
L'atenció sanitària de la població immigrant extracomunitària a Catalunya: entre l'Estat i el sector voluntari

Kàtia Lurbe i Puerto

Departament de Sociologia, Universitat Autònoma de Barcelona
katia.lurbe@uab.es

Resum: L'article se centra en la gestió de la diferència en la sanitat pública prenent com a punt de mira la política sanitària a Catalunya referent als col·lectius d'immigrants extracomunitaris. L'anàlisi dels documents de planificació sanitària a escala autonòmica i l'estudi de les polítiques locals i les iniciatives socials del sector voluntari porten a sostenir la doble tesi de l'estatalització de l'accés a l'atenció a la salut de les persones immigrants en situació de regularitat administrativa, o, en el seu defecte, de les persones registrades al padró municipal, i la comunitarització de la cura de la malaltia de les persones immigrants no empadronables. Aquesta tesi qüestiona radicalment el principi d'universalisme que formalment regeix el sistema sanitari públic.

1. Introducció

La universalització de l'assistència sanitària és, en el cas de l'Estat de benestar espanyol, un procés inconclòs: si bé la frontera de les persones integrades al sistema sanitari quedava delimitada per la participació en el mercat de treball, des de l'aprovació de la Llei general de sanitat 14/86 (que implicà el reconeixement de la salut com a dret social) l'accés a l'atenció mèdica pública se supedita a la condició de ciutadania. Tenint present que a l'Estat espanyol la lògica de

distinció i d'exclusió del criteri de ciutadania definit pel corpus jurídic vigent es basa en la nacionalitat, la qüestió de la inaccessibilitat a la xarxa pública de serveis sanitaris per part de les persones immigrants extracomunitàries posa en qüestió el principi d'universalisme en què es fonamenta l'actual sistema sanitari.

El marc jurídic legal en matèria d'immigració (Reforma de la Llei orgànica 8/2000) fa factible una ruptura amb la tradicional exigència d'una vinculació laboral regularitzada a fi d'accedir a l'atenció mèdica, i, en concomitància, trenca el bucle burocràtic entre permís de residència, permís de treball i dret a l'assistència sanitària en què molts immigrants extracomunitaris romanien atrapats. Tanmateix queden casos d'immigrants extracomunitaris als quals els és vedat l'accés a l'assistència sanitària pública (per exemple, els immigrants extracomunitaris que no cotitzen a la Seguretat Social, estan en situació d'irregularitat administrativa i no són empadronables). En aquest respecte, cal destacar la contribució dual del corpus normatiu en matèria d'immigració en la mesura que aprofundeix en el procés d'estatalització de l'atenció sanitària dels usuaris, alhora que estableix nous espais d'exclusió social dins el sistema nacional de salut.¹

Des de la implementació de l'actual marc legislatiu de regularització de la condició d'estrangeria, poden obtenir *la targeta d'identificació sanitària* (clau d'accés als serveis públics d'atenció a la salut) les persones immigrants empadronades al seu municipi de residència, independentment de la seva situació de regularitat administrativa.² Malgrat els seus efectes extensius pel que fa a l'accessibilitat dels recursos sanitaris per part dels col·lectius d'immigrants en situació d'irregularitat administrativa, aquest marc legislatiu no ha eradicat en la seua totalitat les zones d'exclusió generades per raons jurídicoinstitucionals. Aquest és el cas dels immigrants indocumentats no empadronables.

Davant aquestes situacions de desprotecció en matèria sanitària, hom assisteix a la instauració d'una beneficiència quasi institucionalitzada, com també a xarxes informals d'atenció als immigrants que han constituït diferents circuits a través dels quals la població immigrant exclosa de la cobertura sanitària de la Seguretat Social accedeix a uns serveis professionals d'atenció sanitària específics. Partint d'una anàlisi de la política sanitària autonòmica i local i de

1. L'estatalització fa referència a l'acció de posar sota la responsabilitat de l'Estat determinats béns o recursos, normalment definits com a drets socials (Adelantado *et al.*, 2000).

2. En concret, la Llei orgànica 4/2000 sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social i la Reforma de llei 8/2000.

les iniciatives socials de les xarxes informals d'atenció sanitària dissenyades per pal·liar els buits de la xarxa ordinària del sistema sanitari, aquest article conclou considerant la dicotomia universalisme versus culturalisme i el debat sobre la idoneïtat de l'existència de serveis generals o específics en la gestió de l'heterogeneïtat ètnica en l'assistència sanitària.

2. La gestió de la salut de l'estranger en la política sanitària estatal

Quan a mitjan anys noranta el Govern central va introduir la qüestió dels problemes de salut de la població immigrant extracomunitària a l'agenda política en matèria d'immigració, es va posar l'accent en el control de la importació de malalties i es va eludir qualsevol referència a l'accessibilitat al sistema sanitari d'aquest potencial col·lectiu d'usuaris.³ Indubtablement, la posició geopolítica d'Espanya com a frontera sud d'Europa va afavorir que la seua integració a la UE estigués mediatitzada pel seu rol de garant dels fluxos migratoris provinents de l'hemisferi sud. Per això els continguts de la Llei orgànica d'estrangeria del 1985 es basaven en el control policial dels fluxos migratoris com a principal mesura de desincentivació de l'entrada d'immigrants extracomunitaris i dificultaven la seua instal·lació. Amb anterioritat a la Llei orgànica 4/2000, la política espanyola en matèria d'immigració es restringia a:

- a) la regulació de la condició d'estrangeria, ja que imperava la concepció de la immigració extracomunitària com un fenomen transitori, provisional i d'ordre públic;
- b) l'aplicació de criteris restrictius i repressius de regulació i control (parapolicial) dels fluxos d'immigrants extracomunitaris;
- c) un tractament polític *ad hoc* que subordinava la presència de població immigrada a l'Estat al context conjuntural del mercat laboral i establia l'expulsió del país com a mecanisme sancionador primordial.

Aquest model de política en matèria d'immigració, basat principalment en el control social de l'immigrant extracomunitari, es

3. Vegeu el Reglament administratiu d'execució de la Llei orgànica sobre estrangeria del 1985, aprovat el 1996. Cal matisar citant l'excepció dels immigrants en minoria d'edat, el dret a l'assistència sanitària dels quals s'empara en el Conveni sobre els drets dels menors firmat per l'Estat espanyol el novembre del 1989 (BOE, 1-12-1990).

trasllada a l'agenda sanitària en l'assignació de l'accés als recursos públics de salut a l'estranger empobrit, però amb capital humà suficient per ser emprat en el mercat de treball espanyol, especialment en aquelles ocupacions menys retribuïdes econòmicament i més desprestigiades socialment (Solé i Parella, 2000). Alhora, tracta també de protegir la població autòctona del contagi de malalties infeccioses procedents dels nouvinguts. En consonància amb aquest escenari, la Llei general de sanitat 14/86, que instaurà un sistema sanitari regit pel principi d'universalisme, queda, però, subjecta a la legislació en matèria d'estrangeria pel que respecta a la definició dels drets socials de salut assignats als immigrants extracomunitaris.

L'extensió de la cobertura sanitària als immigrants empadronats al seu municipi habitual de residència que estipula la Llei orgànica 8/2000 en matèria d'immigració avui vigent, i la seua predecessora, la Llei orgànica 4/2000, ha implicat un notable avenç en l'estatalització de l'atenció sanitària dels immigrants que estaven exclosos institucionalment de la xarxa oficial d'assistència sanitària pel fet de no estar donats d'alta a la Seguretat Social i per manca de permisos de residència vigents. Aquesta inclusió al sistema sanitari públic dels qui abans n'eren exclosos per llei respon a la incipient preocupació per la integració dels immigrants extracomunitaris a l'agenda de la política d'immigració. Així ho testimonia l'aprovació el 1994 del Pla per a la integració social dels immigrants, la creació l'any 1995 del Fòrum per a la integració social dels immigrants i el títol de la mateixa Llei orgànica 4/2000 sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seua integració social (BOE, núm. 10, 12 de gener de 2000). Aquesta preocupació no sols emergeix de la constatació del caràcter més indefinit que temporal de la immigració extracomunitària a Espanya, sinó també dels criteris de convergència amb les lleis vigents a la majoria dels països de la UE (per exemple, frenar l'entrada de nous immigrants reconeixent alhora certs drets socials als estrangers que fa un determinat nombre d'anys que resideixen i treballen al país, afavorint-ne, per tant, la integració a fi d'evitar casos de xenofòbia i prevenir conflictes socials).

La política sanitària estatal s'ha dissenyat sota l'assumpció de validesa universal. Tanmateix, recolzant-se en el supòsit d'una neutralitat cultural, ha articulat per a tota la població uns serveis que *de facto* no són sinó monoculturals, etnocèntrics i sociocèntrics (Pereda *et al.*, 1997). La descentralització del sistema sanitari, que podria ser entesa com un mecanisme per respondre més efectivament a les necessitats de salut d'una població culturalment i socialment diversa,

no ha posat en qüestió el *mite de la neutralitat cultural* dels serveis d'atenció a la salut que conformen la xarxa ordinària pública de salut. En el si d'aquest sistema sanitari monocultural i sociocèntric que es formalitzà arran de la Llei general de sanitat 14/86, les desigualtats, no solament ètniques, sinó també de gènere, classe social i edat tendeixen a eludir-se. Per tant, es fa palès l'escàs marge per flexibilitzar el sistema públic de salut davant l'heterogeneïtat socioeconòmica i ètnica de la població usuària. En aquest sentit, són nombroses les dificultats de caire estructural per dur endavant actuacions en la línia de dissoldre les barreres juridicoinstitucionals que generen exclusió social, d'adaptar-se a les demandes de salut i d'atenció sanitària i de reduir les distincions socials que causen desigualtats en l'atenció a la salut.

3. La gestió de la diferència ètnica en la política sanitària de la Generalitat de Catalunya

La Generalitat de Catalunya té atribuïdes competències de desenvolupament legislatiu i d'execució de la legislació bàsica, dictada pel Govern central, en matèria de sanitat i seguretat social, cosa que significa que la seua capacitat legislativa està subjecta al principi de coherència amb les lleis generals del Govern central. L'actual model sanitari català quedà configurat per la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), aprovada pel Parlament de Catalunya el 14 de juny de 1990. Aquesta llei segueix la Llei general de sanitat 14/86 en vincular l'accés al sistema sanitari públic a la condició de ciutadania i residència regularitzada en el cas dels estrangers. Més encara, l'aplicació del Reial decret 1088/1989 que estipula la desaparició de la beneficència municipal en el territori espanyol es va regir a Catalunya pel Decret de la Generalitat 55/1990 sobre l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària a les persones sense recursos econòmics suficients. Mitjançant aquest decret es definiren els requisits de la nacionalitat espanyola, la residència regular i la superació del salari mínim interprofessional per sol·licitar l'atenció sanitària pública. A la pràctica, el decret implicà el dret a obtenir la targeta individual sanitària per part de les persones nacionals d'un Estat membre de la Unió Europea que acreditessin la seua residència permanent a Catalunya, alhora que exclouïa els immigrants extracomunitaris residents regulars amb rendes iguals o inferiors al salari mínim interprofessional i els que manquen de permís de residència (salvant els menors de la República Àrab Sahariana en desplaçament estival i les persones desplaçades de la guerra de Bòsnia, se-

gons les resolucions de la Direcció del Sistema Català de Salut).⁴ D'altra banda, el dret a l'assistència als menors estava sota la tutela de la Direcció General d'Atenció a la Infància (DGAi) de la Generalitat, mitjançant un conveni amb el Servei Català de la Salut. L'any següent s'estipulà, mitjançant el Decret de la Generalitat de Catalunya 178/1991, la universalització de l'assistència sanitària pública reconeixent el dret a l'assistència als ciutadans empadronats a Catalunya. Aquí, però, no es feia menció explícita de les persones estrangeres.

L'atenció a la salut de les persones immigrants per part de la política sanitària a Catalunya es caracteritza pel fet de planificar-se des de la percepció de la diferència. De fet, la qüestió de la salut dels immigrants no aparegué a l'agenda de la política sanitària arran d'estudis epidemiològics sobre variacions en morbiditat i mortalitat segons grups ètnicament diferenciats. Davant l'evident inexistència d'aportacions epidemiològiques que identifiquin desigualtats en salut per raó d'ètnia, podem concloure que les necessitats sanitàries d'aquests col·lectius d'immigrants s'han considerat fonamentalment a partir de l'etnocentrisme, que els defineix *a priori* com un *grup de risc*.

En analitzar els documents de disseny de la política sanitària de la Generalitat de Catalunya en matèria d'immigració estrangera, que comprèn els tres plans triennals de salut (Departament de Sanitat i Benestar Social, 1993, 1997, 1999) i el contingut en matèria sanitària dels dos plans interdepartamentals d'immigració (Generalitat de Catalunya, 1993, 2001), es constata que l'atenció mèdica se centra en la sida, les malalties de transmissió sexual, la tuberculosi, l'estat immunitari (vacunacions), les malalties exòtiques importades i la salut maternoinfantil. Sense disposar d'un sistema d'informació de l'activitat sanitària en què es tingui present almenys la nacionalitat dels usuaris, ni d'estudis epidemiològics que descriguin l'estat de salut segons grups ètnicament diferenciats, ni de recerques sociològiques sobre les desigualtats ètniques de salut, és ben probable que la planificació sanitària en matèria d'immigració mostri un interès excessivament centrat en problemes de salut

4. «Per a l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a les persones sense recursos suficients, la nacionalitat és el primer requisit per a l'assistència sanitària pública. [...] Cal ser resident regular per tenir dret a ser titular de la Seguretat Social. [...] Però els estrangers residents regulars que no tenen prou recursos econòmics no poden sol·licitar atenció sanitària per la via del Decret 55/1990, encara que estiguin empadronats en un municipi de Catalunya, no tinguin protecció sanitària pública i tinguin rendes iguals o inferiors en el Càmput Anual al salari mínim interprofesional» (Servei Català de la Salut, 1996b).

que afecten una secció quantitativament petita del conjunt dels immigrants i les minories ètniques, en detriment de les condicions de salut responsables de la major part de la morbiditat i la mortalitat d'aquestes poblacions.⁵

El Servei Català de la Salut ha actuat en la línia d'afavorir els serveis generals sobre la instauració de serveis específics d'atenció sanitària a la població immigrant extracomunitària. No obstant això, s'han establert una sèrie de serveis mèdics especialitzats en l'atenció a la salut d'aquestes persones (per exemple, l'EAP a les Drassanes a Barcelona i l'Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena a Mataró). Cal assenyalar que aital especialització no és producte d'una planificació originada des de les instàncies administratives autonòmiques i municipals en matèria de sanitat. Més aviat resulta de la dinàmica generada per una superior demanda d'assistència sanitària per part de la població immigrant extracomunitària. La magnitud de la demanda respon a l'increment d'immigrants a Catalunya, entre els quals es dona simultàniament un major coneixement sobre els seus drets socials dins la societat en què resideixen, gràcies a l'acció informativa d'entitats públiques com el Servei d'Atenció a l'Immigrant Estranger i Refugiat, de determinades organitzacions no governamentals i de les seves xarxes de suport social (familiars i amistats). A més a més, cal assenyalar l'efecte d'extensió de la cobertura sanitària per a aquesta població arran de la Llei orgànica 4/2000, com també la voluntat dels professionals per atendre un creixent col·lectiu d'usuaris als quals hom atribueix unes dificultats específiques (generalment de caràcter lingüístic i cultural) en el moment de definir el seu patiment o diagnosticar-ne les malalties i procedir al tractament mèdic.

Per tant, el procés d'avançar en l'estatalització de l'atenció sanitària dels immigrants extracomunitaris s'ha dut a terme mitjançant el principi de *normalització* (incorporació de la població immigrant estrangera a la xarxa ordinària del sistema sanitari públic). Aquesta normalització s'ha articulada a partir del reconeixement institucional com a centres de referència de certs serveis adreçats a persones immigrades que conformaven, en els seus inicis, la xarxa no oficial d'assistència sanitària (és a dir, les iniciatives sociosanitàries del sector del voluntariat dirigides a atendre els exclosos del sistema sanitari públic). No obstant la tendència envers l'equiparació de l'accessibilitat respecte als ciutadans espanyols que marca l'actual

5. Aquest fet ha estat particularment tractat en analitzar la política sanitària dirigida a minories ètniques al Regne Unit a l'última dècada (Hillier, 1991; Lambert i Sevak, 1996).

marc legislatiu en matèria d'immigració, es constata un interès creixent envers els problemes específics de salut dels immigrants. En aquest respecte, els documents de planificació dels recursos sanitaris a Catalunya al·ludeixen a la necessitat de registrar el país d'origen, i en el cas de les persones descendents d'immigrants, el país d'origen dels ascendents, i de reconèixer progressivament com a centres de referència especialitzats els serveis específics que conformen la xarxa informal d'atenció a la salut d'immigrants extracomunitaris. A més, incideixen en l'elaboració de protocols específics que pauten l'atenció sanitària dirigida als immigrants extracomunitaris en els diferents serveis sanitaris disponibles (Institut Català de la Salut, 2001).

4. Polítiques locals en matèria de sanitat i immigració: el cas de Barcelona ciutat

La Constitució no delimita unes funcions pròpies assignades a les entitats locals, sinó que es limita a establir que mentre les comunitats autònomes tenen autonomia política i potestat legislativa, els organismes municipals solament tenen autonomia administrativa i poden produir normes de menor rang (reglaments) dins els límits marcats per la legislació estatal i autonòmica. En matèria sanitària, l'Administració municipal actua executant la normativa estatal i autonòmica. Un exemple és la inscripció al padró municipal, requisit imprescindible per obtenir el dret d'assistència sanitària en igualtat de condicions que els ciutadans de l'Estat espanyol. Les administracions municipals són clau en la definició dels criteris de l'empadronament dels immigrants residents al seu municipi (especialment, requisits burocràtics com ara els documents que certifiquen la identitat de la persona sol·licitant i l'acreditació del domicili).

La desaparició del sistema de beneficència (Reial decret 1088/-1989; BOE, núm. 219, 9-9-1989) va comportar dos canvis fonamentals en l'accessibilitat als serveis de salut dels immigrants extracomunitaris, un grup d'usuaris sense drets de ciutadania i que comprèn un notable nombre de persones en situació d'irregularitat administrativa. En primer lloc, el canvi més rellevant és l'extensió de la cobertura sanitària de la Seguretat Social a aquelles persones sense recursos econòmics suficients. En segon lloc, va constituir un avenç qualitatiu en la consideració de l'assistència sanitària com un dret social. D'acord amb Freire (1993), posteriorment a l'aprovació de la Llei general de sanitat del 1986, el sistema de beneficència re-

presentava un anacronisme i una contradicció amb el principi fonamental de l'Estat de benestar: «el tractament del ciutadà per part dels poders públics com a subjecte de drets socials i el caràcter universal de serveis públics com la sanitat, als quals s'ha d'accedir sense l'estigma de la identificació prèvia com a necessitat» (Freire, 1993, p. 122).

Tanmateix amb la desaparició del sistema de beneficència l'accés a l'assistència sanitària per a les persones excloses dels canals ordinaris de l'atenció professional a la salut quedà reduït, a efectes legals, als serveis d'urgències dels hospitals públics.⁶ Si més no, es constata la persistència en els governs municipals de les poblacions on s'havien consolidat les xarxes municipals públiques d'assistència benèfica un sentiment de responsabilitat envers els exclosos del sistema que impregnava l'anterior sistema de beneficència. La posició més pròxima de les autoritats locals respecte als problemes de salut dels habitants del municipi fa més difícil eludir les demandes sanitàries concretes de la seua població, com també ignorar les necessitats dels professionals de la salut pertanyents al seu perímetre d'acció. Així ho demostren les actuacions locals en matèria sanitària dirigides a la població més desproveïda socialment, implementades per les autoritats municipals a l'última dècada del segle xx, generalment amb la col·laboració d'ONG. N'és un exemple, a Barcelona, el dispensari d'atenció primària per a immigrants adults sense cobertura sanitària, que, a més d'atenció, proporcionava tractament farmacològic gratuït, a càrrec de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS).

Si al primer Pla de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona Ciutat 1993-1995 s'afirmava explícitament el dèficit d'informació sobre aquells col·lectius desfavorits socialment, susceptibles de rebre atenció preferent en el camp sociosanitari —entre els quals s'inclouien els immigrants extracomunitaris—, el segon Pla de Salut per a Barcelona ciutat (Servei Català de la Salut, 1997) ofereix una anàlisi poc aprofundida i força simple de la situació de l'estat de salut de la població immigrant, basada únicament en les dades estadístiques

6. Anteriorment al Reial decret 1088/1989, l'Administració pública proveïa una cobertura sanitària reglada per a les persones excloses del Sistema Nacional de Salut, emmarcada dins el sistema de beneficència. En concret, la beneficència era competència de l'Administració municipal, que n'assumia les despeses i a través dels seus centres hospitalaris i ambulatoris proveïa atenció sanitària a persones sense recursos econòmics suficients, excloses del mercat laboral i, per tant, sense drets a la Seguretat Social.

de la Delegació del Govern (1995) sobre la població estrangera amb permís de residència, d'una banda, i, d'altra banda, en la informació sobre natalitat i mortalitat dels registres de naixements i de defuncions de l'Institut Municipal de Salut de Barcelona. En ambdós casos es té en compte únicament la variable «lloc de naixement», cosa que impedeix correlacionar variables estructurals que condicionen la posició social i les condicions materials d'existència de les persones immigrants amb indicadors d'estat de salut i d'ús dels serveis sanitaris, amb l'objectiu d'explicar de forma fonamentada les desigualtats de salut que pateixen aquests col·lectius. Tenint present els riscos de racialització dels problemes de salut que comporta una aproximació reduccionista en l'anàlisi de les desigualtats de salut dels immigrants extracomunitaris, caracteritzar la població immigrant sobre la base del seu país d'origen no deixa de resultar inquietant. És, per tant, difícilment sostenible l'afirmació «s'han assolit els objectius que fan referència a la caracterització de la població i a la formació dels professionals» (Servei Català de la Salut, 1997, p. 370), llevat que s'assumeixi *a priori* que en la caracterització de la població immigrant sigui únicament rellevant el país de procedència.

El Pla de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona Ciutat 1996-1998 defineix entre els seus objectius i intervencions per pal·liar les desigualtats en salut: la constitució d'un grup de treball per a l'anàlisi de les percepcions dels immigrants extracomunitaris sobre el VIH, la tuberculosi i els serveis sanitaris; la definició dels criteris comuns mínims per als usuaris extracomunitaris amb la finalitat d'implementar els objectius d'intersectorialitat; la coordinació entre serveis sanitaris i ONG; la millora de l'accessibilitat, i la introducció d'estratègies d'educació sanitària (Servei Català de la Salut, 1997). Aquesta línia d'actuació específica és represa pel següent Pla de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona Ciutat 1999-2001, el qual introdueix, però, dos objectius operatius nous. Per una banda, planifica la realització d'un estudi per obtenir un millor coneixement sobre l'estat de salut del col·lectiu d'immigrants: l'Enquesta de Salut de Barcelona Any 2000, que a tall de novetat incorporaria informació representativa de cadascun dels deu districtes de la ciutat amb l'objectiu de conèixer els comportaments i els determinants de la salut de la població, la percepció de la seva salut i la seva utilització i satisfacció en relació amb els serveis sanitaris oferts per la xarxa ordinària pública. Tanmateix, de la proposta al fet, el resultat és que les petites dimensions de la mostra d'immigrants seleccionada (variable «país d'origen») ha impossibilitat obtenir informació significativa sobre l'estat de salut d'aquest col·lectiu i l'ús que els seus membres fan

dels serveis sanitaris.⁷ Amb tot, és d'assenyalar la importància numèrica dels col·lectius d'immigrants a determinats districtes municipals, cosa que posa en dubte la representativitat de la mostra.

D'altra banda, s'emfatitza la necessitat de continuar normalitzant l'accés de les persones immigrants extracomunitàries no regularitzades i sense recursos econòmics a la xarxa assistencial pública (en particular, en els aspectes d'accessibilitat horària, clínica i organitzativa i pel que fa a l'eliminació de traves burocràtiques). Amb vista a l'assoliment d'aquest segon objectiu, el tercer Pla de Salut preveu la vertebració d'un sistema que permeti als professionals sanitaris i als treballadors socials de fer arribar a les autoritats en matèria d'assistència pública propostes en relació amb l'accés de les persones immigrants als serveis públics.

D'acord amb l'estudi efectuat per Maluquer Margalef (1997), les polítiques locals en matèria de sanitat adreçades a poblacions d'immigrants extracomunitaris s'han basat generalment en campanyes de prevenció de malalties transmissibles com la tuberculosi, el VIH i les malalties de transmissió sexual, generalment dirigides als homes. Així mateix, s'han desenvolupat una sèrie de programes d'educació per a la vida en salut en l'àmbit de l'atenció maternoinfantil, orientats específicament a dones immigrants embarassades, en els quals es proporciona informació de caràcter general, tant sobre l'atenció maternoinfantil com sobre les diverses ajudes públiques per a l'adquisició d'aliments per a nadons i de guarderies municipals.

Finalment, cal mencionar també la signatura d'acords entre l'Ajuntament de Barcelona i determinades organitzacions no-governamentals per al proveïment d'assistència mèdica i farmacèutica a la població immigrant, independentment de l'estatus de regularitat administrativa. Aquests acords originen l'establiment de xarxes quasi formals d'atenció sanitària (és a dir, un circuit d'atenció sanitària reconegut per l'Administració, però localitzat fora de la xarxa ordinària del sistema públic de salut). Aquí mencionarem la col·laboració entre Metges sense Fronteres i l'Àrea d'Assumptes Socials de l'Ajuntament per a l'intercanvi d'informació entre els respectius equips d'intervenció social, com també la participació activa de Metges sense Fronteres a l'operació «Acollida Hivernal» destinada a persones sense sostre (Maluquer, 1997).

7. La informació sobre la mostra d'immigrants ha estat obtinguda per comunicació personal amb el coordinador de la línia de treball sobre immigració de l'Institut Municipal de la Salut —organisme responsable de la realització de l'enquesta—, el Dr. Jansà (març 2002).

5. Xarxes no oficials d'assistència sanitària per a immigrants extracomunitaris a Barcelona

Un primer tipus de xarxa no oficial d'assistència sanitària a immigrants extracomunitaris són els circuits informals d'atenció mèdica, en els quals alguns professionals de la salut, de forma voluntària, dins els mateixos centres públics en què treballen i en horari habitual d'atenció al públic, atenen els immigrants extracomunitaris juridicolegalment exclosos de la xarxa ordinària dels serveis sanitaris públics. El perfil d'aquests professionals es caracteritza pel fet de ser sensibles a la problemàtica social de les persones immigrants, posseir uns coneixements bàsics dels països d'origen d'aquestes persones i de la seva realitat sanitària, i dominar llengües pont (francès i anglès).

Aquestes xarxes informals d'atenció sanitària es van formar a finals dels anys setanta amb l'objectiu de reproduir la xarxa sanitària pública adoptant l'antic model de la beneficència, però amb la peculiaritat de l'absència d'exigència de formalització documental o d'una planificació oficial. No obstant això, els serveis que els conformen es presten d'una forma més precària en comparació amb l'antic sistema de beneficència de Barcelona ciutat, a causa principalment d'una menor estructuració i d'una subjecció més gran a la voluntat dels professionals (Maluquer, 1997). A més, s'ha de tenir present que l'atenció a les persones excloses del sistema sanitari no queda registrada oficialment al Servei Català de la Salut, de manera que alguns equips d'atenció primària han d'enfrontar-se amb la dificultat d'obtenir índexs d'avaluació de l'eficàcia de les seves activitats relativament més baixos pel fet d'atendre un gran nombre d'usuaris sense Targeta d'Identificació Sanitària i, en conseqüència, sense que els seus actes quedin registrats com a intervencions mèdiques.

La xarxa informal d'atenció sanitària a Barcelona es va iniciar a la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de l'Equip d'Atenció Primària de les Drassanes a la darreria dels anys setanta. En aquesta unitat es presten diversos serveis, com ara l'assistència primària, l'expedició de certificats mèdics per sol·licitar permisos de residència i de refugi, el tractament de malalties tropicals i l'assessorament sanitari de viatgers. Des del 1994 i amb el finançament de la Unió Europea, la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de les Drassanes, en col·laboració amb l'Associació Catalana de Solidaritat i Ajuda als Refugiats (ACSAR), desenvolupa un programa de salut comunitària en què intervenen agents de mediació intercultural originaris del Pakistan, Colòmbia, Gàmbia, Guinea i el Marroc, l'objectiu principal del qual és desenvolupar programes de prevenció de

malalties (especialment, sida i VHI) en els grups de la seua mateixa afinitat ètnica. Finalment, cal destacar que la major part dels equips d'atenció primària de Ciutat Vella i de Sant Martí assistien, prèviament a l'aprovació del reglament del 1996, menors sense cobertura sanitària en les mateixes condicions que la resta dels usuaris.

Tal com es desprèn dels plans interdepartamentals d'immigració a Catalunya, a partir de mitjan anys noranta es produeix un progressiu reconeixement institucional d'aquestes xarxes no oficials d'assistència. Aquesta quasi institucionalització es porta a terme mitjançant el finançament per part de les autoritats sanitàries, tant autonòmiques com municipals, d'aquests serveis específics i de programes d'actuació especialment adreçats a immigrants extracomunitaris. És aquest el cas de la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de les Drassanes i del projecte de salut mental del Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial als Immigrants i Refugiats (SAPPIR).⁸ En ser reconeguts institucionalment pel Servei Català de la Salut i ubicar-se en centres de salut en els quals s'ofereix assistència sanitària pública, es pot considerar que aquests serveis i projectes d'atenció sanitària formen part del circuit ordinari del sistema públic. Tanmateix aquesta afirmació no és del tot certa en la mesura que s'hi atenen col·lectius que no tenen reconegut legalment el dret a utilitzar els serveis sanitaris públics (exceptuant els serveis d'urgència). Per això ens referim a aquests serveis i projectes com a integrants del que denominem la *xarxa quasi formal d'atenció sanitària*.

D'altra banda, a partir de mitjan anys noranta comencen a desenvolupar-se projectes d'atenció a la salut per a les persones excloses de la sanitat pública per part d'organitzacions no-governamentals, paral·lelament als serveis oficials prestats per professionals adscrits a la xarxa d'assistència pública. En aquest segon tipus de xarxes informals d'assistència sanitària cal distingir els projectes de Metges sense Fronteres al Baix Llobregat, Barcelona (districtes I i III) i l'Hospitalet de Llobregat i el servei «De compatriota a compatriota» desenvolupat per l'Associació Salut i Família. Aquests serveis tenen per objectiu fer de pont entre els serveis públics i aquells sectors de població exclosos de l'assistència sanitària per una varietat de raons: per no haver sol·licitat aquests serveis; en cas d'haver-ho fet, per no formular les demandes oportunes; per manca del reconeixement administratiu per gaudir del dret a rebre atenció sanitària pública i

8. El SAPPIR, iniciat el 1994, s'ubica en una de les dependències de l'Hospital Sant Pere Claver de Barcelona i presta gratuïtament atenció psicoterapèutica a immigrants en situació administrativa irregular.

per haver sofert experiències negatives per raons de dissonància cultural i de discriminació, malgrat que, *de facto*, en moltes situacions duen a terme un rol de substitució i no tracten de practicar una medicina paral·lela a la prestada per la sanitat pública, sinó que es proposen fomentar-hi la integració sociocultural dels usuaris potencials.⁹

En síntesi, es constaten tres modalitats d'accés a l'atenció professional de la salut per als immigrants que no disposen de targeta individual sanitària. Primerament, hom assisteix a una estatalització de les necessitats mèdiques definides com a greus en termes estrictament biomèdics mitjançant els serveis d'urgència del Sistema Nacional de Sanitat. En segon lloc, s'observa una comunitarització de l'atenció sanitària dels problemes de salut més secundaris en termes de gravetat mèdica i que no requereixen l'hospitalització ni la intervenció quirúrgica, a partir dels serveis que ofereixen les xarxes quasi formals d'atenció sanitària, els serveis d'atenció primària d'algunes organitzacions no governamentals (especialment, la Creu Rotja¹⁰) i els projectes assistencials i d'assessorament de certes ONG (per exemple, els projectes de Metges sense Fronteres i de Salut i Família, anteriorment ressenyats).¹¹ Finalment, tot i que són utilitzats en menor mesura, no podem obviar els serveis d'institucions privades, és a dir, metges particulars i clíniques de salut privades (Ugalde, 1995; Sanz *et al.*, 1997).

9. A manera d'il·lustració, Metges sense Fronteres fa ús d'un autobús adaptat com a furgoneta sanitària que recorre els barris marginats del Baix Llobregat, Barcelona i l'Hospitalet de Llobregat. En el projecte hi col·labora també Farmacèutics sense Fronteres, que subministra gratuïtament medicaments. El servei «De compatriota a compatriota» és un dispositiu que ofereix informació i atenció sanitària preventiva i curativa als col·lectius d'immigrants en situació d'irregularitat administrativa, al mateix temps que consisteix en un espai d'escolta i mediació per orientar, informar i derivar els immigrants, independentment de la seua situació administrativa, vers els diferents recursos disponibles (informació sobre aspectes legals, associacions de compatriotes, informació sobre recursos educatius i socials, etc.). La finalitat prioritària del servei és canalitzar les necessitats bàsiques de la salut dels immigrants extracomunitaris posant l'accent en l'atenció i la promoció de la salut maternoinfantil, derivant les seues usuàries al servei corresponent.

10. La Creu Rotja ha anat proporcionant assistència sanitària a refugiats i exiliats, amb finançament del Govern central. A partir del 1990 va començar també a oferir serveis d'atenció primària a treballadors immigrants sufragats mitjançant subvencions del Ministeri d'Afers Socials.

11. Per comunitarització entenem el procés d'atribuir a les associacions de voluntaris la provisió de recursos que aportaven abans les famílies, l'Estat o el mercat (Adelantado, 2000).

6. Conclusions: l'estatalització de l'accés i la comunitarització de la cura

Si bé la línia general que regeix el tractament de la salut dels immigrants extracomunitaris des de la política sanitària és el principi de normalització i, per tant, prioritzar els serveis generals en l'atenció sanitària d'una població culturalment diversa, a partir del Pla Interdepartamental d'Immigració a Catalunya 2001-2004 es perceben canvis a l'hora d'incorporar al sistema públic de salut determinats serveis específicament adreçats a aquells col·lectius d'immigrants percebuts com a diferents al conjunt dels usuaris i, per tant, considerats requeridors d'un tracte especial. En conseqüència, es constata que el sistema públic de salut segueix una lògica mixta d'estatalització i comunitarització.¹²

a) l'estatalització de l'accés a l'atenció mèdica de la població immigrant en situació de regularitat administrativa i empadronada al seu municipi de residència, mantenint, però, una zona d'exclusió formada pels immigrants no empadronables i aquells empadronats que han interioritzat el sentiment de no pertinença als circuits del sistema públic de salut.

b) la comunitarització de la cura de malalties dirigida específicament a la població immigrant més desfavorida socialment.

El discurs de l'actual política sanitària catalana es decanta per serveis universals de salut que vetlin simultàniament per les situacions de necessitat específiques de les persones immigrades estrangeres. Tanmateix, si l'objectiu és la integració dels *outsiders* (Elias, 1965) en el sistema sanitari català, l'existència de centres de referència *per se* és una condició necessària, però netament insuficient. Seguint Titmus, la clau resideix a diferenciar sense discriminar ni marginar:

[...] el desafiament al qual ens enfrontem no és l'elecció entre serveis socials universalistes o selectius. El desafiament real està en la pregunta: quina infraestructura particular de serveis universalistes es necessita per oferir un esquema de principis selectius socialment acceptables, dirigits a discriminar positivament, amb el mínim risc d'estigma, a favor d'aquells les necessitats dels quals són més grans? (Titmus, 1968, p. 159).

12. Aquesta lògica de comunitarització i estatalització és pròpia d'un règim de *Welfare Mixt*, és a dir, l'organització o divisió dels recursos de benestar social que es caracteritza per proveir serveis de benestar de manera que no tan sols hi intervé l'Estat, sinó també els sectors mercantil, informal i voluntari (Adelantado, 2000).

En afavorir l'especificitat dels immigrants extracomunitaris i emfatitzar la seua alteritat, l'escenari de la política sanitària en matèria d'immigració és poc propici per a la instauració de serveis universals de salut sensibles a les situacions específiques sense que es produeixi discriminació ni marginalització dels grups ja prèviament identificats com a grups de risc. En el si d'un sistema sanitari regit pel principi universalista, la institucionalització de serveis específics d'atenció es legitima sobre la base dels trets diferencials que distingeixen aquests usuaris (és a dir, els elements que constitueixen la seua alteritat) i s'omet, en la seua pràctica totalitat, les condicions objectives d'existència, l'estructura de les seves possibilitats socioeconòmiques i de participació política i l'experiència del racisme en la societat d'assentament; factors que intervenen en la desigualtat social que caracteriza els immigrants extracomunitaris.

Tal com s'ha ressenyat, el tractament de la salut dels *outsiders* per part de la política sanitària s'ha basat en gran mesura en la subsidiarietat del sector voluntari; és a dir, ha afavorit un procés de comunitarització de la cura de les malalties dels immigrants extracomunitaris. En finançar projectes concrets d'acció contra l'exclusió dels sectors poblacionals més desproveïts socialment i econòmicament, la política sanitària local ha delegat gran part de la responsabilitat en matèria d'immigració a associacions i organitzacions no governamentals.

En derivar l'atenció específica al sector voluntari es constata que el caràcter monocultural, sociocèntric i etnocèntric del sistema sanitari queda inqüestionat. A més, els buits de la cobertura mèdica esdevenen cada vegada més visibles amb la denúncia mediàtica que en fan els informes anuals d'organitzacions com Càritas, la Creu Roja i Metges sense Fronteres,¹³ i també amb les reivindicacions de determinats professionals de la salut que han de donar resposta dia rere dia a les necessitats de salut de les poblacions més vulnerables socioeconòmicament, en un context de racionalització i restricció de la despesa sanitària.

D'aquesta manera es reforça la lògica dels dos escenaris possibles, fruit de la relació dicotòmica ciutadania-estrangeria que impera en la legislació sobre sanitat i immigració. D'una banda, el reconeixement del dret a l'atenció mèdica es vincula a la salut en el cas dels membres del grup social dominant, els *established* (Elias, 1965)

13. Cal assenyalar que aquests informes no se centren únicament en les desigualtats de salut de la població immigrant estrangera, sinó que evidencien els déficits del sistema sanitari per a les poblacions autòctones que per raons socioestructurals resulten excloses de la xarxa d'atenció pública a la salut.

(en el cas que ens ocupa serien primordialment la població autòctona i els immigrants comunitaris). En aquest sentit, pel que fa als *established*, la salut constitueix un dret social. D'altra banda, el procés s'inverteix en el cas dels grups socials que formen els *outsiders* (Elias, 1965) (bàsicament, els immigrants extracomunitaris): la malaltia —principalment, aquella que és susceptible de transmetre's a la població del grup dominant— representa la dimensió des de la qual es confereix el reconeixement al dret a l'assistència. En aquest sentit, el reconeixement del dret de la població immigrant extracomunitària a accedir a l'atenció sanitària pública és conferit, per part dels *established*, no seguint la lògica d'un dret social inherent a la seua condició de membre de la comunitat, sinó des de l'humanitarisme que emergeix en tractar de resoldre les situacions d'injustícia que genera el propi marc legislatiu.

L'obertura de consultes gratuïtes manifesta, especialment d'ençà de la desaparició del sistema de beneficència el 1989, la consideració per part de les organitzacions humanitàries de la pauperització d'extensos segments de la societat i la seua situació d'exclusió social. Aquestes consultes han estat progressivament freqüentades pels col·lectius d'immigrants extracomunitaris i principalment pels que estan en situació d'irregularitat administrativa. El fet que cal destacar aquí són les formes mitjançant les quals l'humanitarisme de les organitzacions del sector voluntari, en vistes dels factors generadors d'exclusió que emergeixen d'un règim de benestar social escassament desenvolupat i familista (Ribas, 2000), s'ha apropiat del *registre de la compassió* per imposar-se sobre el terreny polític.¹⁴

A partir del reconeixement del cos malalt i del cos en patiment siguin quins siguin el seu color i seva forma —però especialment prenent com a baluard el cos de les persones socialment desheretades—, algunes organitzacions no-governamentals han pressionat —i continuen pressionant— els governs no sols per estendre l'accès a l'atenció mèdica del sistema públic per als estrangers, independentment de la seva situació administrativa, sinó també abanderant el principi d'equitat en la distribució dels recursos sanitaris. D'acord amb Fassin (1999), la biolegitimitat aporta arguments en defensa del principi fonamental de l'Estat de benestar, implícit a la Llei general de sanitat 14/86, és a dir, el dret fonamental de tot ésser humà a accedir a l'atenció mèdica sense cap distinció i sense que pesi sobre ell l'estigma de la identificació prèvia com a necessitat.

14. Ribas (2000) defineix el familisme com el règim de benestar social que assumeix l'absència d'una desmercantilització en la qual resta només el paper de la família com a element de suport social.

Concebut des d'una perspectiva pluralista, dinàmica i de validesa general, l'universalisme es materialitza necessàriament en el sistema sanitari en forma de sistema general i flexible d'atenció a la salut, vàlid per a qualsevol usuari, independentment de les particularitats socioculturals. En aquest sentit, un sistema sanitari universal no és possible sinó mitjançant la distribució equitativa dels recursos sanitaris. L'universalisme, tal com és entès aquí, es defineix precisament per la doble renúncia que proposa Fassin (2000):

Doble renúncia: 1) a la idea que només hi hauria una història possible o desitjable —la de la civilització i el desenvolupament, o la dels drets de l'home—, i 2) al sentiment del rol messiànic que hi jugaria un poble elegit —el món civilitzat, desenvolupat o, ras i curt, democràtic. Però això no comporta la renúncia a certs valors morals fundadors de la humanitat (el principi que els éssers humans mereixen una cura i un respecte iguals, el rebuig de l'opressió, de l'esclavatge, de l'exclusió i de la desigualtat) (Fassin, 2000, p. 148).

L'universalisme es definiria, per tant, per la seua naturalesa crítica, insurgent, multivocal, heteroglòssica i antiessencialista (Goldberg, 1994). En definitiva, l'universalisme no s'articula sobre la base del binomi identificació/diferència, sinó a partir de l'heterogeneïtat.

7. Bibliografia

- ADELANTADO, J. [coord.] (2000). *Cambios en el Estado del Bienestar en España*. Barcelona: Icaria Antrazyt Economía: Universitat Autònoma de Barcelona.
- ELIAS, N. (1965). «Introduction». A: ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. *The Established and the Outsiders*. Londres: Sage.
- FASSIN, Didier (1999). «La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance». A: JOUBERT, M.; CHAUVIN, P.; FACY, F.; RINGA, V. [ed.]. *Précarisation, risque et santé*. París: Inserm, p. 187-196.
- (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. París: Karthala.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1993). *Plan interdepartamental de immigración 1993*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social.
- (1993). *Pla de salut de Catalunya 1993-1995*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- (1997) *Pla de salut de Catalunya 1996-1998*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- (1999) *Pla de salut de Catalunya 1999-2001*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- (2001). *Plan interdepartamental de immigración 2001-2004*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Secretaria per a la Immigració.
- GOLDBERG, D. T. (1994). «Introduction: Multicultural Conditions». A: GOLDBERG, D. T. [ed.]. *Multiculturalism: A Critical Reader*. Londres: Blackwell Publishers, p. 1-41.

- HILLIER, S. (1991). «The Health and Health Care of Ethnic Minority Groups» A: SCRAMBLER, G. *Sociology as applied to medicine*. Londres: Baillière Tindall, p. 146-159.
- INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. DIVISIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (2001). *Recomanacions per a l'atenció sanitària en immigrants*. [Inèdit]
- LAMBERT, H.; SEVAK, L. (1996). «Is "Cultural Difference" a Useful Concept? Perceptions of Health and The Sources of Ill Health among Londoners of South Asian Origin». A: KELLEHER, D.; HILLIER, S. [ed.]. *Researching cultural differences in health*. Londres: Routledge, p. 124-144.
- MALUQUER MARGALEF, E. (1997). «La sanitat: una assignatura pendent». A: *III Informe sobre immigració i treball social*. Barcelona: Diputació de Barcelona. Àrea de Serveis Socials, p. 555-603.
- PEREDA, C.; ACTIS, W.; PRADA, M. A. de (1997). «Recientes dinámicas migratorias en España. Efectos sobre los procesos de inserción-exclusión social». A: SOLAS, O.; UGALDE, A. [ed.]. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- RIBAS MATEO, N. (2000). «Presentació». *Papers: Revista de Sociologia* [Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona], núm. 60, p. 13-34.
- SANZ, B.; SCHUMACHER, R.; TORRES, A. (1997). *Utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante: una primera aproximación en el área 6 de la comunidad de Madrid*. [Inèdit. Ponència al congrés *La inmigración en España*, fet a l'Institut Ortega y Gasset]
- SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. REGIÓ SANITÀRIA DE BARCELONA CIUTAT (1994). *Pla de salut de la regió sanitària de Barcelona ciutat 1993-1995*. Barcelona: Ajuntament Barcelona. Àrea de Salut Pública; Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut.
- (1997). *Pla de salut de la regió sanitària de Barcelona ciutat 1996-1998*. Barcelona: Ajuntament Barcelona. Àrea de Salut Pública; Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut.
- (2000). *Pla de salut de la regió sanitària de Barcelona ciutat 1999-2001*. Barcelona: Ajuntament Barcelona. Àrea Salut Pública; Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut.
- SOLÉ, C.; PARELLA, S. (2001). «La inserción de los inmigrantes en el mercado de trabajo. El caso español». A: SOLÉ, C. [comp.]. *El impacto de la inmigración en la economía y la sociedad receptora*. Barcelona: Anthropos, p. 11-51.
- TITMUS, R. M. (1968). *Commitment to Welfare*. Allen & Wornin.
- UGALDE, A. (1995). «Salud e inmigración económica del Tercer Mundo en España». A: SOLAS, O.; UGALDE, A. [ed.]. *Inmigración, salud y política sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

