienda, necesita ahorrar dinero y enviar gran parte de su sueldo a su país de origen, el desconocimiento y extrañamiento que acompañan a su situación como extranjera, favorece la aceptación de este tipo de trabajos. Pues aunque los ingresos sean escasos, el vivir en el domicilio de la persona mayor y el mantener poca vida social hace que los gastos sean bien pocos y esto les permite ahorrar más. Una de las cuidadoras inmigrantes comenta:

*“No escogí. Yo porque más antes he trabajado... 4 meses trabajé interna en Teruel, 2 meses trabajé en Valencia a medio tiempo, y luego me fui por Bétera cuidando unos mellizos: 8 meses. Luego me quedé sin trabajo y luego volví a trabajar aquí en Valencia, en una residencia por Sagunto, un mes cuidando a una persona mayor también.”*

Claro está, las familias de las personas mayores aprovechan estas circunstancias y exigen a estos inmigrantes, que no tienen la libertad para rechazar ciertas demandas, más servicios, más tareas y más dedicación de la que pudieran hacer si se tratara de un español. De hecho, la mayoría de familias reconocen -según indican los resultados de las entrevistas- que se ven obligados a contratar a estas personas porque no existe la posibilidad de encontrar españoles dispuestos a realizar estas tareas por ese mismo sueldo. Los españoles, a diferencia de los inmigrantes, exigen más sueldo, una jornada más corta, un respeto a sus derechos laborales (alta en la seguridad social, días libres, pagas...). Los familiares comentan sobre este tema:

*“Pues porque no tuvimos otra opción. Mi madre también tuvo una cuidadora, española. Pero iba solo por las mañanas, y mi tía se ocupaba de todo lo demás, todo el tiempo. Esta cuidadora encontró trabajo, porque era auxiliar, y tuvimos que buscar,... lo que encontramos. Estas cuidadoras fueron lo que vino, no lo buscamos expresamente, directamente. No tuvimos otra posibilidad.”*

*“Porque no encontraba a una persona de aquí que pudiera estar todo el día, es decir, de 8 a 20h, y que pudieran venir sábado y domingo un par de horas para ayudarme a lavarla, cambiarla. Tanto tiempo una persona de aquí no quería, pero estas otras sí, porque como necesitaban trabajar para... y además como L. estaba sola aquí en España, y R., su marido el sábado también trabajaba, pues no les importó.*

*“Es que, que buscas de aquí, no encuentras. Y como fue un momento así, que la médico me dice: “T., esto ya no se arregla con pastillas, hay que operarte”. Y yo le dije: “Uy, yo operarme no.” Y entonces ella me dijo: “Tú verás, si te ahogas o te mareas, enseguida al Clínico”. Total que ya me decidí a operarme. Y estando yo ingresada, mi hijo y mi sobrina ya la buscaron, así que a la providencia, porque no sabes lo que te va a salir.”*

Consideramos que, en este caso, las familias españolas que no ofrecen a los inmigrantes todas las garantías y reconocimiento de sus derechos como trabajadores, faltan de algún modo a los principios éticos que sí exigen que se respeten para su propia persona y que dicen regir su conducta al margen de su trato con los inmigrantes. Esta exclusión puede considerarse un modo de discriminación hacia las personas inmigrantes, que en muchos casos llegan a ser instrumentalizadas y reducidas a medios. Sin embargo, no siempre existe conciencia sobre este hecho. Las familias no llegan a reconocer los abusos o demandas excesivas o poco razonables que realizan hacia los cuidadores inmigrantes.

#### **b. Condiciones laborales de los cuidadores inmigrantes.**

Por lo general, como ya comentamos anteriormente, las tareas realizadas por las cuidadoras inmigrantes suelen referirse a la administración de fármacos, el aseo e higiene de la persona cuidada, tareas de acompañamiento, junto con otras actividades domésticas como preparar y darles la comida. No obstante, en ocasiones, las tareas encomendadas pueden llegar a exceder las actividades restringidas al cuidado del enfermo, realizando limpieza del hogar, compra de alimentos y productos domésticos, así como lavado y planchado de la ropa.

*“Llevo tres años en España. No tengo contrato. Desde que llegué he trabajado cuidando a personas mayores y a niños. La primera persona a la que cuidé falleció. Me pagaban al mes 800 Euros, trabajaba de Lunes a Viernes, estaba de interna las 24 horas. Salía el Sábado por la tarde y volvía el Domingo a la tarde otra vez. Las condiciones son duras. Creo que no me pagaban bien, tengo gastos como pagar el alquiler o mandar a mi familia. Son muchas horas, y por la noche me levantaba varias veces para atenderla y por el día no paraba. Además de cuidar a la persona mayor, la aseaba, le cambiaba el pañal, la bañaba, y también cocinaba, limpiaba, hacía la compra con el dinero que me daban. Lo controlaban todo”*

*“Y decía la jefa de grupo de nosotros: “Marisela, que tienes... (porque los fines de semana no hay quien meta lavadora, ni secadora), que tienes que meter la lavadora, que tienes que meter secadora”, y un día me la quedé mirando y le dije: “¿yo?, ¿a meter lavadora y secadora? Pues no señora, porque mi contrato está de auxiliar de geriatría, si hubiese puesto el contrato “hacer otros trabajos varios”, pues mira, yo te metía la lavadora, y la secadora, pero a mí no me han hecho el contrato así, así que... mira”. Y si quieren que metamos lavadora, pues que nos paguen, porque ese es un trabajo no de nosotros”.*

En cuanto al contrato de trabajo, encontramos cuidadoras con y sin contrato, cuidadoras agradecidas con la remuneración que reciben por las tareas que desempeñan y lo contrario, e incluso contratos que no reflejan una remuneración acorde con las actividades realizadas y el tiempo que a éstas dedican las cuidadoras. Normalmente son las familias de las personas mayores quienes solicitan y contratan a las cuidadoras inmigrantes, si bien existen también casos en los que éstas son contratadas a través de una empresa intermediaria, incluso por medio de organizaciones tales como Cáritas, S.A.D., o CC.OO. Los comentarios de algunas personas inmigrantes cuidadoras:

*“No, porque no tengo ningún papel hecho, no tengo papeles para hacer contrato.” “Sí, es justa, yo estoy contenta, me pagan bien.”*

*“Trabajo, sin contrato, en una familia, limpiando y haciendo las tareas de la casa. Me gustaría formalizar mi situación cuando me arregle los papeles, porque sé que tengo menos derechos.”*

*“Cuando estaba en esa casa, entré trabajando a medio tiempo, una noche y medio día, luego libraba. Entonces no tenía los papeles. Pero cuando empezó la regularización la Sra. E. y la Sra. P. me ayudaron muchísimo, y me lo arreglaron. El tiempo que estuve me pagaron la seguridad social, me hicieron contrato, de empleada de hogar, y yo me dedicaba a cuidar a T. y limpiaba.”*

*“Yo siempre trabaje con contrato. ...la señora no me paga, me paga la compañía, la empresa, ésa es la que me paga.”*

*“Sí, me hicieron contrato, me hicieron un contrato. La doctora con que trabajaba.”*

Es importante resaltar que no existe un sueldo medio mensual en función del tiempo y el trabajo realizado, sino que éste presenta un área de fluctuación que ronda desde cantidades apenas superiores a los quinientos euros, a sueldos situados ligeramente por encima de los mil. En este sentido y conectando con las conclusiones referentes a las tareas, sí podemos decir que en muchas ocasiones los trabajos realizados por las cuidadoras inmigrantes exceden el ámbito restringido al cuidado de personas mayores, el sueldo no refleja ese “plus” de actividades, de forma que el tiempo y esfuerzo dedicado a realizar actividades no relacionadas directamente con el cuidado no se ve remunerado. Estos son algunos de los comentarios que se vertieron en las entrevistas por parte de las personas inmigrantes cuidadoras:

*“Cobro unos 550€, creo que no es justo, debería darme, pagarme lo que es la seguridad social, al menos. Porque ya le digo que no estoy asegurada, lo que me pagan es eso y ya está.”*

*“Juntando la horas cobro unos 850€, sumando todo.” “Claro que debería ser más, porque uno es “multiuso” a la vez. Ya no es como en mi país, que dicen, para limpieza es eso, para otra cosa, exclusivamente para eso. En cambio aquí uno es multiuso, haces de todo. Y por poco dinero.”*

*“La remuneración que recibes por tu trabajo ¿me la puedes decir? ¿el qué? ¿el sueldo? Sí. Mil ciento cuarenta.”*

Con respecto a la jornada laboral, ésta presenta una gran variabilidad en las distintas entrevistas realizadas. En ellas encontramos cuidadoras internas, cuidadoras de media jornada -cinco horas y media de lunes a viernes-, de jornada completa -cuidadoras que trabajan 12 horas y pasan la noche, internas-, y casos en los que se disfruta de todo el fin de semana libre y otros en los que únicamente se dispone de un día. Esta situación variopinta, en lo que a la duración de la jornada laboral se refiere, está directamente relacionada con las necesidades que presentan los enfermos, esto es, varía en función de su dependencia. Algunos de los comentarios de las personas inmigrantes:

*“Yo antes ya estuve trabajando interna por Teruel, cuidando a un Sr. Lo cuidábamos su mujer y yo, porque yo me fui interna y su mujer pasaba allí conmigo en la casa y ella se encargaba. Pero tenía que cuidarle, porque ella solía salir, a cenar... entonces yo le daba la comida. Era un Sr. Tranquilo. En Ecuador no había trabajado en esto, ni limpiando no cuidando a personas mayores”.*

*“Yo entro por la mañana y hago todo lo de casa, hago la comida, plancho, limpiar, voy a comprar... porque ellos no pueden hacer nada. Si acabo antes, pues me voy, me dejan ir antes si trabajo está hecho.”*

*“¿Entonces está usted aquí interna? Aquí sí, un poco a veces salgo también porque hay una señora que viene a dormir de noche también para no estar sola, otras veces viene la hija también.”*

*“Entro a las siete y media y salgo a las tres porque a las cuatro tengo que irme a la escuela... siempre mis trabajos han sido así, en el otro entraba a las ocho, salía a las dos, a comer, y ahí entraba a las cinco hasta las siete, hacia doble jornada pero ahora no, ahora entro a las siete y media y salgo a las tres. Siempre han sido mis trabajos así, aquí y allí en mi país, siempre. O sea que tengo sábado y domingo... Si tu trabajas..., trabajas toda la semana es como..., es que yo, yo no sé yo, es que bueno yo tengo otra manera de pensar, yo tengo otra manera de pensar, tú tienes que pensar en ti también.”*

En este sentido, un dato a tener en cuenta es la sensible disminución del número de personas que quiere trabajar de internas. Normalmente, al llegar a España se inician en el trabajo como internas, puesto que este modo les permite ahorrar, facilitando así el envío de capital a sus países de origen. Sin embargo, con el paso del tiempo prefieren buscar otro trabajo que les proporcione un nivel superior de libertad y calidad de vida. Esto se debe al hecho de que, por lo general, cuando trabajan de internas suelen hacerlo casi toda la semana, y su situación es la más vulnerable. Por otro lado, si bien es cierto que muchas de las familias de las personas mayores procuran hacer contrato laboral a las cuidadoras inmigrantes, son conscientes de que en un gran número de casos, una vez el contrato queda sellado, las trabajadoras suelen volver a sus países o cambiar su situación casi de inmediato, lo que tampoco favorece el deseo por la regularización laboral. Los comentarios de los profesionales sanitarios:

*“Sí, lo conozco. Siguiendo con lo que decía, generalmente lo que no quieren (personas inmigrantes que se han dedicado o dedican al cuidado) es el régimen de internos. Prefieren otras tareas como limpieza, buscan otras actividades fuera de lo relacionado con el ámbito de los cuidados a personas mayores. Yo les hago ver que tienen casa, comen, cenan..., y ellos están de acuerdo, pero me dicen: “¿y mi libertad?”*

*“Ahora la mayoría no quieren de internas, porque la disponibilidad de ellas ha de ser las 24 horas los 365 días, y eso hay muy poca gente que lo pueda aguantar. Yo voy a una casa en la que la cuidadora está todos los días de la semana y no tiene libre ninguno porque a la señora que la contrata le conviene que sea así. Entonces descansa cuatro horas al día, desde las 12:00 horas del mediodía hasta las 16:00 horas de la tarde.”*

Algunos de los comentarios vertidos por familiares que contrataron a personas inmigrantes:

*“Estaban de jornada completa, aunque una hacía martes jueves y sábado, y la otra lunes, miércoles y viernes, incompletos. El domingo libraban las dos. Le pagábamos como una jornada laboral completa, unos 900€. El contrato era de empleada doméstica. Aunque a la segunda, no le pagábamos la seguridad social, porque no tenía papeles.”*



*“Como empleada de hogar, porque no había otra fórmula, aunque yo hacía constar que era para cuidar a mi madre, asistir a una persona mayor. De hecho en el contrato de R., que fue por escrito ya lo puse. En el de L., fue verbal, aunque también le pagaba la seguridad social, estaba asegurada y tal. A R. sí le hice el papel porque lo necesitaba para la reagrupación familiar y ponía que era para cuidar a una enferma de Alzheimer y todas las tareas relacionadas con su puesto y que estaría aquí mientras viviera mi madre, siempre que ella estuviera de acuerdo, claro. “*

En cualquier caso, los datos suelen coincidir en un punto: los inmigrantes trabajan mucho y cobran poco. La remuneración y las condiciones de trabajo dependen, en última instancia, de la sensibilidad de quien contrata, y esto es algo demasiado voluble como para dejar en sus manos el trabajo y la vida de las personas inmigrantes que deciden cuidar a sus familiares. Así pues, no sólo es necesario despertar la sensibilidad de la población española respecto al cuidado de personas mayores por parte de población inmigrante, sino que es preciso, al mismo tiempo, reforzar estrategias oficiales desde las instituciones a la hora de dignificar y regularizar de un modo justo y solidario las tareas de cuidador.

Por otro lado, si bien es cierto que las empresas de servicios de asistencia ofrecen más garantías a la parte contratante, como por ejemplo todo lo relativo a la Seguridad Social, también suelen resultar más costosas y, por ende, menos demandadas. Por esta razón, quizá una buena solución en orden a mejorar las condiciones laborales pasaría por adoptar algún tipo de desgravación fiscal en la contratación de cuidadores, como recomiendan algunos profesionales sanitarios. Los profesionales sanitarios opinan:

*“Bueno pero es que yo entiendo una cosa, hablando de precio, claro que sí, es cierto, porque hay una diferencia de precio que puede ser de un nacional a tal pues unos quinientos euros, quinientos-seiscientos, y teniendo en cuenta que luego el seguro y tal, pero bueno, yo pienso que si a esas personas, vamos a la persona que contrata se le pudiera desgravar por el hecho de tener a una persona contratada pues no se haría mercadería, porque esto es una mercadería...”*

### c. Nivel de formación para la tarea.

Los profesionales sanitarios señalan que la mayor parte de las veces los cuidadores inmigrantes carecen de conocimientos mínimos de cuidados de salud. En otros casos, aunque sí tengan formación en temas sanitarios o en materia de cuidados, no se les reconoce esta titulación en España, a no ser que realicen con éxito los trámites de homologación. Algunos comentarios fueron:

*“Claro pero que se suplen errores porque a los otros les explicas igual, a los rumanos, por ejemplo, y a la gente del norte les explicas igual y no es lo mismo, ellos son cuidadores (latinoamericanos).”*

*“Yo hice un curso de cuidado al anciano, precisamente, y lo que comenta la gente que va a dar clases es el nivel tan bajo de conocimientos que tienen respecto...y, por ejemplo, la costumbre que tienen de tratar las heridas con remedios naturales...”*

Asimismo, los profesionales sanitarios consideran que se pueden establecer diferencias respecto a la forma de atender a las personas mayores por parte de la población inmigrante. Esto es, en el caso de inmigrantes que provienen de Europa del Este, aunque en muchos casos sí tienen formación académica en el área de salud, son ‘más fríos’ en su trato con las personas a las que atienden. Aunque posean formación en este ámbito, parece que no tienen tanta vocación de cuidadores. Comentarios referentes a personas procedentes de Europa del Este o nórdicas:

*“Sí, más fríos, un poco más agresivo a la hora de hacer las cosas, las mismas cosas como con más agresividad, o sea, no con esos movimientos tan pausados...”*

Por el contrario, en el caso de los inmigrantes de América Latina, aunque su nivel de formación en estas cuestiones no sea tan alto en comparación con los de Europa del Este son -según los profesionales- de carácter ‘más cariñosos, afectivos y pacientes’. Además, ‘cumplen más fielmente los consejos e indicaciones del personal sanitario y ponen en práctica rápidamente dichas instrucciones’, lo que además tiene como consecuencia una mejor atención la mayor parte de veces. Por otra parte, con el

tiempo van aprendiendo, por regla general, en casa de la persona a la que cuidan. Algunos complementan este aprendizaje en el día a día asistiendo a cursos de formación. Comentarios al respecto de parte de los profesionales sanitarios:

*“Yo vendré el lunes, miércoles y viernes y tú el martes y el jueves pues le cambias la vendita, el apósito, le lavas un poco con suero, y te lo hacen genial. Y en seguida lo pillan, el aparato de hacer los controles de la glucemia, se explicas tal, y enseguida, sí, sí, sí.”*

*“En todo caso, quiero decir que hay asociaciones de enfermos, de enfermedades crónicas, y sindicatos, que ya organizan talleres, pues ya hay bastante, pero desde los centros de salud, sí que estaría bien, que de alguna manera, sí que se intentara detectar a las personas mayores que tienen cuidadores y periódicamente, y lo vienes haciendo tú ya que lo estás haciendo, dar instrucciones personalizadas sobre el terreno...”*

Sin embargo, cabe destacar -siguiendo las palabras de los profesionales sanitarios- que el problema también radica en la formación y sensibilidad del familiar del mayor, quien debería dejar más tiempo al cuidador para seguir formándose asistiendo a cursillos. Algunos de los comentarios:

*“No, yo lo único que digo es que, a parte de acciones dirigidas a inmigrantes es fundamental y a partir del trabajo que vosotros hagáis, son campañas de sensibilización hacia los contratadores, a ver, usted, no tiene un esclavo en casa... para que mejoren las condiciones del trabajo...”*

*“Talleres de formación ya hay muchos, de inmigrantes, pero para los que contratan, campañas de sensibilización, movimientos de sensibilización hay poco, e iniciativas como la que ha dicho P., de facilitar que se les pueda contratar por turnos y financiar, subvencionar, desde instituciones públicas, eso...”*

Quienes suelen encargarse de la organización de este tipo de cursos suelen ser instituciones como Cáritas, Ceinmigra o sindicatos.

La opinión de las personas atendidas así como los familiares de estos es que no conceden demasiada importancia a este tipo de formación, ya que lo que les interesa

es que la persona esté bien atendida a nivel humano, destacando sobre todo que reciba cariño y las atenciones necesarias según el caso. Las personas mayores cuidadas coinciden en que tampoco es absolutamente necesario que sean profesionales quienes les cuiden. Valoran más un mejor y más correcto trato. Los familiares comentaron en las entrevistas:

*“Buscaba a una persona que cuidara bien de mi madre, que fuera agradable, que se dedicara a ella. Que le preparara la comida, la triturara, se la diera y tuviera paciencia para dársela, y si podía hacer otra faena de casa: bien, pero ella ya sabía que lo primero era mi madre. El perfil: persona amable, paciente, cariñosa, atenta.”*

*“Sí. Las dos que tuvimos la tenían, pero realmente no las escogimos por eso, fue la opción en aquel momento, y no tuvimos mucho entre lo que elegir. Ahora bien, las dos tenían formación previa. Yo creo, no obstante, que va mucho con el modo de ser de las personas, sin tener los estudios, o la experiencia, si lo llevan dentro, lo hacen bien. De todos modos, el cuidado resulta difícil para cualquiera, si son ancianos agresivos... En la situación de mi tía, no había problema, porque era tranquila, alguna palabra más alta, enfadarse un poco, pero después mucha ternura.”*

*“¿Algún perfil concreto buscaban a la hora de contratar a un cuidador? Eh...bueno, claro, una persona que tuviera fuerza y que tuviera referencias de algún sitio que nos diera confianza, y que pudiera estar en casa, claro, internas.”*

En el caso de los cuidadores inmigrantes, la mayoría no cuentan con ningún tipo de formación académica especializada en cuestiones de salud, pero valoran muy positivamente los cursos de formación recibidos en España y mencionados anteriormente. Aquellos que los han realizado consideran que los cursos les han ayudado mucho y que han adquirido conocimientos que les permiten mejorar su atención a los mayores. En cualquier caso, reconocen abiertamente que aunque carezcan de esta formación, ‘cuentan con la capacidad innata de dar cariño y escuchar’. Como señala una de las cuidadoras:

*“En mi país estudié hasta bachillerato. Cuando llegué de mi país, no sabía nada de cuidar a personas. Acepté estos trabajos porque lo necesitaba. No puedes escoger, no tienes opciones. Cuando vine, empecé sin saber nada. Empecé a hacer cursos para formarme en “Valencia Acoge”, porque creía que era necesario, veía a estas personas sufrir, y quería saber cómo empieza la enfermedad, cómo puedo ayudar, qué necesito saber..., acabé el curso la semana pasada. No nos han formado específicamente, nos han enseñado cosas fáciles, y eso no me ha gustado mucho, porque nos han enseñado mucha teoría, pero no saben cómo es en la práctica, y eso hay que verlo”*

Y en palabras de uno de los cuidadores:

*“Tengo estudios básicos, no pude acabar porque empecé a trabajar desde pequeño para ayudar a mis padres. Sí vine con conocimiento de cuidados sanitarios porque en mi país cuidé de una tía mayor con cáncer, y que afortunadamente se curó. Yo estaba con ella en casa y la cuidaba. Le hacía la comida, la ayudaba a levantarse, la aseaba, la curaba a veces, aunque nunca perdió la fuerza de voluntad. Me ocupaba de ella cuando no la llevaban fuera a otros médicos. Pero aquí me explicaron también cosas, iba practicando cuando cuidaba en casa. Pero de curas, vendajes, alimentación, no sabía mucho, aunque aprendí con la práctica.”*

*“.../... Ahora estoy aprendiendo en un curso que están impartiendo aquí en Valencia, la profesora Pinazo me ha enseñado cosas en el curso. Hay profesores muy buenos que nos enseñan cosas importantes para cuidar a personas mayores”*

*“...como me salió en Ceinmigra este curso, pues mira, no era mucho pero lo fui hacer para, aprender un poquito, ¿no?”*

*“Mira pues, es que yo... solamente estudié enfermería y..., pero yo la quería avanzar, pero en nuestro país éramos hermanas, mi madre no tenía para darnos el estudio a las dos, porque yo quería ser enfermera profesional, pero no lo pude yo hacer. A pesar que yo, yo tengo experiencia en cuidado de personas mayores, mucha experiencia, entonces, pues..., pero no es de más aprender algo más.”*

*“¿Tenía algún conocimiento en el cuidado de personas mayores antes de venir aquí, a España?”*

*“Allá en mi país no, no he trabajado, pero estaba en el Hospital, entonces sabía cómo se tenía que cuidar a un enfermo, ¿no?”*

#### **d. Problemas con el cuidado.**

Esta variable no sólo se refiere a los distintos problemas que surgen en el desarrollo de las actividades de cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes, sino que contiene información referente a los medios a través de los cuales les ha sido posible obtener el trabajo. Las entrevistas muestran a este respecto que el principal medio para conseguir este tipo de trabajos (si bien no es el único) es a través de los conocidos, familiares o amigos de los inmigrantes, si bien las entrevistas también recogen casos en los que el medio de conexión han sido organizaciones como las ya citadas.

En cuanto a las dificultades que los cuidadores inmigrantes han encontrado a la hora de ejercer el trabajo se destacan las siguientes:

*- Problemas relativos al paciente.*

Van desde la carga que supone la realización de los cuidados mismos, en los que tienen que lidiar con los cambios posturales de los pacientes, y el carácter conflictivo de algunos de ellos, hasta problemas afectivos surgidos por la pérdida de la persona a la que cuidaban. En algunos casos se echa en falta, por parte de las personas mayores, la realización de un número mayor de tareas conjuntas pues, en ocasiones, la compañía suele resultar el mejor analgésico para este tipo de pacientes. Sin embargo, es necesario subrayar que el cariño y la compañía son los puntos más fuertes de muchas de las cuidadoras, en especial de las cuidadoras de origen latinoamericano. Por otro lado, algunas de las personas entrevistadas declaran no haber encontrado dificultad alguna en su trayectoria laboral como cuidadoras de personas mayores.

Veamos a continuación algunas de las dificultades a las que hacíamos referencia:

*“Cuando llegué a España, empecé a trabajar en Barcelona. (...)Las personas mayores son más cariñosas. También tenía dificultades porque no sabía cambiar un pañal, curar, o cocinar. Sí, creo que es necesario que nos formen.*

*Empecé a cuidar a personas mayores porque una amiga, aquí en Valencia, me dijo que hacía falta en una casa. (...) Era una persona mayor, profesora jubilada, sin hijos. Me costó mucho cuidarla, porque estaba en la última fase del Alzheimer y se autolesionaba. Cuando empecé a cuidarla estaba en casa con ella, aunque luego fue necesario llevarla al hospital. Yo estuve con ella el tiempo que le quedó de vida, porque los familiares no iban casi a verla, aunque sí me pagaban. Estuve dos meses. Me dio mucha pena, somos seres humanos y es muy triste ver que estaba sola..., eso no se hace... (...)*

*Luego estuve con otra persona tres años. La cuidaba, hacía las tareas de casa..., aunque no estaba tan mal como la otra señora. Estaba al principio de la enfermedad, por lo que podía valerse por sí misma. (...) Con las personas que he cuidado siempre me he llevado bien, me han dado mucho cariño sin pedir nada, y yo también las quería mucho. (...)*”

*“Sí, sí con la señora de... con la señora Mallén, es que ella primeramente la cuidaba su hija, y ella como ser mi amiga era imposible, pensaba que su hija iba a volver, ya entonces, ya su hijo le explicó que su hermana no iba a ir a cuidarla, que si ella no se iba a comportar, si no se comportaba bien que la iban a llevar a una residencia.”*

*“He tenido pacientes de niños con parálisis cerebral, personas mayores con parálisis cerebral, yo les he hecho..., bueno, su familia han contratado profesionales para terapias, para..., de lenguaje físico, pero unas veces me tocó un árabe que ya él no hablaba, y yo me daba cuenta que la persona que estaba haciéndole tampoco no le ayudaba. Para comunicarnos: con las fichas.”*

*- Problemas relativos a familiares.*

En primer lugar, una de las barreras importantes es la de los prejuicios en función de la nacionalidad, la raza, e incluso la cultura de las cuidadoras inmigrantes; barrera que a nuestro modo de ver debería eliminarse cuanto antes de un modo definitivo, pues la experiencia muestra que estos prejuicios iniciales quedan olvidados una vez las cuidadoras comienzan a ejercer su trabajo. En segundo lugar, algunos familiares de las personas cuidadas no creen adecuada la contratación de cuidadoras, lo que puede llegar a enrarecer el clima en el que éstas desarrollan su trabajo. En tercer lugar, las entrevistas registran también problemas de desatención al paciente por parte de sus propios familiares y despreocupación por la cuidadora misma, manifestando

indiferencia respecto al cuidado del enfermo, e incluso un cierto desconocimiento relativo a la enfermedad del mismo.

*“Yo estuve con ella el tiempo que le quedó de vida, porque los familiares no iban casi a verla, aunque sí me pagaban. Estuve dos meses. Me dio mucha pena, somos seres humanos y es muy triste ver que estaba sola..., eso no se hace...”*

*“Bien, quiero decir, al principio hubo un poco de historia, por eso digo lo de los primos, porque hubo, pues cierta desconfianza, porque entonces mis tías tenían bastante dinero en casa y entonces pues como... dijéramos desapareció un dinero. Pero pienso que ese dinero Patricia no lo tocó. O sea, sé que mi tía Melia, en concreto, tiraba muchas cosas porque de hecho incluso cerraba armarios con llave, que o llevabas la llave o no había manera de abrirlos y se quedó un dinero que tenía mi tía Flor y que en un descuido mi tía Melia lo echó por la ventana, o sea, eso para mí jamás, jamás, dudé de eso. Sé que ha habido gente que en ese aspecto hubiera preferido que mis tías hubieran ido a una residencia, pero yo siempre le oí decir, sobre todo a mi tía Flor que ella una residencia que en la vida y entonces hice todo lo posible por que se pudieran quedar en casa”.*

Junto a estas dificultades, el problema que registra una mayor frecuencia es la falta de reconocimiento suficiente del trabajo que realiza la cuidadora. En muchos casos, las exigencias de los contratantes no se corresponden ni con el reconocimiento personal ni con la remuneración, resultando ser éste uno de los puntos más oscuros que conllevan los cuidados a las personas mayores por parte de inmigrantes.

*“.../... Luego estuve con otra persona tres años. La cuidaba, hacía las tareas de casa..., aunque no estaba tan mal como la otra señora. Estaba al principio de la enfermedad, por lo que podía valerse por sí misma. El problema era que cuando se cumplían los tres años, en los que me tenían que dar los papeles por arraigo social, me dijeron que tenía que quedarme también los fines de semana. Me presionaron mucho, porque sabían que no iba aguantar. Me dijeron que no podía demostrar que estaba trabajando ese tiempo. No me han reconocido nada, después de tres años. Me dijeron que no iban a hacerme contrato. La relación con las familias ha sido difícil porque no se preocupaban casi ni del familiar ni de lo*



que hacía yo. Aunque me pagaban, no siempre lo que debían, no me dieron nunca ninguna ayuda. La ayuda hubiera sido que alguien me hubiera hecho los papeles”.

“...me dice la jefa de grupo nuestra, dice: “Mariola que ya mañana no vienes para que cojas las vacaciones”. [Mariola]: “¿Vacaciones?”, le digo, “¿pero y qué? ¿no me van a pagar o qué?”. [la jefa de grupo]: “Claro que no”, [Mariola]: “¿que no me van a pagar?” digo: “Mira que yo he trabajado aquí, a mí me tienen que pagar. Pues mira (le digo), que contigo no voy a discutir, porque yo tengo que ir a hablar con la secretaria que ella es la que me hizo...”. Después en la noche fui, salí de mi curso este que estaba en Ceinmigra, y cogí un autobús y me fui, y hablé con la otra jefa de nuestro grupo. Digo: “Oye, que Carmen me ha dicho que a mí no me van a pagar ni los días que he trabajado”, [la jefa]: “¿Cómo dice?” [Mariola]: “No sé, eso me dijo ella. Pues mira, yo lo siento, me voy a Comisiones Obreras y a mí me pagan todo, vacaciones, finiquito y todo”, y me fui a Comisiones Obreras y me pagaron porque no me querían pagar, no me querían pagar. Y cuando fui, mira, y me dijeron en Comisiones Obreras: “si no te dejan entrar aquí te anoto el número de la policía de allí, tu llamas y con ellos entras”. Digo ¿cómo va a ser posible que tú trabajes y no te paguen? Y me fui, hablé con los abogados de allí, y me dijeron: ‘Toma, entrégales esto’, y es cuando llamaron, después me llamaron a ya a firmar...a darme el cheque. Y yo miré, les dije: ‘Esto está mal, este cheque, yo...este papel, no lo firmo. Yo no he salido en esta fecha, aquí me están...se me están llevando un día, a mí me pagan todo completito, así que cuando ya lo tengas listo, me vuelves a llamar y yo vengo’. Pasaron, pasaron, pasaron, y no me llamaban, y un día me fui. Les dije: ‘A ver, buenas tardes vengo a ver si es que ya está arreglado esto’, me dijeron: ‘Sí’. Pero, míralos, (alza la voz) que ni siquiera me habían llamado, si yo no me acerco no me llamaban. ¡Pero si me estaban llevando un día!, un día de trabajo.”

No obstante, es preciso matizar este último aspecto con el fin de evitar conclusiones perentorias. Lo cierto es que algunas de las cuidadoras entrevistadas destacan igualmente la ayuda que los propios familiares prestan, o han prestado, a la hora de atender a sus familiares, lo que ha hecho de su tarea una actividad grata alejada de dificultades, llegando a establecer vínculos afectivos con la familia de la persona a la que cuidan. Algunas de las entrevistadas inmigrantes comentaron:

*“Uy, con Dña. C. la veo yo como mi mamá, y a T. como mi abuelita, como la abuelita que nunca tuve. A Dña. E. la veo más como mi hermana mayor, me aconseja siempre, se preocupa por nosotros, no es una persona que se despreocupe... Siempre me preguntan cómo te va, qué tal os tratan por la calle, qué tal el trabajo,... toda la gente no es así. Yo aquí tengo mi llave, entro cuando quiero. O sea, los días que a mí me toca. Se preocupan más por nosotros, en cambio, en otros sitios te tratan de empleada a patrón. Sin embargo yo aquí tengo a mis padres, o sea, yo a mis padres los tengo y todo, pero aquí yo he encontrado a otra familia. Como mi familia.”*

*“No, yo me arreglo bien, y la Sra. me ayuda, porque está mejor que él. Entre las dos hacemos.”*

*“O sea, cuando, el domingo que librábamos se quedaba la Sra. C. Y si por ejemplo yo necesitaba irme a arreglar los papeles, pues ya la Sra. E. se quedaba pendiente, y me decía: “Vete tranquila, ya me quedo yo, o se queda C.” Es decir, siempre,... me han prestado ayuda. No son personas, como por ejemplo, si pides un permiso te dicen: “No, tienes que trabajar, para eso te pago”. Aquí eso no. Si yo les decía que tenía algo que hacer, pues había ayuda, comprensión, y como dicen, pues hablando se entiende la gente.”*

*- Problemas relacionados con los conocimientos necesarios para ejercer su trabajo.*

Estos problemas incluyen los relativos a la formación específica como cuidador, aun cuando no se restringen a estos. En muchos casos, las características peculiares de las enfermedades que sufren las personas mayores requieren de un cierto grado de conocimiento por parte del cuidador, no sólo en cuanto a la administración de medicamentos se refiere sino en lo relativo a las propias tareas del cuidado y atención o asistencia a las mismas. No obstante, a estas dificultades se suma el desconocimiento por parte de algunas de las cuidadoras inmigrantes del ejercicio de actividades básicas como son: cambiar un pañal, asistencia en la higiene personal, realizar unas curas, cambios posturales, limpieza doméstica y cocina. Lo cierto es que estas personas no presentan un desconocimiento total de estas tareas sino que más bien ignoran los hábitos y costumbres en que se realizan en nuestro país dichas actividades. Algunos ejemplos:

*“Yo creo que no. No. De todas maneras me ha servido también porque yo así también más o menos he tenido una idea de cómo aquí es la gente, de cómo... porque cada gente tiene como otra manera de pensar, como otras costumbres... de cómo se tienen que hacer las cosas.”*

*“La Sra. de Teruel me enseñó a limpiar... y hacer muchas cosas, y a decir los nombres como los dicen ustedes. Porque aquí por ejemplo ustedes dicen cristales, nosotros decimos ventanas, y al mocho, nosotros le decimos trapeador, a la escoba le decís cepillo... Y así la Sra. me iba diciendo, cómo tenía que hacer, cómo tenía que limpiar, cómo tenía que tratar a una persona mayor, pero yo antes de entrar a trabajar me fui a seguir unos cursos, acá donde las monjas, en la Plaza España, allí nos enseñaron a cómo hay que hacer una cama, cómo hay que limpiar, cómo hay que cocinar,... de todo nos daban clases, de todo un poco. Y allí nos enseñaron también algo del cuidado a personas mayores, porque una persona mayor es muy delicada, más que un niño.”*

*“Yo creo que para mí no es imprescindible, para mí no, porque como yo pongo interés en lo que hago y hago muy bien, mi padre el pobre siempre me dice que, que bueno que no quiere que le den de alta porque yo le hago todos, todos, todos, todos. Y con ella me encariñé y ella también conmigo, y aparte tengo mucha paciencia, y me doy maña para todo, así que para mí no es imprescindible ir a aprender, para mí no, quizá para otra persona sí.”*

*“No me creo, pues, una profesional... no, pero yo con lo que me han enseñado, y con lo que estoy aprendiendo ahora me sirve. El día que yo decida irme a mi país, esto que estoy aprendiendo me sirve, me sirve mucho.”*

*- Problemas vinculados con la comunicación.*

Junto con aquellos casos que anteriormente destacamos de incomunicación entre familiares y cuidador, las diferentes costumbres, idiomas y el distinto ambiente socio-cultural del que provienen las cuidadoras inmigrantes dificultan en buena medida su trabajo, llegando a ser en muchos casos la traba más destacada. El obstáculo lingüístico es menor, claro está, en cuidadoras de origen latinoamericano (pues éste se reduce a expresiones y construcciones gramaticales concretas), sin embargo, aquellas cuidadoras de Europa del Este y África que pueden tener dificultades para hablar el

castellano suelen encontrarse con graves dificultades para ejercer su labor. Una de los familiares comenta:

*“El problema, que te pase como con la primera que tuve, pero por lo demás no. Con el idioma ningún problema, cuando vino, tuvo que venir con una amiga que le traducía. Cuando algo no lo entiende, lo que hago es cogerla y llevármela a mostrarle lo que es. El otro día, por ejemplo, no sabía cómo explicarle qué era una monja, ni monja ni fraile, y como estábamos viendo la tele, en una novela le dije, mira, estas son las monjas, ay! Porque claro hay muchas cosas que no las entiende, porque no se dicen igual. Mi hijo también se compró un diccionario, y de vez en cuando le va diciendo. No hemos tenido mayor problema, ni de ningún tipo.”*

En segundo lugar, se dan también casos en los que tanto los familiares como las personas mayores atendidas son valenciano-parlantes, lo que complica más, si cabe, la situación para el personal inmigrante. En este sentido, se observa una tendencia general por parte de las cuidadoras inmigrantes de habla no hispana al conocimiento y uso preferente de la lengua castellana, dejando a un lado la lengua valenciana, salvo expresiones concretas, como solución a la barrera idiomática.

#### **e. Grado de satisfacción con el trabajo realizado.**

Según la opinión de los profesionales sanitarios, el grado de satisfacción de los cuidadores inmigrantes aumenta de forma proporcional al reconocimiento y valoración positiva de sus tareas. Su experiencia es que los cuidadores inmigrantes esperan en muchas ocasiones el reconocimiento tanto por parte de la familia como de la persona cuidada, pero este reconocimiento no siempre llega.

Estos son los testimonios de algunos de los cuidadores entrevistados:

*“Que lo que nosotros más necesitamos es que nos traten bien, que nos vean como una persona así, ¿no?, cariño y también toda la confianza. Y bueno, si una se siente bien hace bien su trabajo, si no está a gusto las cosas no salen bien, entonces tiene ganas de irse, ¿no?. Y como yo aquí estoy como en mi casa, y ellos como mis padres y yo como si fuera su hija, y por esto yo no tengo motivos para cambiar”.*

*“.../...Sí que me gusta cuidar de personas mayores. Siempre que lo he hecho me ha gustado. Con las familias siempre he estado bien, y si tengo algún problema, lo soluciono. Espero seguir trabajando en esto, aunque si no tengo otra opción volveré a la naranja. Creo que lo bueno de este trabajo es que tengo buena voluntad y mucha paciencia, creo que hace falta muchas veces y otros no tienen tanta. Me ha aportado mucho contacto con otras personas”.*

*“Creo que es muy bonito. (...) Espero seguir trabajando en esto. Me gusta mucho, me aporta muchas cosas buenas y aprendo también. Me dan mucho cariño, y aunque a veces las cosas sean difíciles, eso me ayuda mucho. Con las personas que he cuidado siempre me he llevado bien, me han dado mucho cariño sin pedir nada, y yo también las quería mucho. Estábamos solas y nos ayudábamos. A veces no te importa que no te paguen lo que te deben, porque te compensa mucho lo que te quieren y piensas que ya lo solucionarás de alguna manera. (...) Empecé por necesidad, porque tenía que ayudar a mi familia y comer, pero luego he visto que me gusta, estoy muy satisfecha y pienso seguir así. Sí me gustaría que me hicieran papeles para estar aquí y volvería cuando pudiera con mi familia, porque estoy sola, aunque creo que volvería. Otras veces, lloras sin que te vean, pero le hablas a las personas mayores para que estén bien y la enfermedad no vaya más deprisa. Les hablas mucho, les preguntas qué día es, la hora..., porque sí te cuentan muchas cosas de su pasado, pero no recuerdan cosas como esas.”*

*“Cuando empecé, no tenía muchas expectativas, no sabía si aguantaría, pero luego ha sido bonito. Me he encontrado con personas que me han querido mucho, y he hecho muchas cosas importantes que no hubiera imaginado. He visto que todos hemos de llegar a ancianos, y necesitamos ser cuidados. He acompañado incluso a personas a morir, y es algo..., impresionante. Creo que estoy tranquila porque estuve allí y les di cariño”*

Cabe destacar que si los cuidadores no son bien tratados, si no se les cuida también a ellos, abandonan el cuidado de la persona mayor, deciden cambiar de trabajo, puesto que no se sienten gratificados. Esta situación suele darse con frecuencia, lo que se traduce en sucesivos cambios en los cuidadores, con la molestia y el extrañamiento que esto genera en la persona mayor.

Por otra parte, también esperan que la familia esté dispuesta a atender sus peticiones y necesidades, por ejemplo: de descanso, flexibilidad en el horario en casos puntuales. Si no es así, los cuidadores inmigrantes se sienten mucho menos valorados y su insatisfacción crece.

Igualmente señalan que las personas mayores muchas veces no se sienten del todo satisfechas en cuanto a los cuidados que reciben de inmigrantes, debido a la desconfianza que les genera convivir con un extraño, el miedo a los hurtos, a los malos tratos, abuso de las llamadas de teléfono que terminan en elevadas facturas o comentarios que escuchan de otras personas acerca de situaciones concretas y que alimentan sus prejuicios negativos. No obstante, con el paso del tiempo y en la mayor parte de casos, la experiencia se convierte en positiva y se forman lazos afectivos entre los cuidadores, los mayores y los familiares de estos.

Los profesionales sanitarios opinan:

*“Yo conozco el caso de una persona de raza negra que busca trabajo y no encuentra por ser negra. Y personas que no son racistas (porque aquí nadie es racista), pero luego piensan en qué dirá la gente, que si van con ella (la cuidadora de raza negra), qué dirán... Buscan excusas y al final...”*

*“Sí y además hay un común denominador, y es que las personas mayores tienen manías, con el dinero, que si se lo roban, con la cartera, con las joyas, y si a eso le sumas la desconfianza que se tiene hacia los extranjeros, hacia ciertos países además, que están solos en casa, y oyen que vienen a aprovecharse, pues entonces se genera...”*

*“También es cierto que ha habido experiencias de abusos por parte de las cuidadoras inmigrantes, como hay en otros sitios. Uno de esos abusos por ejemplo es el del teléfono(...)”*

*“Sí (desaparecen finalmente los prejuicios), incluso se traen a la familia, hasta se hace la familia más extensa. Hay un “reciclaje” de las personas mayores cuidadas en la actitud respecto a lo que hacen los jóvenes [inmigrantes], tareas que son más bien obligaciones y que corresponden a los hijos, pero que no se encargan de ello.”*

En el caso de los familiares, el sentimiento general es de satisfacción respecto a los cuidados que recibe el familiar. Consideran que las cuidadoras latinoamericanas son más cariñosas y pacientes, aunque, en ocasiones, no se sienten del todo seguros hasta que no ven cómo se desarrollan los acontecimientos. Asumen con cierta desconfianza que una persona extraña, ajena a la familia, entre en casa para cuidar del familiar mayor o enfermo. Sin embargo, con el tiempo, los vínculos afectivos y emocionales van forjándose y por regla general consideran a la persona cuidadora como parte de la familia, alguien a quien se llama e invita a participar de determinados eventos y que incluso recibe el trato de amiga. Los familiares comentan del siguiente modo:

*“Creo que estas personas, las sudamericanas, me parece que esta gente hace muy bien este tipo de trabajos. La segunda, que ahora está buscando trabajo, a raíz de fallecer mi tía, busca una familia con ancianos, porque ahora limpia en una casa con gente joven, y es un desorden, entran, salen, y ella busca precisamente cuidar ancianos, no le gusta dedicarse a la limpieza y ver que hay gente que entra, sale. Voy a acompañarla a conocer a una familia, para ver si cambia de trabajo. Voy porque me da mucha confianza.”*

*“Yo sí, claro. Y todas mis amistades son sus amistades, donde voy yo y mi familia, ella es una más. Y toda la gente que me pregunta yo le digo: ‘Estoy en la gloria’, y me dicen: ‘Ya has tenido suerte T., al encontrar una chica así.’”*

*“Entonces, hay un conocimiento de la persona que al final se ha traducido, pues más en amistad que en otra cosa.”*

Las personas mayores atendidas suelen estar satisfechas con el trato recibido por parte de los cuidadores inmigrantes, aunque echan en falta en no pocas ocasiones poder hablar con ellos más tiempo, pasear o compartir alguna actividad al margen del simple cuidado. No tienen ningún problema en que quien les cuida sea de otro país, y no albergan especial preferencia porque sea español.

Una persona mayor describe cómo es su relación con su cuidadora:

*“Buena, estoy a gusto con ella. Tengo confianza para decirle cosas.”*

Las cuidadoras inmigrantes, por su parte, reconocen abiertamente estar muy satisfechas con lo que su trabajo les aporta, aunque el problema consiste en que no cobran de acuerdo a las tareas que realizan y el tiempo dedicado. Creen que en este aspecto se abusa de ellas, pues se sienten obligadas a trabajar más y en más tareas de las que en principio se acordaron, sin que esto se vea reflejado en un aumento de su salario.

Sin embargo, exceptuando la cuestión del salario o de las condiciones de trabajo que valoran negativamente, coinciden en que les gusta su trabajo porque pueden mostrar su cariño y ser correspondidas; estar en contacto con otras personas les resulta gratificante. Entienden que su trabajo es importante y les ha sorprendido en no pocas ocasiones su capacidad para cuidar. Lo que les desagrada es enfrentarse a la pérdida del mayor, pues frecuentemente son ellas quienes les acompañan en los momentos del final de la vida, cuando ya existen además vínculos afectivos entre ellos. Reconocen que este acompañamiento debería corresponder también a los familiares.

Las personas inmigrantes opinan directamente sobre su grado de satisfacción:

*“Sí me gusta, me gusta estar con la persona mayor, hablarle, no tengo muchos problemas, soy mañosa para arreglármelas sin pedir ayuda. No me gustan tanto las limpiezas, aunque también lo hago, porque siempre quieren que cuides y limpies la casa, tengas las cosas a punto, comida, plancha. Al principio también tuve un problema por la edad. Soy muy joven y aquí buscan chicas o señoras más mayores, porque piensas que si eres joven no vas a saber hacer y vas ser menos responsable.”*

*“Me gustaba mucho, claro que era importante. Me ocupaba de su higiene personal, o sea, todo, le daba de comer. La tenía bien limpiecita. Hay personas en otras partes, que yo sé, que no las asean, como ustedes dicen, por aquí pasó, pero no, a mí me gustaba como cuidando a un bebé, tenerla bien limpia. A parte limpiaba la casa.”*

*“Sí estoy satisfecha cuando cuidaba a T. Me enseñaron muchas cosas estando aquí y me ayudaron a hacer los papeles. No pensaba que me iba a encariñar tanto, y que me acogerían tan bien. Más de lo que yo me esperaba al principio, por eso sigo en contacto.”*



*“.../...me gusta cuidar personas mayores porque yo siento que...que la persona, aquí principalmente no, es distinto en otros países porque la familia está muy apegada, aquí sí, por los trabajos, porque hay veces que tienen hijos como el caso de Amelia, ya entonces...yo siento que les falta cariño aquí ¿no? a la gente mayor, porque yo me encariño mucho de la gente. (...)Sí, es muy importante y es mucha responsabilidad, yo lo tomo así.”*

*“He aprendido, cómo diría, valorar muchas cosas, porque la vida es muy corta y hay que aprender a vivir, para mí eso es lo más importante, por ejemplo, yo con una persona mayor he aprendido a valorar lo que más tener una madre, y algo más que uno hay que cuidarse y que nadie sabe mañana en qué situación nosotras nos encontraremos, eso”.*

En general, el grado de satisfacción es alto y la mayoría no cambiaría de trabajo porque se siente a gusto, conceden un valor especial a las tareas que realizan, al tiempo que dedican al mayor. Comienzan muchas veces a desempeñar este trabajo porque las condiciones en que llegan al país no les dejan otra opción, pero muchas continúan, aunque consigan estabilizar su situación, por lo que les aporta, más allá de lo material.

### **8.5.5. Conclusiones**

A nuestro modo de ver, muchos son los aspectos que reclaman un cambio de dirección por parte de todos. Destacamos, en este sentido:

- la disminución de los prejuicios raciales y culturales;
- el creciente interés por el conocimiento de aquellas enfermedades que acucian a nuestros mayores y por los modos más adecuados para hacerles frente;
- el paulatino acercamiento a los problemas y necesidades de la población inmigrante que desea trabajar en nuestro país, poniendo un énfasis especial en aquel sector que se encarga del cuidado de nuestros mayores, en tanto se trata de una labor relacionada con la salud;
- la puesta en marcha de programas de formación para cuidadores y de la enseñanza de nuestras lenguas oficiales;
- un mayor esfuerzo por regularizar la situación de aquellos que trabajan para nosotros;
- el justo reconocimiento, no sólo a nivel económico, sino personal y social de la

importante tarea que las inmigrantes llevan a cabo con el cuidado de las personas mayores.

Por otro lado, es también necesario, que los inmigrantes que deseen ejercer este tipo de trabajos lo hagan con unas garantías mayores a las que se ofrecen en la actualidad, lo que pasa inexorablemente por un mayor nivel de formación profesional y lingüística (en aquellos casos que esto último se requiera). En cualquier caso, ambos sectores deben ver sus esfuerzos favorecidos con el aumento de la presencia institucional en estos ámbitos, llenando el vacío de carácter legal, médico y ético, que manifiestan muchos de ellos.

No obstante, es de justicia, también, valorar aquellos aspectos positivos, que no son pocos, derivados del cuidado de personas mayores por parte de población inmigrante. No sólo el papel importante que desempeñan, sino el espíritu de sacrificio que demuestran, y principalmente el cariño que profesan a las personas a las que atienden. Creemos firmemente que estos logros deben mantenerse y potenciarse, para lo cual el reconocimiento por parte de familiares y de la sociedad en general adquiere un papel decisivo.

Frente a estos problemas se proponen las siguientes acciones correctivas:

En las entrevistas realizadas tanto a los cuidadores como a las familias se señalaron posibles soluciones o recomendaciones para resolver conflictos. También el grupo de discusión de profesionales sanitarios centró parte del diálogo en la búsqueda expresa de soluciones a los problemas que más se resaltaron en la conversación, a saber: la barrera idiomática, las diferencias en la alimentación, diferencias culturales relativas a la organización doméstica y la limpieza, falta de formación de los cuidadores, regulación de los inmigrantes y condiciones de contratación de los cuidadores.

Las soluciones o recomendaciones estarían dirigidas a los tres grupos de afectados: cuidadores inmigrantes, familias y personas mayores cuidadas. La mayor parte de estas soluciones están orientadas hacia la mejora de las condiciones laborales de los cuidadores y a la calidad de los servicios de asistencia.

- Los cuidadores inmigrantes señalaron que una forma de regularizar este tipo de trabajo y tareas sería estandarizando los servicios desde alguna institución u organismo. De manera que quedara reconocido el papel que desempeñan las personas

que son contratadas para estar a cargo de un mayor. En definitiva, reclamaban un mayor reconocimiento social, que se valorara positivamente su trabajo y que además esto tuviera un respaldo institucional.

De esta forma, no quedarían en una situación tan vulnerable como la que se encuentran y podrían evitarse en parte los abusos en las jornadas y las exigencias laborales a las que en ocasiones son sometidos. Pensamos que de algún modo esta regulación en servicios y tareas de la que hablan ellos está en la línea de la exigencia y reconocimiento de sus derechos como trabajadores.

- Las familias se centraron, por un lado, en el abandono que existe por parte de las instituciones y servicios sociales hacia las personas mayores. Una posible solución a la falta de formación y a las carencias como cuidadores que estas personas tienen podría consistir en una mejora de los servicios de asistencia sanitaria geriátrica domiciliaria. De manera que no haya de ser la familia y el cuidador, en la mayor parte de casos inexperto, quienes hayan de encargarse de administrar tratamientos que requieren un mayor control por parte de profesionales sanitarios.

- Algunas familias también reconocieron que los inmigrantes deberían poder regularizar su situación en España y de esto deberían tomar cuenta los organismos o instituciones competentes, para que así se redujera su condición de desprotección.

- Los profesionales sanitarios consideraron que la situación de vulnerabilidad de estas personas no sería tal si se regularizara su entrada desde un principio, de manera que nadie tuviera que verse obligado a aceptar trabajos o condiciones laborales poco razonables.

- También señalaron que los contratos laborales para estas personas aumentarían si las familias que requieren sus servicios recibieran algún tipo de incentivo, por ejemplo, desgravaciones fiscales o ayudas complementarias que permitiesen mejorar los sueldos que pagan.

- En cuanto a la formación o los problemas derivados por el idioma o las costumbres en la cocina, se recomendó la asistencia a talleres y cursos, aunque se detectó un cierto escepticismo, ya que estos no siempre son accesibles para los cuidadores que no cuentan ni con el tiempo ni con la información. Por eso, si se les facilitara un listado de los lugares en que se imparten cursos, fechas y características de los mismos, esto favorecería su asistencia y la mejora de sus condiciones en el mundo laboral.

Aunque tal vez fueran más útiles y recomendables -según sostuvo el grupo- unas campañas de sensibilización dirigidas a las familias que contratan. El fin de estas campañas sería que las familias se concienciaran de que la contratación de estas personas ha de realizarse en unas ciertas condiciones que garanticen el respeto de sus derechos dentro de unos límites en cuanto a servicios y remuneración.

- Otra posible solución a la desprotección en cuanto a derechos es la regulación a través de empresas de servicios, ahora bien esto encarece los contratos y no siempre las familias están dispuestas a sufragar este gasto extra, cuando, por otra parte, en el mercado siguen encontrando gente que acepta los trabajos a un precio más bajo.

## **9. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **9.1. Conclusiones sobre la situación de la atención a inmigrantes en Centros de Salud de la ciudad de Valencia.**

#### **9.1.1. Sobre los servicios de salud a los que tienen acceso los inmigrantes.**

##### **1. Situación de la legislación vigente en materia de salud e inmigración**

- la legislación en materia de acceso a la atención sanitaria es igual para los españoles y los inmigrantes. Éstos tienen derecho tanto al servicio público de salud como a los programas de prevención y protección que promueven las instituciones públicas.
- Sin embargo, el acceso de los inmigrantes a la atención primaria está condicionado por la tenencia de la tarjeta sanitaria. Todos tienen derecho a ser atendidos en caso de urgencias, pero la atención permanente en centros de salud depende de la tenencia de esta tarjeta.
- Todas las Comunidades Autónomas tienen derecho a delimitar las condiciones con las que deben cumplir los inmigrantes para acceder a la tarjeta. En todo caso el requisito fundamental para obtenerla, en todos los casos, es el empadronamiento.
- Puede que la obtención del empadronamiento no sea un asunto tan sencillo para los inmigrantes como parece a primera vista, por tres razones preponderantes: Primero, porque el trámite para su obtención no sea sencillo. Segundo, porque muchos extranjeros evitan empadronarse para evitar ser identificados por la policía y tercero, porque los inmigrantes desconocen que tienen este derecho.

##### **2. Relación del inmigrante con la asistencia sanitaria**

- Para que haya confianza y una buena comunicación entre inmigrantes y profesionales sanitarios se necesita un período de tiempo que permita la

adecuación tanto de inmigrantes como de personal sanitario a la nueva situación.

- La percepción que tienen los inmigrantes que hacen uso de la atención sanitaria es muy positiva. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados no acude nunca o casi nunca al médico por las siguientes razones: 1) porque sus horarios de trabajo no les permiten ir a la consulta, 2) por desconocimiento del idioma, 3) por no tener la tarjeta sanitaria, 4) por falta de información y 5) por el sentimiento de que no se tiene derecho a la prestación de un servicio sobre todo si la persona está en situación irregular.

### 3. Información en materia de prevención y educación para la salud

- No saben dónde acudir para informarse sobre asuntos de salud.
- Algunos por su país de origen no tienen una cultura preventiva en materia de salud. Sólo acuden al médico en caso de enfermedad incapacitante.

### 4. Grado de conocimientos de sus derechos en materia de salud

- No conocen ni se sienten sujetos de derecho a la atención sanitaria.
- Están bastante desorientados sobre los trámites administrativos que deben realizar para acceder a los servicios de salud.
- Las fuentes de donde los inmigrantes obtienen información sobre sus derechos sanitarios son en su mayoría: “el boca a boca”, las ONGs y organizaciones creadas para atender inmigrantes y finalmente en los Centros de Salud.

### 5. Problemas éticos a la hora de ejercer el derecho a la salud.

- Los inmigrantes enfrentan algunos problemas distintos a los de los usuarios autóctonos a la hora de acceder a la atención sanitaria.
- Discriminación en el trato causada por la dificultad para la comunicación cuando el inmigrante no habla castellano.
- Los inmigrantes necesitan más tiempo en la consulta de atención primaria dadas sus peculiaridades (diferencias culturales y de percepción

de la salud). Al parecer en muchos de los casos no se dedica el tiempo que necesitan.

### **9.1.2. Valoración que hace el personal sanitario sobre la demanda de los servicios de salud por parte de la población inmigrante.**

1. La demanda que representa la población inmigrante de los servicios de atención primaria, no es muy elevada con respecto al total de la población atendida.
2. EL personal sanitario considera que en relación a la tramitación de la tarjeta sanitaria no hay políticas claras y la interpretación de la normativa difiere en cada centro de salud. Además no existen protocolos de actuación específicos para atender a la población inmigrante.
3. Falta información sobre los trámites burocrático administrativos que permiten regularizar al inmigrante como usuario del centro de salud. Los médicos se sienten confundidos sobre sus obligaciones legales de cada al inmigrante y la administración.
4. Se necesitan pautas generales de atención a la inmigración que se apliquen en todos los centros sanitarios, para facilitar el trabajo y la coordinación de los servicios.
5. Los inmigrantes son considerados pacientes difíciles por razones como las siguientes: desconocimiento del idioma, diferencias en su cultura sanitaria, pueden presentar patologías poco comunes y por todas estas características los médicos requieren más tiempo del que disponen para brindarles la atención adecuada.

## **9.2. Valoración del cuidado a personas mayores realizado por cuidadores inmigrantes.**

### **9.2.1. Motivos de contratación de personas inmigrantes**

I.- Los familiares contratan inmigrantes para el cuidado de sus mayores porque existe la creencia generalizada de que este cuidado siempre va a ser mejor realizado en

casa que en centros de día o residencias. Asociado esto al sentimiento de abandono que genera en la familia la internación del mayor en un centro.

2.- La situación de vulnerabilidad del inmigrante respecto a las familias contratantes favorece un tipo de contrato que no reúne, o queda bajo mínimos, las condiciones que estipulan los derechos del trabajador en nuestro país.

3.- Las familias contratantes no siempre respetan los derechos laborales de los inmigrantes.

### **9.2.2. Condiciones laborales**

4.- Las cuidadoras inmigrantes realizan tareas del ámbito doméstico que exceden el “cuidado al mayor” o enfermo dependiente.

5.- La remuneración por los servicios prestados varía mucho en función de los contratantes y no del tipo de actividades ni de la duración de la jornada laboral.

6.- En general, las personas inmigrantes no conocen ni solicitan información o ayuda en centros o instituciones sindicales.

7.- Se requiere un incremento de la sensibilidad de la población española, así como de un esfuerzo institucional a la hora de reconocer la tarea del cuidado a personas mayores por parte de inmigrantes.

### **9.2.3. Grado de formación**

8.- Las personas inmigrantes carecen de formación específica para el cuidado de mayores.

9.- Se percibe una diferencia en el trato a personas mayores dependiendo del ámbito cultural de las personas inmigrantes, siendo las de origen latinoamericano las más afectivas y eficientes en cuanto al cumplimiento de protocolos u órdenes dictadas por profesionales de la rama.

10.- Tanto familiares como pacientes valoran muy positivamente la calidad del trato humano dispensado por los cuidadores.



#### **9.2.4. Problemas**

11.- El acceso a este tipo de trabajo suele venir mediado por redes de conocidos, amigos, familiares y, en ocasiones, por organizaciones.

12.- El cuidado de personas mayores por parte de inmigrantes reduce los prejuicios que la sociedad tiene respecto a las personas de otras nacionalidades, al permitir conocerlas y valorar la función social que realizan.

13.- No obstante, los inmigrantes no perciben un suficiente reconocimiento por sus actividades laborales.

14.- En ocasiones, existe un desconocimiento de los hábitos referentes a las actividades básicas del ámbito doméstico.

15.- Las diferencias socioculturales e idiomáticas suelen constituir una de las dificultades más alarmantes en cuanto a la comunicación entre familiares, personas mayores e inmigrantes.

16.- El cuidado de personas valencianoparlantes no favorece la comunicación, puesto que las personas inmigrantes recurren a la lengua castellana a la hora entablar relación con familiares y pacientes.

17.- Se percibe la necesidad de que aumente la presencia institucional de estos ámbitos llenando el vacío legal, médico y ético existentes.

#### **9.2.5. Grado de satisfacción**

18.- La desconfianza y los temores de la persona mayor hacia el inmigrante, se traduce, en ocasiones, en un grado de satisfacción bajo tanto para unos como para otros.

19.- En ciertos casos, esta insatisfacción por parte del inmigrante puede dar lugar a un cambio de trabajo o, por el contrario, quedar superado llegando a establecerse vínculos afectivos con el paciente y sus familiares.

20.- En ocasiones, las personas inmigrantes cuidadoras acompañan a la persona mayor hasta el final de la vida, sintiendo que en esos momentos la familia debería ocupar su lugar.

21.- En general, el grado de satisfacción es alto para los inmigrantes cuidadores en lo que se refiere a su trabajo, pero bajo respecto al sueldo que perciben.

### 9.2.6. Recomendaciones finales

22.- Los profesionales sanitarios consideran que debe buscarse solución a los siguientes problemas: la barrera idiomática, las diferencias en la alimentación, diferencias culturales relativas a la organización doméstica y de limpieza, falta de formación de los cuidadores, regulación de las personas inmigrantes, y condiciones de contratación de las cuidadoras.

23.- Las personas inmigrantes consideran que el reconocimiento social pasa por un respaldo institucional.

24.- Las familias solicitan una mayor atención por parte de los servicios sanitarios y consideran la importancia de recibir asistencia sanitaria geriátrica a domicilio.

25.- Tanto los profesionales sanitarios como las familias consideran que la situación de desprotección o vulnerabilidad de las personas inmigrantes no sería tal si, desde un principio, se regularizara su situación.

26.- Los profesionales sanitarios recomendaron que se estableciera algún tipo de incentivo para familias que contratan formalmente a cuidadores inmigrantes.

27.- Se debería facilitar a las personas inmigrantes un listado, ya existente, sobre los lugares en que se imparten, fechas y características de los cursos. Con esto se favorecería su realización y su posterior incorporación al mundo laboral.

28.- Se deberían realizar campañas de sensibilización dirigidas a las familias que contratan con el fin de mejorar la situación laboral y por ende el grado de reconocimiento de las personas inmigrantes.

**ANEXO:**

**PRODUCTOS**

## **A. PROTOCOLO O GUÍA DE ATENCIÓN INICIAL A INMIGRANTES PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

### **Preámbulo:**

Estas recomendaciones se basan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la ONU en 1948 y en los resultados que ha arrojado nuestro trabajo de investigación.

Partimos de dos premisas fundamentales: En primer lugar, que la función social de la sanidad pública y la medicina es promover la construcción de una sociedad sana y vigorosa que cuente con los medios necesarios para la forja de su futuro y en segundo lugar, que el fenómeno de la inmigración adecuadamente tratado, puede convertirse en una fuente permanente de enriquecimiento económico, social y cultural.

### **Principios éticos que rigen la práctica médica**

- La función del médico es promover la salud y la realización de esta meta debe hacerse teniendo en cuenta los principios básicos que rigen la práctica de la medicina y que son según Beauchamp y Childress: el respeto a la autonomía de los usuarios del sistema de salud, la no-maleficencia, la beneficencia y la justicia<sup>126</sup>.

### **Algunos datos sobre la población inmigrante y sus condiciones de vida**

- Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, la población inmigrante representa el 10% de la población española. Una gran mayoría de ellos vinieron a España a trabajar y muchos enfrentan situaciones de precariedad laboral, pobreza y marginación social. La complejidad de su

---

<sup>126</sup> Cf. T. Beauchamp y J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Nueva York, 1994.

situación jurídica, económica y social afecta en muchos casos su estado psicológico y físico.

- Por otro lado, la inmigración representa una fuente de rejuvenecimiento de la población autóctona y una fuerza de trabajo joven que generalmente está empleada en condiciones de precariedad laboral. Esta situación genera beneficios económicos y contribuye a la contención de la inflación.
- Es urgente actuar a favor de su integración social. En este sentido es importante tener en cuenta que los Centros de Salud constituyen uno de los primeros puntos de contacto del inmigrante con la administración pública y también con la cultura de la sociedad de acogida.
- Es importante evitar las generalizaciones en relación a la inmigración. Variables como el tiempo de residencia en el país de acogida, el género y la clase social son determinantes en el comportamiento y expectativas de las personas.
- El inmigrante es un usuario que durante sus primeros años de vida en el país de acogida atraviesa una situación de adaptación y reacomodo a una cultura que es diferente a la suya. El médico debe prever la posibilidad de que el inmigrante le presente discursos sobre la salud y la realidad que le resulten incomprensibles.

### **Información sobre los derechos de acceso a la atención sanitaria por parte de inmigrantes.**

- La Ley orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, señala en su artículo 12 el derecho de asistencia sanitaria de los extranjeros. Allí se señala que: *Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.* Para hacer uso de tal derecho deben tramitar la tarjeta sanitaria.
- Según esta misma Ley, *los extranjeros que se encuentran en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.*

- El extranjero que esté empadronado y desee tramitar su tarjeta, deberá ponerse en contacto con el área de asistencia social del Centro de Salud, donde le darán la información necesaria.
- Contrariamente a la creencia extendida la gran mayoría de tarjetas sanitarias de la población extranjera se conceden a través del alta de la Seguridad Social, la situación de pensionista y la de beneficiario de una persona en alta en la Seguridad Social.
- Además, la frecuencia de uso de los servicios que prestan los Centros de Salud por parte de la población inmigrante, no es muy elevada con respecto a la población atendida.

### **Aclaración de las funciones legales del médico de cara al inmigrante y a la administración**

- La obligación prioritaria del médico es promover la salud y esto implica según el *Hastings Center*: 1. Prevenir la enfermedad y promover la salud, 2. Aliviar el sufrimiento y el dolor que causa la enfermedad, 3. Asistir y curar a los enfermos y cuidar de aquellos que no pueden ser curados, 4. Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz. Esta obligación es anterior a cualquier exigencia legal, pues es la que dota de sentido y legitimidad a su profesión.
- Es importante recomendar a los inmigrantes que formalicen cuanto antes su vínculo con el Centro de Salud. Ésta es una manera de evitar problemas como: la ausencia de historial clínico del paciente y el uso desordenado de los servicios por parte del inmigrante causando pérdida de tiempo y recursos.
- En principio no hay ninguna legislación que obligue a los médicos a informar sobre la situación administrativa de sus pacientes.

## **Cómo afrontar las dificultades en la comunicación y las diferencias en relación a la cultura sanitaria**

- Para los inmigrantes los Centros de Atención Primaria representan el entorno más cercano y garantista al sistema de prestaciones sociales de la Administración. Es importante entablar comunicación con ellos e informarles sobre sus derechos y obligaciones en materia de salud.
- Se recomienda implementar la figura de los mediadores culturales. Ésta es una importante herramienta que facilita la comunicación y permite ahorrar en tiempo y esfuerzos. También se puede organizar un voluntariado en el que puedan participar los mismos inmigrantes como traductores de sus paisanos. Esto bien organizado puede llegar a funcionar.
- La pluralidad cultural es un hecho ineludible en el mundo contemporáneo. Cada cultura tiene una actitud determinada frente al cuerpo, la salud y la enfermedad. Aún cuando occidente ha realizado grandes avances tecnológicos en el tratamiento de enfermedades, es importante mantener una actitud abierta ante las creencias que tienen las personas en relación a sus propias enfermedades para poder aproximarse y aconsejar al paciente de una manera que éste pueda comprender.
- La comunicación es la principal herramienta en la relación con el colectivo inmigrante. Se trata de un grupo de usuarios, que en muchos casos, además del tratamiento de enfermedades, requiere de actividades de acompañamiento, consejo, promoción y prevención de la salud.
- Para que pueda tener lugar una comunicación fructífera, se requiere dialogar en serio y comprometerse con el objetivo de llegar a acuerdos y soluciones que puedan comprender ambas partes. En la relación con personas de otra cultura es necesario ir más allá de la idea tradicional de tolerar al otro siempre y cuando no moleste. Es decir, no se trata de que cada quien piense lo que quiera sobre la salud mientras no interfiera con el trabajo. Se trata de interesarse por la capacidad que tiene el otro de comprender lo que trato de decirle y de atender a mi propia disposición y capacidad de entenderle.

- El inmigrante debe entender que la responsabilidad sobre su salud es un asunto compartido. Que el médico hace su labor pero que a él le corresponde cumplir con su parte. Seguir los tratamientos y los cuidados que se le indiquen.
- Es importante tener en cuenta las condiciones socio sanitarias de vida del paciente y sus posibilidades económicas a la hora de prescribir tratamientos.
- El escrutinio de la biología del paciente puede resultar agresivo si no se da antes un contacto a través del diálogo. La relación con el inmigrante exige un proceso de adaptación recíproca y es importante que el médico sea consciente de que tanto él como el nuevo paciente necesitan de un espacio de tiempo y quizás también de un cierto esfuerzo para poder entenderse.
- Un tema bastante sensible relativo a la cultura sanitaria tiene que ver con la alimentación. Éste sólo se puede abordar a través de la educación. España goza de una cultura culinaria que no es común a muchos países y en este sentido tiene mucho que enseñar a otras culturas. Es recomendable involucrar a los hijos de los inmigrantes en estos programas educativos.

### **¿Genera la inmigración cambios epidemiológicos importantes?**

- Según los estudios biomédicos recientes los inmigrantes no son un grupo de riesgo para la salud pública y en general hacen uso de la asistencia sanitaria por los mismos motivos que los españoles.
- Sin embargo, muchos padecen algunas “enfermedades de adaptación”. Se suele hablar del “duelo migratorio” (trastornos emocionales y psicológicos que pueden aparecer junto a síntomas de enfermedad). Las enfermedades más frecuentes son: estrés, tensión, depresión, ansiedad y trastornos psicosomáticos como: cefaleas, precordalgias, lumbalgias, dolores en todo el cuerpo, etcétera. Los inmigrantes buscan ayuda, acompañamiento o consejo. la práctica médica requiere con este colectivo, más diálogo, una comunicación que busque comprender al otro, educarlo en materia sanitaria y una intervención respetuosa de las diferencias culturales.
- Algunos inmigrantes –y también españoles que hayan residido largas temporadas en climas tropicales-, pueden presentar patologías de la sociedad



de origen. Éstas suelen ser enfermedades tropicales leves y autolimitadas pues no encuentran en España las condiciones medioambientales necesarias para su reproducción.

- Se recomienda estar vigilante en la detección de síntomas de tuberculosis. Según los datos obtenidos las pruebas en inmigrantes suelen ser positivas en el 70% de los casos. Además éstos no suelen ser muy constantes en el seguimiento de los tratamientos.
- Conviene sin embargo, organizar la información sobre las patologías más comunes que presenta la inmigración para tomar las medidas de prevención, control y cuidado que sean necesarias.

## **B. TRÍPTICO INFORMATIVO PARA INMIGRANTES EN SU PRIMERA TOMA DE CONTACTO CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **¿Conoces tus derechos en materia de salud?**

- Según la Declaración Universal de Derechos Humanos, todos los habitantes de una nación, independientemente de su situación jurídica y por el hecho de ser personas, tienen derecho a la salud.
- Es España, la Constitución y la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros, establece en su artículo 12 que:  
*Todos los extranjeros que se encuentren inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los Españoles.*

Para poder ejercer ese derecho debes tramitar la tarjeta sanitaria.

- Si eres extranjero pero no resides en España o no estás empadronado, tienes derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia en caso de enfermedades graves o accidentes, cualesquiera que sea su causa y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
- También tienen derecho a la atención sanitaria los extranjeros que no están empadronados y que están en la siguiente situación:
  1. *Mujeres embarazadas*: Tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. En este supuesto no interesa la situación administrativa de la extranjera.
  2. *Menores de 18 años*: tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

## ¿Sabes qué trámites debes realizar para acceder al sistema de sanidad pública en España?

- El primer paso para acceder a la tarjeta sanitaria es el empadronamiento. El padrón es el papel donde consta que te has registrado como vecino del municipio. Para empadronarte debes acudir al Ayuntamiento de la ciudad donde vives con el contrato de arrendamiento del piso donde habitas o con cualquier recibo de pago de cualquier servicio que llegue a tu casa. Puede ser por ejemplo, un recibo de teléfono. También debes llevar un documento de identificación: tu pasaporte o tu número de identificación de extranjero. Con estos dos requisitos es suficiente para obtener el padrón.
- El segundo paso es acudir a la Tesorería General de la Seguridad Social con tu empadronamiento en mano y solicitar el número de afiliación.
- Posteriormente te diriges al Centro de Salud más cercano a tu domicilio y solicitas entrevista con el asistente social para tramitar tu tarjeta. Allí debes presentar tu documento de identificación, empadronamiento y número de afiliación a la seguridad social. Rellenarás un formulario y podrás esperar a que te llegue la tarjeta.
- La Consellería de Salud de la Comunidad Valenciana establece en su decreto 26/2000 del 22 febrero, que los ciudadanos que se encuentren en territorio valenciano y que no están empadronados pueden acceder a la asistencia sanitaria a través de la tramitación de **la tarjeta solidaria**. Para obtenerla deben acreditar la carencia de recursos económicos a través de cualquiera de estos documentos: un certificado de ingresos negativos expedido por la oficina de la Hacienda pública que opera en su ciudad, Seguridad Social e INEM, o un informe de los trabajadores sociales o de las ONGs legalmente reconocidas en el ámbito sanitario.
- Los requisitos para acceder a la tarjeta solidaria pueden variar. Por lo tanto es recomendable que te informes primero con la asistente social del Centro de Salud más cercano a tu vivienda o en la ONG de tu confianza.

## **El centro de salud: un espacio para la prevención y educación para la salud**

- El Centro de Salud es un servicio público cercano a tu casa o tu barrio. Es el lugar al que debes acudir si tienes sospecha de tener algún problema de salud o si te encuentras enfermo. No esperes sentirte grave para acudir, recuerda que tienes derecho a la atención sanitaria y que siempre es más fácil prevenir una enfermedad que tratarla en estado avanzado.
- Al llegar allí debes preguntar por la Asistente Social o el Asistente Social, para que te informes sobre las condiciones de uso del Centro.
- Es muy importante que formalices tu relación con el Centro de Salud cuanto antes. Es decir, que accedas a la tarjeta sanitaria. Así, los médicos podrán abrirte una “historia médica” en la que consten todos los incidentes sobre tu salud. Y cada vez que acudas, el personal sanitario podrá acceder a tus datos y atenderte de manera adecuada. Si no tienes tarjeta sanitaria entonces atenderte es más complicado.
- La prevención en materia de salud es muy importante para evitar que se desarrolle cualquier enfermedad. Si acabas de llegar de otro país es importante que acudas al médico para que haga una revisión general de tu estado de salud.
- Si sospechas de padecer alguna enfermedad debes visitar al médico cuanto antes. No hay que esperar a que la enfermedad sea grave o haya incapacitado a la persona para acudir al médico.

## **Los fines de la atención primaria. ¿Qué puedes esperar de tu médico de cabecera?**

- Tu médico de cabecera tiene la función de prevenir la enfermedad y promover la salud. Esto quiere decir que puede hacerte recomendaciones sobre tus hábitos alimenticios y sanitarios si considera que éstos ponen en riesgo tu salud.
- El médico de cabecera identifica el origen de las dolencias o las enfermedades que tienes y decide si puede él mismo curarte o si es necesario que acudas a un especialista. En ese caso te referirá con el médico adecuado.

- No olvides que el médico de cabecera puede trabajar en equipo con el médico especialista si lo considera necesario.
- El médico de cabecera representa un apoyo y una ayuda en el manejo y cuidado de tu salud.

### **Los problemas de comunicación y las diferencias culturales**

- ¿Qué hacer con el idioma? Es muy importante que puedas comunicar lo que sientes de manera sencilla y comprensible. Si no hablas español intenta venir acompañado por un amigo que pueda comunicarse en este idioma.
- Inscríbete cuanto antes en un curso para aprender español y valenciano. Hay muchas instituciones que ofrecen formación gratuita o a muy bajo coste para los inmigrantes.
- Trata de informarte sobre las características de la población española, sus costumbres, sus valores y su temperamento. Esto te ayudará a comprender mejor las reacciones y las opiniones de los españoles. Recuerda que eres tú quien eligió venir a vivir a España, eso significa que debes mantener una actitud de apertura que te permita conocer y comprender los hábitos y las costumbres de este país. Sólo así podrás colaborar con él y podrás aportarle información y conocimiento sobre tu cultura.
- Te puedes ofrecer como voluntario para venir al centro de salud un día a la semana en un horario determinado y ayudar a las personas de tu nacionalidad que no conozcan el idioma a que se comuniquen con los trabajadores del Centro de Salud.
- Si eres estudiante de alguna ciencia de la salud puedes colaborar como intérprete y también en programas de prevención sanitaria y de educación alimentaria.

### **Las obligaciones de los usuarios del centro de salud**

- La Sanidad Pública es un servicio del que pueden hacer uso todas las personas que habitan en el territorio español.

- No se debe pagar dinero en efectivo a los médicos del Centro de Salud. Los costes de la Sanidad se pagan a través de la seguridad social, dinero que se descuenta a todos los trabajadores españoles, y a los inmigrantes que trabajan y residen en territorio español.
- Es importante ser respetuoso con los médicos y el personal del centro pues trabajan para brindarnos un servicio. Este respeto implica cumplir sus indicaciones.
- Recuerda que no sólo eres paciente del Centro de Salud, eres también un usuario que tiene la responsabilidad de cuidar y mejorar ese espacio público.
- Se deben cumplir los tratamientos acordados con el médico, de lo contrario se pierde tiempo y se pone en riesgo la salud. En tus manos está la responsabilidad de seguir las indicaciones y los señalamientos que se te hacen sobre tu salud.

### **Listado de lugares y asociaciones a los que puedes acudir en la ciudad de Valencia para pedir información**

- Portal del inmigrante. Página Web creada por la Consellería de Inmigración y ciudadanía que brinda información actualizada a las personas inmigrantes en su llegada a la Comunidad Valenciana. La dirección es: [www.portaldelinmigrante.es](http://www.portaldelinmigrante.es)
- Fundación CeiM: centro de Estudios para la Integración Social y Formación de Inmigrantes. Fundación de la Comunidad Valenciana. Situado en: Avenida Fernando el Católico, N° 78.
- Instituto Social Obrero, ubicado en Calle pie de Cruz, N° 17. Director: Juan Biosca González. [iso@isotrabajo.org](mailto:iso@isotrabajo.org) [www.isotrabajo.org](http://www.isotrabajo.org) Tel. 963922662 – 656412191. En este instituto funcionan además varias asociaciones de países latinoamericanos que ofrecen cursos formativos y atención a inmigrantes, ellas son:
  1. Asociación de Venezolanos en Valencia: Venenval. Tel. 963913191. [venenval3@yahoo.es](mailto:venenval3@yahoo.es) Encargada: Norma Aguiar.
  2. Asociación de Bolivianos en España: Asboles. Tel. 963920651. [asbolesvalencia@hotmail.com](mailto:asbolesvalencia@hotmail.com). Presidente: Javier Hergueta

3. Casa Chile. Tel. 961337234 y 963329081. [casachilevall4@terra.es](mailto:casachilevall4@terra.es)  
Encargado: Fernando Llegaria.
  4. Asociación China Luna de Asia. Tel. 629779962.  
[zwei8888@hotmail.com](mailto:zwei8888@hotmail.com) Encargado: David Zhou.
  5. Asociación Valenciana de Solidaridad con África. Avsa. Tel. 690219575.  
Encargado: Jesús Belda.
  6. Asociación Cuba-Valencia. Tel. 690219575. Encargado: Jesús Belda.
- Asociación de Colombianos en Valencia. Alcoval. Av. Barón de Cárcer N° 48, 9°E, CP: 46001 Valencia. Tel. 963293097 – 657188671. [alcoval\\_2@hotmail.com](mailto:alcoval_2@hotmail.com)
  - Asociación intercultural para la integración. Asointer. Calle Filipinas 32 bajo. CP: 46006 Valencia. Tel. 963420255. [asointercultural@yahoo.es](mailto:asointercultural@yahoo.es)
  - Asociación Rumiñahui Valencia. Calle Molina, 29 bajo. Tel. 963739071. [asielru@latinmail.com](mailto:asielru@latinmail.com)

## **C. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA POBLACIÓN INMIGRANTE QUE SE DEDICA A TAREAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.**

El Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana (2007-2011) establece como prioridad para mejorar la calidad de la atención en pacientes crónicos y mayores, la formación continuada de pacientes, familiares, cuidadores y profesionales.

Con el fin de preservar los derechos fundamentales de los ciudadanos (protección de la salud y la igualdad de oportunidades y acceso a los recursos), es necesario establecer programas de capacitación para la población inmigrante que se dedica a actividades de cuidado y atención a personas mayores dependientes

En la actualidad se están desarrollando ya algunos programas de este tipo, a cargo de ONGs, asociaciones y sindicatos. Al hilo de las conclusiones consideramos que las instituciones públicas deberían participar también en la elaboración y puesta en marcha de estos programas asumiendo un papel especial en su regulación.

Nosotros pensamos que un programa de capacitación de este tipo debería tener en cuenta, al menos, las siguientes recomendaciones que ofrecemos a continuación:

Capacidades o competencias a desarrollar:

- I.     Ámbito de la comunicación
  - I.1.   Capacidad para comunicarse en alguna de las dos lenguas oficiales de la Comunidad Valenciana.
  - I.2.   Capacidad para entender las necesidades que le expresan las personas a las que cuidan y para comunicar las propias a sus familiares.



2.    Ámbito de la interculturalidad.
  - 2.1.   Capacidad para aproximarse a la cultura de la persona mayor, sus costumbres, sus tradiciones e historia de vida con la esperanza de enriquecerse a partir de un intercambio mutuo de experiencias y conocimientos.
  - 2.2.   Capacidad para mantener una relación abierta en la que el respeto y el reconocimiento del valor del otro y su cultura constituyan la base para la convivencia.
  - 2.3.   Capacidad para apreciar el valor de la diferencia y buscar nexos de unión a partir de los elementos culturales compartidos.
  
3.    Ámbito de derechos y condiciones laborales.
  - 3.1.   Capacidad para buscar información acerca de sus derechos laborales y de los organismos y asociaciones que pueden suministrarles ayuda para regular su situación laboral.
  - 3.2.   Capacidad para solicitar información sobre su jornada laboral, el tipo de servicios que ha de prestar y la remuneración en el momento de su contratación.
  
4.    Ámbito de formación específica en cuidados sanitarios.
  - 4.1.   Capacidad para adquirir los conocimientos básicos relativos al cuidado de personas mayores dependientes.
  - 4.2.   Capacidad para ejercer las labores de cuidado a partir de las pautas que familiares y profesionales sanitarios establezcan de acuerdo a las necesidades de la persona mayor.
  - 4.3.   Capacidad para solicitar ayuda especializada cuando las tareas excedan la competencia del cuidador.
  
5.    Ámbito de habilidades sociales
  - 5.1.   Capacidad para ponerse en el lugar de la otra persona.
  - 5.2.   Capacidad para reconocer los sentimientos de la persona a la que cuidan y expresar los propios de manera asertiva.

- 5.3. Capacidad para valorar los efectos positivos y negativos de sus actuaciones como cuidadores atendiendo a las consideraciones y consejos que reciban del personal sanitario.
- 5.4. Capacidad para controlar las emociones ante situaciones de conflicto o angustia en favor de su bienestar emocional o afectivo.
  
- 6.    Ámbito del reconocimiento.
- 6.1. Capacidad para reconocer en la persona mayor un ser digno de respeto que se encuentra en situación de dependencia o vulnerabilidad debido a sus necesidades especiales.
- 6.2. Capacidad para emprender una relación de convivencia en la que el intercambio recíproco de experiencias genere momentos de reconocimiento que permitan a cada una de las partes afectadas concebirse como valiosa y esencial en la relación de atención-cuidados.

## **D. PROPUESTAS PARA UNA “RED DE ASISTENCIA A PERSONAS MAYORES” POR PARTE DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE.**

Expondremos en una breves líneas las cuestiones que anteriormente hemos abordado en torno a la asistencia a personas mayores por parte de personas inmigrantes y a continuación presentaremos una serie de propuestas para lograr en la medida de lo posible resolver los problemas que plantea esta cuestión, buscando en todo momento la participación de todas y cada una de las partes implicadas. Igualmente, esperamos lograr un mayor grado de conciencia en la necesidad urgente de lograr una atención sanitaria de calidad tanto para las personas que actualmente la necesitan como para los futuros cuidadores y personas cuidadas.

En primer lugar recordaremos que la esperanza de vida ha aumentado notablemente desde principios del pasado siglo XX hasta nuestros días, aunque dicho aumento no va siempre asociado a la calidad de vida que es de esperar. Por otra parte, la incorporación de la mujer al mercado laboral se ha dado sin dejar de atribuir a estas el cuidado de los hijos, mantenimiento de la casa, atención a las personas mayores cuando enferman..., etc. Igualmente podemos recordar el cambio que se ha dado en la estructura de la familia, dejando atrás el modelo tradicional para dar paso a nuevas formas. Por otra parte, y no menos importante, también se aprecia un cambio en los modos de asistencia sanitaria, que se ve ampliada a otras maneras que no son sólo las hospitalarias, sino también asistencia domiciliaria, centros de día, teleasistencia o la llamada ayuda informal, esto es, la familia. La asistencia en el domicilio ha ido en notable aumento, aunque paralelamente surgen problemas, al ser cuidados de larga duración, que recaen generalmente sólo sobre una persona, que suele ser mujer, y que requieren una actividad intensa y continua. De ahí que en vista de la situación se recurra a personas inmigrantes para que desarrollen estas tareas. Sin embargo, también aquí surgen una serie de problemas, recordemos por ejemplo que casi siempre son mujeres cuya situación no está regularizada en nuestro país, que perciben muy bajos sueldos, no tienen derechos laborales, sufren presión psicológica y/o emocional y han de contar además con cargas familiares suyas. Además se enfrentan a tareas que en principio no les corresponden o para las que no tienen la formación

adecuada. Tampoco supone una mejora en estas condiciones tener formación académica en sus países de origen. Recordemos que si no se aborda esta situación, en 2010 habrá descendido en un millón de personas el número de cuidadores en España.

Por todo ello, consideramos que las siguientes propuestas son las bases para crear una red de asistencia a personas mayores por parte de personas inmigrantes:

1. El Ayuntamiento de Valencia podría, por una parte, crear esta red de asistencia a través de la Conselleria de Inmigración y Ciudadanía, la Conselleria de Bienestar Social, y la de Sanidad y, por otra, formar a las personas inmigrantes que vayan a atender a personas mayores. Estos cursos estarían destinados a dar a conocer técnicas de movilización pasiva, curas, administración de medicamentos, explicación mediante un lenguaje claro y accesible de las enfermedades a las que es posible que atiendan, recursos psicológicos para poder manejar las emociones, como, por ejemplo, stress, duelo, comunicar situaciones difíciles, etc, animadores socioculturales se encargarían de ofrecer herramientas para poder atender otras necesidades como estimulación cognitiva, desarrollo de habilidades manuales, cocina destinada a estos pacientes... Estos cursos se reconocerían mediante un certificado expedido por alguna de las instituciones antes mencionadas y acreditarían de este modo a las personas que lo obtengan que pertenecen a esta red.
2. En el caso de que fuera posible, se daría cabida a las asociaciones de inmigrantes, coordinados a su vez por alguna ONG común para que distribuyeran recursos, ofrecieran soporte técnico, humano, etc. El Ayuntamiento de Valencia podría incluir en esta red de asistencia a personas mayores por parte de población inmigrante a distintas ONG s que prestan de diferentes maneras sus servicios. Los voluntarios apoyarían la labor de los cuidadores y podrían ayudarlos a solventar pequeñas dificultades en momentos concretos o desarrollar planes de formación paralelos a los presentados anteriormente.

3. Se podrían ampliar los planes de formación de manera que estas personas tuvieran más facilidad para acceder a planes de estudios como, por ejemplo, módulos de formación profesional de la rama de sanidad. El Ayuntamiento de Valencia, la Conselleria de Inmigración y Ciudadanía, la de Sanidad y la de Educación podrían llegar a algún acuerdo para desarrollar un convenio en esta área.
4. En los centros de atención primaria los médicos de familia, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud se encargarían de orientar a las personas que quieran desarrollar estas tareas de atención sanitaria de los mayores. Cabría la posibilidad de recoger las peticiones de aquellas familias que lo necesitaran y coordinar a quienes quieren atender estas necesidades.
5. Los equipos de profesionales de la sanidad que atiendan a domicilio a pacientes podrían hacer un seguimiento de las tareas que desempeñan los cuidadores inmigrantes y orientarles y apoyarles en el proceso.
6. Los cuidadores podrían reunirse cada cierto período de tiempo con los médicos de atención primaria para evaluar su situación. Dicha información podría ser compartida con los familiares y el propio paciente si se considerara oportuno para que todas las partes implicadas tuvieran conocimiento de los progresos que se llevan a cabo y de las medidas necesarias a adoptar para mejorar esta tarea.
7. Las personas cuidadoras serían del mismo barrio o zona de residencia del paciente al que atienden.
8. Existiría la figura del cuidador inmigrante con experiencia para que ayudara desde el propio centro de salud a aquellas personas que provienen de otros países y desconocen el español para poder transmitir y abordar las cuestiones que le surgieran en torno a la labor que nos ocupa, y el personal sanitario pudiera dar a conocer la

información que precisa para desarrollar una adecuada atención a personas mayores.

9. Aun en el caso de que el cuidador proceda de algún país de América Latina y conozca el español, la figura del inmigrante mediador en los centros de salud ayudaría a conocer expresiones propias del país y facilitar la comunicación entre profesionales de la sanidad, cuidadores, familiares y personas cuidadas.