

**Instituto Juan March**

Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales (CEACS)

**Juan March Institute**

Center for Advanced Study in the Social Sciences (CEACS)

## **Análisis comparado de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en el Reino Unido, Francia y España**

Author(s): Moreno Fuentes, Francisco Javier

Year: 2003

Type: Thesis (doctoral)

University: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Madrid, 2003.

City: Madrid

Number of pages: xi, 500 p.

Abstract: El asentamiento de poblaciones de origen inmigrante en Europa Occidental durante las últimas décadas ha planteado una serie de importantes retos a las sociedades de acogida. El ámbito sanitario no ha permanecido ajeno a estos procesos en la medida en que los servicios sanitarios públicos han debido adaptarse al perfil de una población cambiante. Dichas adaptaciones pueden ser divididas en dos ámbitos de actuación claramente diferenciados: el planteamiento de las cuestiones relativas al acceso de los recién llegados a la atención sanitaria (idealmente en igualdad de condiciones que la población autóctona), y las consideraciones en torno al modo de responder a las necesidades específicas (lingüísticas, culturales, epidemiológicas, etc) de dichos colectivos. Pese a compartir a grandes rasgos la secuenciación de planteamientos que se deriva de la anterior categorización, los sistemas sanitarios públicos de los distintos estados han respondido a dichos retos de modo claramente diferenciado. Mientras en algunos países se planteaba ya a finales de los 1970s la conveniencia de modificar el funcionamiento de los esquemas de provisión de servicios sanitarios para adaptarlos a las necesidades específicas de las nuevas poblaciones; en otros se garantizaba el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público a todos (independientemente de su nacionalidad y de su estatus jurídico) tan solo a finales de la década de los 1990s. En esta tesis repasamos la evolución de las políticas sanitarias del Reino Unido, Francia y España en su relación con las poblaciones de origen inmigrante, analizando comparativamente los condicionamientos que les han dado forma. Esta tesis contribuye por una parte a vincular los debates sobre la naturaleza y evolución de las estructuras de protección social incluidas bajo el epígrafe de Estado de Bienestar, con las reflexiones en torno a la definición de conceptos como los de "ciudadanía", "comunidad nacional", "derechos sociales", centrales para la delimitación del ámbito de actuación de los estados. De la interacción de ambos enfoques emergen una serie de implicaciones relativas a la definición de los límites de inclusión de las sociedades receptoras ante las poblaciones recién llegadas. Por otra parte, esta investigación avanza en el estudio de las disonancias entre los discursos oficiales acerca de un determinado ámbito de políticas, y las prácticas realmente aplicadas por las organizaciones encargadas de la implementación efectiva de dichas políticas en cada estado. En este

sentido, más que centrarnos en la búsqueda de procesos de convergencia o divergencia, prestaremos atención a las discrepancias intra-nacionales entre los modelos ideales que oficialmente definen las políticas públicas de un estado en un determinado ámbito de actuación, y las prácticas efectivamente implementadas. Una serie de argumentos principales, completados con algunas consideraciones desarrolladas de modo paralelo, estructuran el análisis presentado en esta tesis. El primero de dichos argumentos plantea que la definición de los límites de inclusión de un sistema sanitario público en relación a las poblaciones de origen inmigrante queda en gran medida condicionado por los propios equilibrios institucionales de dicho sistema. El segundo argumento vincula el diseño de políticas específicamente elaboradas para atender a las necesidades de las poblaciones de origen inmigrante con la existencia de un modelo teórico a través del cual se afronta la diversidad interna de una sociedad. Así, la existencia de un discurso de reconocimiento de la diversidad interna (como ocurre en el caso de la sociedad británica) facilita el desarrollo de un conjunto de políticas especialmente diseñadas para abordar las necesidades específicas de los colectivos de origen inmigrante categorizados como "minorías étnicas". El tercer argumento planteado en esta investigación viene a relativizar en cierta medida los argumentos anteriores al plantear que, pese a la relativa claridad de los discursos que enmarcan las políticas hacia las poblaciones de origen inmigrante, existe una cierta convergencia entre las prácticas efectivamente aplicadas en cada país. Dicha convergencia emerge de una combinación de inercias y resistencias institucionales que condicionan la implementación de dichas políticas. En el plano del acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos, y más allá de los criterios de elegibilidad oficialmente establecidos, dicha convergencia implica una tendencia hacia un alto grado de universalización de facto de la cobertura sanitaria, garantizada generalmente a través de una combinación de prácticas reguladas y esquemas informales. En el ámbito de las políticas específicas dirigidas hacia las poblaciones de origen inmigrante, dicha convergencia implica la aparición de una serie de esquemas que, organizados mediante la implicación de distintas coaliciones de agentes (ONGs, asociaciones de inmigrantes, organizaciones socio-sanitarias), surgen en todos los estados, aunque de forma más o menos regular y sistemática (esquemas de interpretación lingüística y cultural, programas preventivos específicos, centros de atención a patologías y necesidades especiales). Esta pseudo-convergencia de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante se produciría, no por una institucionalización de derechos individuales, ni por el reconocimiento de derechos colectivos a las poblaciones étnicamente diferenciadas, sino por la aparición de una serie de "patologías" en la implementación de las políticas. Los responsables principales de dichas desviaciones serían los encargados de la aplicación efectiva de dichas políticas, ya que son ellos los que han de afrontar las consecuencias derivadas de la inadecuación de los modelos formales respecto a las realidades sobre las cuales han de actuar cotidianamente. El cuarto eje argumental que estructura la presente tesis es el de la consideración de la politización de este ámbito de políticas. El estudio de las diferentes coaliciones capaces de introducir un tema en la agenda política; la aparición de ventanas de oportunidad para el diseño o la implementación de determinadas medidas en coyunturas puntuales; la definición de los márgenes de movimiento dentro de los equilibrios institucionales existentes; y la existencia de constreñimientos normativos tanto internos como internacionales, configuran un ámbito de análisis específico en el seno de la presente investigación. De este modo, el estudio del papel desempeñado por este ámbito de políticas en la esfera mediática y política resultará clave en el análisis de la forma, el momento, y el grado de implementación efectiva de las mismas. A modo de ejemplo, lo más importante para nuestro análisis no será constatar si ha habido muchos casos de inmigrantes a los que no han atendido, o a los que han

cobrado (o pretendido cobrar) al recibir tratamiento sanitario; sino si ha habido discusiones a nivel político respecto al uso (o percepción de abuso) del sistema sanitario público por parte de personas de origen inmigrante. En líneas generales esta tesis plantea la necesidad de prestar atención a la confluencia de una serie de ámbitos (el fenómeno de la inmigración, los límites de inclusión del Estado de Bienestar, y las disonancias entre políticas formalmente establecidas y prácticas realmente aplicadas) que generalmente son tratados por separado por la Ciencia Política, con la consiguiente pérdida de perspectiva en el análisis de la realidad social y política situada entre esos tres planos. Finalmente, la tesis ofrece criterios para una evaluación de la relación entre economías de mercado y (des)igualdad de oportunidades.

---

Your use of the CEACS Repository indicates your acceptance of individual author and/or other copyright owners. Users may download and/or print one copy of any document(s) only for academic research and teaching purposes.

**Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones**

---

**FRANCISCO JAVIER MORENO FUENTES**

**ANÁLISIS COMPARADO DE LAS  
POLÍTICAS SANITARIAS HACIA LAS  
POBLACIONES DE ORIGEN INMIGRANTE  
EN EL REINO UNIDO, FRANCIA Y ESPAÑA**

MADRID  
2003

---

**Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales**

Esta obra se presentó como tesis doctoral en el Departamento de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Autónoma de Madrid, el 30 de abril de 2003. El Tribunal, compuesto por los profesores doctores D. Josep Rodríguez Díaz (Presidente), D. Joaquín Arango Vila-Belda, D. Carlos Giménez Romero, D. Andrew Richards y D. Sebastián Sarasa Urdiola, le otorgó la calificación de Sobresaliente “cum laude” por unanimidad.

Francisco Javier Moreno Fuentes es licenciado en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid y Doctor en Ciencia Política por la Universidad Autónoma de Madrid. Formó parte de la novena promoción de estudiantes del Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales del Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, donde obtuvo el título de *Master* en 1998. En el propio Centro elaboró su tesis doctoral bajo la dirección del profesor Gøsta Esping-Andersen. Actualmente es profesor asociado en el Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions de la Universitat de Barcelona.

*A mis padres: Joaquín y Beatriz*

## ÍNDICE

Índice de tablas y gráficos.....	v
Lista de acrónimos .....	vi
Agradecimientos .....	xi

### CAPÍTULO 1. ANÁLISIS COMPARADO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS HACIA POBLACIONES DE ORIGEN INMIGRANTE EN EL REINO UNIDO, FRANCIA Y ESPAÑA. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS DE ESTUDIO Y DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN..... 1

1.1. Objetivos principales de la investigación.....	2
1.2. Argumentos centrales de la tesis.....	4
1.3. Relevancia de la investigación.....	8
1.4. Estrategia comparativa.....	11
1.5. Diseño de la investigación: variable dependiente, hipótesis, técnicas de análisis y fuentes .....	15
1.6. Estructura de la tesis .....	18

### CAPÍTULO 2. MARCO ANALÍTICO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS HACIA POBLACIONES DE ORIGEN INMIGRANTE EN EUROPA OCCIDENTAL..... 21

2.1. Contextualización de la investigación en la disciplina del análisis comparado de políticas públicas .....	22
2.2. Políticas de igualdad/equidad en los sistemas sanitarios públicos europeos, y su relación con las pautas de definición de la comunidad política.....	36
2.2.1. Igualdad y equidad en el ámbito de las políticas sanitarias .....	41
2.3 Marco explicativo de la variabilidad en las políticas sanitarias hacia los colectivos de origen inmigrante.....	48
2.3.1. Configuración institucional de los regímenes de bienestar .....	49
2.3.2. Políticas migratorias y modelos de incorporación de la diversidad.....	51
2.3.3. Politización del fenómeno de la inmigración .....	58

2.3.4. Organizaciones, burocracias y burócratas .....	65
2.3.4.1. Papel de las organizaciones del tercer sector en las políticas sanitarias hacia los colectivos de origen inmigrante .....	66
2.3.4.2. Burocracias y burócratas.....	69
2.3.4.3. Deontología de los profesionales socio- sanitarios.....	83

CAPÍTULO 3. POLÍTICAS SANITARIAS DE IGUALDAD  
HACIA LOS COLECTIVOS DE ORIGEN INMIGRANTE.  
DELIMITACIÓN DEL RANGO DE COBERTURA DE LOS  
SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS ..... 87

3.1. Reino Unido.....	91
3.1.1. Políticas de inmigración y nacionalidad en el RU .....	93
3.1.2. Universalización de la cobertura sanitaria y estructura del NHS.....	103
3.1.3. Politización del acceso de los extranjeros al NHS .....	114
3.1.3.1 Consolidación del NHS, intentos de limitación de acceso para extranjeros y politización del control sanitario de las fronteras .....	126
3.1.3.2 El acceso de los “overseas visitors” al NHS en la agenda política de principios de los 1980s.....	132
3.1.4. Disonancias entre políticas y prácticas.....	143
3.2. Francia .....	157
3.2.1. Políticas de inmigración y nacionalidad en Francia.....	159
3.2.2. Creación del sistema de aseguramiento sanitario.....	165
3.2.3. El contexto de la politización del acceso de los extranjeros a la sanidad pública en Francia.....	178
3.2.3.1. Expansión de la cobertura sanitaria en la periferia del sistema, y politización del acceso de los extranjeros al sistema sanitario.....	179
3.2.3.2. Elaboración de la Ley de Couverture Maladie Universelle.....	198
3.2.4. Disonancias entre políticas y prácticas.....	209
3.3. España.....	225
3.3.1. Políticas de inmigración y nacionalidad en España .....	227
3.3.2. Desarrollo de la estructura del Sistema Nacional de Salud y universalización de la cobertura sanitaria .....	232

3.3.3. Expansión y politización del acceso de los extranjeros al SNS .....	249
3.3.3.1. Definición del acceso de los extranjeros al SNS antes de 1999 .....	250
3.3.3.2. Inclusión de los extranjeros en el SNS: Ley de Extranjería 4/2000, y su reforma 8/2000 .....	266
3.3.4. Disonancias entre políticas y prácticas.....	294
3.4. Conclusiones.....	304

**CAPÍTULO 4. POLÍTICAS SANITARIAS DE EQUIDAD Y SU IMPACTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS POBLACIONES DE ORIGEN INMIGRANTE. TRATAMIENTO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD, Y DE LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS .....**

4.1. Reino Unido.....	315
4.1.1. Equidad en el NHS y desigualdades en salud en la sociedad británica.....	317
4.1.2. Minorías étnicas y gradiente sanitario.....	323
4.1.3. Políticas específicas de salud dirigidas a los colectivos étnicamente diferenciados .....	333
4.1.4. De los discursos a las prácticas .....	349
4.2. Francia.....	358
4.2.1. Conceptualización de la equidad en el sistema sanitario público francés, y actitud hacia las desigualdades en salud .....	360
4.2.2. Conceptualización de las minorías étnicas, escasez de datos sobre desigualdad, y limitaciones del modelo republicano de incorporación .....	371
4.2.3. Discurso republicano y pragmatismo facultativo: (pseudo-)convergencia de prácticas .....	395
4.3. España.....	414
4.3.1. Desigualdad y equidad en el sistema sanitario público español .....	416
4.3.2. Políticas específicas de salud dirigidas a los colectivos de origen inmigrante .....	430
4.4. Conclusiones.....	440

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES GENERALES .....	447
APÉNDICE METODOLÓGICO.....	465
BIBLIOGRAFÍA .....	469

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1.	Composición étnica de la población británica según el censo de 1991.....	102
Tabla 2.	Ingresos por tasas cobradas a “ <i>overseas visitors</i> ” .....	153
Tabla 3.	Población francesa de origen extranjero .....	164
Tabla 4.	Extranjeros residentes en España .....	229
Tabla 5.	Derechos de acceso a la sanidad pública para poblaciones de origen inmigrante .....	310
Tabla 6.	Mortalidad de poblaciones de origen inmigrante en el RU 1970-78.....	326
Tabla 7.	Tasa de mortalidad estandarizada en Inglaterra y Gales por país de nacimiento, 1989-92 .....	327
Tabla 8.	Tasas de mortalidad infantil por país de origen de la madre en el RU, 1989-91 .....	328
Tabla 9.	Tasas de morbilidad entre los diferentes grupos étnicos en el RU, % .....	330
Tabla 10.	Indicadores de morbilidad comparada entre población de origen extranjero y autóctonos en Francia.....	385
Tabla 11.	Morbilidad de la población de origen magrebí respecto a la de origen francés .....	386
Tabla 12.	Casos de Sida declarados por área geográfica de origen de los enfermos en Francia.....	394
Tabla 13.	Mortalidad comparativa de varones 45-59 años.....	440
Tabla 14.	Ratio comparativo de tasas de mortalidad entre varones trabajadores manuales y no manuales 45-59 años, por causa de fallecimiento.....	441
Tabla 15.	Políticas de equidad hacia poblaciones de origen inmigrante .....	445
Gráfico 1.	Evolución de las intervenciones parlamentarias sobre acceso de extranjeros al NHS, y control sanitario de fronteras .....	156

## LISTA DE ACRÓNIMOS

### General

CEE, Comunidad Económica Europea.  
ONGs, Organizaciones No Gubernamentales.  
PIB, Producto Interior Bruto.  
OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo en Europa.  
OIT, Organización Internacional del Trabajo.  
OMS, Organización Mundial de la Salud.  
UE, Unión Europea.

### Reino Unido (RU)

AHA, *Area Health Authorities*.  
BMA, *British Medical Association*.  
CHC, *Community Health Council*.  
CRE, *Commission for Racial Equality*.  
DHA, *District Health Authorities*.  
DHSS, *Department of Health and Social Security*.  
DMT, *District Management Teams*.  
DoH, *Department of Health*.  
GHS, *General Household Survey*.  
GPs, *General Practitioners*.  
HMCs, *Hospital Management Committees*.  
MP, *Member of Parliament*.  
MPU, *Medical Practitioners' Union*.  
NHI, *National Health Insurance*.  
NHS, *National Health Service*.  
NIS, *National Insurance Scheme*.  
RAWP, *Resource Allocation Working Party*.  
RHA, *Regional Health Authorities*.  
RHBs, *Regional Hospital Boards*.  
SHARE, *Services in Health and Race Exchange*.  
SMA, *Socialist Medical Association*.

## Francia

ADMEF, *Action pour les Droits des Étrangers Malades en France.*  
AM, *Assurance Maladie.*  
AAH, *Allocation aux Adultes Handicapés.*  
AMD, *Aide Médicale à domicile.*  
AME, *Aide Médicale d'État.*  
AMH, *Aide Médicale hospitalière.*  
CANAM, *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes.*  
CCAS, *Centres Communales d'Action Sociale.*  
CES, *Conseil Economique et Social.*  
Cimade, *Service Oecuménique d'entraide.*  
CSG, *Contribution Sociale Généralisée.*  
CMU, *Couverture Maladie Universelle.*  
CNAF, *Caisse Nationale des Allocations Familiales.*  
CNAM, *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.*  
CNIL, *Commission Nationale de l'informatique et des libertés.*  
CODAC, *Commissions Départementales d'Accès à la Citoyenneté.*  
Comede, *Comité Médical pour les Exilés.*  
CPAM, *Caisses Primaires d'Assurance Maladie.*  
CRAM, *Caisses Régionales d'Assurance Maladie.*  
CREDOC, *Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie.*  
CREDES, *Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Economie de la Santé.*  
DARES, *Direction de l'animation, de la Recherche, des études, et des Statistiques.*  
DASS, *Direction de l'Action Sanitaire et Sociale.*  
DDASS, *Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.*  
DGS, *Direction Générale de la Santé.*  
DPM, *Direction de la Population et des Migrations.*  
DRASS, *Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales.*  
DREES, *Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation, et des statistiques.*  
ESPS, *Enquête Santé et Protection Sociale.*  
FAS, *Fonds d'Action Social.*  
FN, *Front National.*  
FNS, *Fonds National de Solidarité.*  
FSV, *Fonds de Solidarité Vieillesse.*

GELD, *Groupe d'Études et de Lutte contre les Discriminations*  
Gisti, *Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés*.  
HCI, *Haut Conseil à l'intégration*.  
HCSP, *Haut Comité de la Santé Publique*.  
INED, *Institut National d'Études Démographiques*.  
INSEE, *Institut National de la Statistique et des Études Économiques*.  
INSERM, *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*.  
MDM, *Médecins du Monde*.  
MRAP, *Mouvement contre le Racisme et pour l'Amitié entre les Peuples*.  
MSA, *Mutualité Sociale Agricole*.  
MSF, *Médecins Sans Frontières*.  
ODSE, *Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers*.  
ONI, *Office National d'Immigration*.  
ORS, *Observatoires Régionaux de la Santé*.  
PASS, *Permanences d'Accès aux Soins de Santé*.  
PMI, *Protection Maternelle et Infantile*.  
REMEDE, *Relais Médical aux Délaissés*.  
RG, *Régime Général*.  
RMI, *Revenu Minimum d'Insertion*.  
SS, *Sécurité Sociale*.  
SDF, *"sans domicile fixe"*.  
UF, *Union Française*.  
UNIOPS, *Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux*.

#### España

ASTI, *Asociación Solidaridad con Trabajadores Inmigrantes*.  
BBV, *Banco Bilbao Vizcaya*.  
BOCD, *Boletín Oficial del Congreso de los Diputados*.  
CAM, *Comunidad Autónoma de Madrid*.  
CAP, *Centros de Atención Primaria*.  
CASSIM, *Centro de Atención Socio Sanitaria de Inmigrantes de MDM*.  
CCAA, *Comunidades Autónomas*.  
CCOO, *Comisiones Obreras*.  
CIS, *Centros Integrados de Salud*.  
CIU, *Convergencia i Unió*.  
CSB, *Consorti Sanitari de Barcelona*.  
CSSS, *Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya*.

DGM, Dirección General de Migraciones.  
DSS, Diario de Sesiones del Senado.  
EAP, Equipos de Atención Primaria.  
ENS, Encuesta Nacional de Salud.  
FEMP, Federación Española de Municipios y Provincias.  
GASIR, *Grup per a l'Assistència Sanitària als Immigrants i Refugiats*.  
ICS, *Institut Català de la Salut*.  
IMAS, *Institut Municipal d'Assistència Sanitària*.  
Imsero, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.  
INEM, Instituto Nacional del Empleo.  
INP, Instituto Nacional de Previsión.  
Insalud, Instituto Nacional de la Salud.  
INSERSO, Instituto Nacional de Servicios Sociales.  
INSS, Instituto Nacional de la Seguridad Social.  
IRPF, Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.  
ISFAS, Instituto Social de las Fuerzas Armadas.  
IU, Izquierda Unida.  
LBSS, Ley de Bases de la Seguridad Social.  
LGS, Ley General de Sanidad.  
LOSC, *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya*.  
MDM, Médicos del Mundo España.  
MSF, Médicos Sin Fronteras España.  
MUFACE, Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado.  
MUGEJE, Mutualidad General Judicial.  
OCSI, *Oficina de Cooperació Sanitària Internacional*.  
OFRIM, Oficina Regional para la Inmigración de la Comunidad de Madrid.  
OND, Oficina para la No Discriminación del Ajuntament de Barcelona.  
PP, Partido Popular.  
PSOE, Partido Socialista Obrero Español.  
RD, Real Decreto.  
SAPPPIR, *Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial als Immigrants i Refugiats*.  
SCS, *Servei Català de la Salut*.  
SEMSI, Servicio de Mediación Social Intercultural.  
SNS, Sistema Nacional de Salud.  
SOE, Seguro Obligatorio de Enfermedad.  
SOVI, Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez.  
SRS, Sistema Regional de Salud.

SS, Seguridad Social.  
SVS, Servicio Vasco de Salud.  
TIS, Tarjeta Individual Sanitaria.  
TGSS, Tesorería General de la Seguridad Social.  
UGT, Unión General de Trabajadores.  
UMTI, *Unitat de Malalties Tropicals i Importades*.

## AGRADECIMIENTOS

*Creo que lo que convierte lo bueno en excelente es la calidad humana, intangible e incommensurable. Vincent Wright era un excelente académico y una magnífica persona, y mis primeros agradecimientos le van dedicados por su incondicional apoyo durante las primeras fases de elaboración de esta tesis. Gosta Esping-Andersen asumió la no siempre sencilla tarea de dirigir esta tesis hasta su finalización. A sus comentarios se deben la mayoría de los planteamientos acertados que en ella puedan aparecer, y por ello le estoy muy agradecido.*

*El Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales del Instituto Juan March ha constituido el entorno perfecto para trabajar en esta tesis: estimulante, riguroso y repleto de gente movida fundamentalmente por su curiosidad intelectual. Formarme en ese centro ha sido un privilegio. La beca de la Fundación La Caixa y el British Council me permitió completar mi formación en la London School of Economics, y residir durante un año en una de las ciudades más complejas y apasionantes del planeta.*

*Los miembros del Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions de la Universitat de Barcelona me han proporcionado la oportunidad de hacer mis primeras tablas en el mundo de la docencia, al tiempo que mostraban una actitud empática y amistosa ante mis cuitas de doctorando en período de redacción de tesis. Mi agradecimiento más sincero para ellos. Esta tesis tampoco hubiese sido posible sin la colaboración de todos aquellos profesionales, políticos y académicos que desinteresadamente me cedieron parte de su tiempo.*

La elaboración de una tesis plantea importantes dosis de lo que los economistas denominan “costes de oportunidad”, que son en buena medida asumidos por los que rodean al tesinando. Por ello mis agradecimientos finales son para los que, de una u otra forma, han seguido a mi lado pese a no recibir todo lo que merecían, y yo hubiese querido darles.

## **CAPÍTULO 1**

### **ANÁLISIS COMPARADO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DIRIGIDAS A POBLACIONES DE ORIGEN INMIGRANTE EN EL REINO UNIDO, FRANCIA Y ESPAÑA. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS DE ESTUDIO Y DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN**

“La salud es un revelador particularmente sensible del orden social y político, tanto por la manera en que las relaciones sociales se marcan sobre el cuerpo -produciendo desigualdades en salud- como por el modo en que las instituciones políticas organizan la protección, la prevención y los cuidados - dicho de otro modo, lo que tiene que ver con las políticas de salud pública-. Cada sociedad, en cada momento de su historia, inscribe sus disparidades y preocupaciones en lo que podemos denominar el orden sanitario”.

(Fassin, 1997: 1).

El asentamiento de poblaciones de origen inmigrante en Europa Occidental durante las últimas décadas ha planteado una serie de importantes retos a las sociedades de acogida. El ámbito sanitario no ha permanecido ajeno a estos procesos en la medida en que los servicios sanitarios públicos han debido adaptarse al perfil de una población cambiante. Dichas adaptaciones pueden ser divididas en dos ámbitos de actuación claramente

## *2 / Análisis comparado de las políticas sanitarias*

diferenciados: el planteamiento de las cuestiones relativas al acceso de los recién llegados a la atención sanitaria (idealmente en igualdad de condiciones que la población autóctona), y las consideraciones en torno al modo de responder a las necesidades específicas (lingüísticas, culturales, epidemiológicas, etc.) de dichos colectivos.

Pese a compartir a grandes rasgos una secuenciación de planteamientos acorde con la anterior categorización, los sistemas sanitarios públicos de los distintos estados han respondido a dichos retos de modo claramente diferenciado. Mientras en algunos países se planteaba ya a finales de los 1970s la conveniencia de modificar el funcionamiento de los esquemas de provisión de servicios sanitarios para adaptarlos a las necesidades específicas de las nuevas poblaciones; en otros se garantizaba el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público a todos (independientemente de su nacionalidad y de su estatus jurídico) tan solo a finales de la década de los 1990s. En esta tesis repasamos la evolución de las políticas sanitarias del Reino Unido, Francia y España en su relación con las poblaciones de origen inmigrante, analizando comparativamente los condicionamientos que les han dado forma.

### **1.1. Objetivos principales de la investigación**

La cuestión de como los países de Europa Occidental hacen frente a las demandas sanitarias derivadas de la presencia de poblaciones de origen inmigrante<sup>1</sup> en su territorio constituye el ámbito central de estudio de esta investigación.

---

<sup>1</sup> Por el carácter marcadamente diferenciado de la situación social, económica, política y jurídica de los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo respecto a las personas de origen extranjero procedentes de países desarrollados (generalmente conocidos como extranjeros, expatriados, etc), en esta tesis dejaremos de lado a los segundos, centrandos fundamentalmente nuestro análisis en las siguientes categorías: inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo con permiso de residencia y/o trabajo; refugiados y solicitantes de

Prestaremos atención en primer lugar al modo en que los distintos estados han definido los mecanismos de inclusión de dichos colectivos en sus esquemas de protección sanitaria, tratando de responder a una serie de preguntas como: ¿Por qué varían las políticas de acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos para las poblaciones de origen inmigrante en los distintos países de Europa Occidental?; ¿Qué explica la forma adoptada por los equilibrios institucionales alcanzados en cada país para aplicar dichas políticas?; ¿Cuál es la lógica que subyace a los procesos de expansión de los derechos sociales (individuales y colectivos) a las poblaciones de origen inmigrante?; ¿Qué determina el momento preciso en que es adoptada la decisión de proceder a dicha expansión (o de revertirla)?; ¿Hasta que punto los discursos oficiales acerca de la incorporación (o exclusión) de las poblaciones de origen inmigrante de los esquemas públicos de atención sanitaria reflejan la realidad de las prácticas finalmente aplicadas?

En segundo lugar, daremos cuenta de los condicionantes que han intervenido en la definición de las políticas adoptadas en esos mismos países ante las demandas de tratamiento diferencial en el ámbito sanitario por parte de unas poblaciones de origen inmigrante caracterizadas por su diversidad étnica. En este plano, esta investigación responde a una serie de preguntas como: ¿Qué determina el establecimiento de programas sanitarios destinados específicamente a las poblaciones de origen inmigrante?; ¿Dónde se establecen los límites para el desarrollo de políticas específicas y/o compensatorias?; ¿Por qué dichos límites son fijados en niveles muy diferentes en los distintos estados?; ¿Cómo se alcanzan los equilibrios institucionales específicos de cada país en dicho ámbito de políticas?; ¿Cuál es el grado de desviación de las prácticas efectivas y cotidianas de las organizaciones implicadas en el ámbito sanitario respecto a los discursos oficiales relativos a dichas políticas específicas?

---

refugio; refugiados “tolerados”; y finalmente inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo en situación administrativa precaria, o indocumentados.

#### *4 / Análisis comparado de las políticas sanitarias*

Esta tesis contribuye por una parte a vincular los debates sobre la naturaleza y evolución de las estructuras de protección social incluidas bajo el epígrafe de Estado de Bienestar, con las reflexiones en torno a la definición de conceptos como los de “ciudadanía”, “comunidad nacional”, “derechos sociales”, centrales para la delimitación del ámbito de actuación de los estados. De la interacción de ambos enfoques emergen una serie de implicaciones relativas a la definición de los límites de inclusión de las sociedades receptoras ante las poblaciones recién llegadas.

Por otra parte, esta investigación avanza en el estudio de las disonancias entre los discursos oficiales acerca de un determinado ámbito de políticas, y las prácticas realmente aplicadas por las organizaciones encargadas de la implementación efectiva de dichas políticas en cada estado. En este sentido, más que centrarnos en la búsqueda de procesos de convergencia o divergencia entre países (procesos que señalaremos allí donde resulte relevante para nuestro estudio), prestaremos atención a las discrepancias intra-nacionales entre los modelos ideales que oficialmente definen las políticas públicas de un estado en un determinado ámbito de actuación, y las prácticas efectivamente implementadas.

### **1.2. Argumentos centrales de la tesis**

Una serie de argumentos principales, completados con algunas consideraciones desarrolladas de modo paralelo, estructuran el análisis presentado en esta tesis. El primero de dichos argumentos plantea que la definición de los límites de inclusión de un sistema sanitario público con relación a las poblaciones de origen inmigrante queda en gran medida condicionado por los propios equilibrios institucionales que caracterizan a dicho sistema. De este modo, los intentos de limitar el acceso de determinados colectivos a las prestaciones de sistemas sanitarios de carácter esencialmente universalista (como en el caso de la restricción del

acceso a las prestaciones del NHS para los inmigrantes indocumentados en el Reino Unido) se encuentran abocados al fracaso, y a lo sumo conseguirán una aplicación asistemática y discriminatoria de las medidas restrictivas adoptadas.

De igual modo, la acumulación de esquemas de aseguramiento como mecanismo para alcanzar la universalización de la cobertura sanitaria en sistemas originariamente basados en las cotizaciones a un sistema de aseguramiento (vinculadas a la participación en el mercado de trabajo), resultan en una compleja superposición de procedimientos burocráticos, y en la aparición de una multiplicidad de intersticios inter-institucionales por los que con frecuencia se cuelan los colectivos en situación social y administrativa más precaria, quedando así excluidos de los esquemas normalizados de atención sanitaria.

El segundo argumento central desarrollado a lo largo de esta tesis vincula el diseño de políticas específicamente elaboradas para atender a las necesidades de las poblaciones de origen inmigrante, con la existencia de un modelo teórico a través del cual se afronta la diversidad interna de una sociedad. Así, la existencia de un discurso de reconocimiento de la diversidad interna (como ocurre en el caso de la sociedad británica) facilita el desarrollo de un conjunto de políticas especialmente diseñadas para abordar las necesidades específicas de los colectivos de origen inmigrante categorizados como “minorías étnicas”. Dicho reconocimiento de la heterogeneidad étnica de la población implicará, al menos teóricamente, la modificación de los esquemas de funcionamiento del sistema sanitario público para adaptarlo a las demandas diferenciadas de los colectivos minoritarios.

Por contra, la existencia de un modelo homogeneizador y asimilador de las diferencias (como el vigente en el caso francés), implica la articulación de un marco regulador que trata de conducir a las poblaciones de origen inmigrante hacia los circuitos sanitarios normalizados diseñados para la población mayoritaria. De acuerdo con este discurso, y en ausencia de discriminación, dichos colectivos deberían beneficiarse de las prestaciones del

## 6 / Análisis comparado de las políticas sanitarias

sistema sanitario público en igualdad de condiciones que el resto de la población.

El tercer argumento que vertebra el análisis presentado en esta investigación viene en cierta medida a relativizar los argumentos anteriores al plantear que, pese a la relativa claridad de los discursos que enmarcan las políticas hacia las poblaciones de origen inmigrante, existe una cierta convergencia entre las prácticas efectivamente aplicadas en cada país. Dicha convergencia emerge de una combinación de inercias y resistencias institucionales que condicionan la implementación de las políticas dictadas por los modelos discursivos.

En el plano del acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos, y más allá de los criterios de elegibilidad oficialmente establecidos, dicha convergencia implica una tendencia hacia un alto grado de universalización *de facto* de la cobertura sanitaria (al menos para lo que podríamos incluir dentro de un paquete de atención sanitaria básica), garantizada generalmente a través de una combinación de prácticas reguladas, y esquemas informales. En el ámbito de las políticas específicas dirigidas hacia las poblaciones de origen inmigrante, dicha convergencia implica la aparición de una serie de esquemas que, organizados mediante la implicación de distintas coaliciones de agentes (ONGs, asociaciones de inmigrantes, organizaciones socio-sanitarias), surgen en todos los estados, aunque de forma más o menos regular y sistemática (esquemas de interpretación lingüística y cultural, programas preventivos específicos, centros de atención a patologías y necesidades especiales).

Esta pseudo-convergencia de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante se produciría, no por una institucionalización de derechos individuales (proceso que podría dar cuenta de una tendencia a la expansión de la cobertura de los sistemas sanitarios públicos en el largo plazo, pero no de unas prácticas que han garantizado el acceso a las prestaciones básicas de los sistemas sanitarios públicos durante los largos períodos intermedios), ni mucho menos por el reconocimiento de derechos colectivos a las poblaciones étnicamente diferenciadas (algo que

es explícitamente rechazado por algunos estados); sino por la aparición de una serie de “patologías” o “efectos perversos” en la implementación de las políticas oficialmente definidas.

Los responsables principales de dichas desviaciones serían los encargados de la aplicación efectiva de dichas políticas, ya que son ellos los que han de afrontar las consecuencias derivadas de la inadecuación de los modelos formales respecto a las realidades sobre las cuales han de actuar cotidianamente. El ámbito de las políticas sanitarias se caracteriza por la existencia de una multiplicidad de planos de responsabilidad simultánea, e íntimamente interdependientes (desde el nivel nacional -ministerial-, hasta el estrictamente local -centros sanitarios-; y desde la esfera política hasta la burocrática, pasando por el nivel específico de la autonomía de los profesionales socio-sanitarios). Como consecuencia de esta complejidad (plasmada de modo muy evidente en la existencia de lógicas de actuación, objetivos y estructuras de incentivos diferenciadas entre los distintos actores implicados en este ámbito de políticas), las decisiones tomadas en el nivel superior de cada equilibrio institucional específico se ven radicalmente transformadas por las acciones realmente aplicadas en los estratos inferiores.

El cuarto eje argumental que estructura la presente tesis es el de la consideración de la politización de este ámbito de políticas. El estudio de las diferentes coaliciones capaces de introducir un tema en la agenda política; la aparición de ventanas de oportunidad para el diseño o la implementación de determinadas medidas en coyunturas puntuales; la definición de los márgenes de movimiento dentro de los equilibrios institucionales existentes; y la existencia de constreñimientos normativos tanto internos como internacionales, configuran un ámbito de análisis específico en el seno de la presente investigación. De este modo, el estudio del papel desempeñado por este ámbito de políticas en la esfera mediática y política resultará clave en el análisis de la forma, el momento, y el grado de implementación efectiva de las mismas. A modo de ejemplo, lo más importante para nuestro análisis no será constatar si ha habido muchos casos de inmigrantes a los que no se

ha atendido, o a los que se ha cobrado (o pretendido cobrar) al recibir tratamiento sanitario; sino si ha habido discusiones a nivel político respecto al uso (o percepción de abuso) del sistema sanitario público por parte de personas de origen inmigrante.

### **1.3. Relevancia de la investigación**

Los límites que definen el área de estudio cubierta por esta tesis se encuentran a caballo entre una serie de problemáticas y debates que afectan profundamente a las sociedades contemporáneas avanzadas, confiriendo así particular importancia a las conclusiones de este trabajo.

Claramente anclada en la tradición del análisis de políticas públicas, esta investigación resulta fronteriza con una pluralidad de campos vinculados con el estudio de los esquemas de protección social (así como las reformas introducidas a los mismos en los distintos países de Europa occidental), y dentro de los mismos con el ámbito más específico de las políticas sanitarias. Simultáneamente esta investigación se apoya en los debates sobre la evolución de los derechos sociales y su vinculación con el concepto de ciudadanía; así como sobre la abundante literatura relacionada con los procesos migratorios en los que se han visto inmersos los países occidentales, las distintas tradiciones de incorporación de las poblaciones de origen inmigrante, y las diferentes filosofías desde las que se aborda el tratamiento de la diversidad religiosa, cultural, y étnica derivada de dichos procesos.

La elección de la política sanitaria de entre el conjunto de políticas sociales no es arbitraria. Tal y como señala Immergut la política sanitaria es probablemente el más controvertido de todos los esquemas de protección social englobados en el Estado de Bienestar, ya que constituye la gran división entre liberalismo y socialismo, entre economía de libre mercado y economía planificada (Immergut, 1992: 1). Como una cuestión de principios

en la que se parte de posiciones ideológicas marcadamente diferenciadas, constituye un área de intervención estatal extremadamente politizada. Esta circunstancia se ve sin duda potenciada por la creciente cantidad de recursos (económicos, técnicos, humanos) que han de ser dedicados a dicho ámbito de políticas como consecuencia del envejecimiento de la población, el incremento de las expectativas sociales acerca de la salud, y el creciente desarrollo de las tecnologías médicas.

El hecho de que exista una progresiva tendencia hacia la extensión de la cobertura sanitaria básica al conjunto de la población en todos los países occidentales no impide que persistan diferencias muy significativas en la estructuración de la provisión y financiación de los servicios sanitarios, lo cual repercute directamente en el tratamiento recibido por los pacientes de los distintos sistemas, constituyendo así terreno fértil para el análisis comparado.

Por otra parte, la magnitud que ha adquirido el fenómeno migratorio en Europa occidental en los últimos lustros, y la creciente presencia de poblaciones de origen inmigrante en los países de esta zona, convierten el estudio de las políticas relacionadas con la inmigración en un área de investigación de gran importancia. Aunque ningún país europeo es un país de inmigración en el sentido estricto del término (como lo son los EEUU, Australia, o Canadá, donde la inmigración forma parte esencial de la filosofía fundacional del estado-nación), la llegada masiva de inmigrantes en la segunda mitad del siglo XX ha situado el debate sobre la ciudadanía, la nacionalidad, y los derechos de las poblaciones de origen inmigrante en la primera línea del debate político en estos países.

El acceso de los extranjeros a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos aparece mediatizado por tres ámbitos de políticas claramente diferenciados: las políticas de control de fronteras que establecen quienes son las personas autorizadas a residir legalmente en el territorio de un estado; las distintas formas de definición del intragrupo (las leyes de nacionalidad, y el sentido atribuido al concepto de ciudadanía); y por último la

determinación de quienes han de ser los beneficiarios de los sistemas sanitarios públicos y en que condiciones (política de elegibilidad basada en residencia, nacionalidad, contribución previa, etc.). En cierta medida estos tres mecanismos de control pueden ser percibidos como hitos que marcan distintos grados de inclusión de los extranjeros en el seno de la comunidad nacional. En el extremo de mayor poder inclusivo se encontraría la legislación sobre nacionalidad que establece los mecanismos por los cuales los extranjeros pueden llegar a convertirse en miembros de pleno derecho de la comunidad (disfrutando del conjunto de los derechos civiles, políticos y sociales otorgados a los miembros de la misma). En el otro extremo, la extensión de ciertos derechos sociales a los extranjeros tendería a aproximar el estatus de estos al de los ciudadanos, pero dejaría fuera aquellos derechos que en última instancia constituyen el núcleo duro de dicho concepto y que definen a los miembros de la *Polity* (básicamente el conjunto de los derechos políticos). Existen distintas combinaciones de restricción/generosidad entre los tres mecanismos, y cada país, a través de sus equilibrios institucionales, adopta una combinación específica. El interés del estudio de estas políticas reside en que a través de las mismas se explicitan los límites de inclusión y de funcionamiento de los esquemas de protección social de los distintos países de Europa Occidental; así como en el hecho de que las poblaciones de origen inmigrante plantean retos a unos programas originariamente pensados para atender las necesidades de los propios ciudadanos de cada estado.

Las políticas sanitarias constituyen un tema particularmente interesante dentro del ámbito de la extensión de derechos sociales hacia colectivos inmigrantes, ya que de alguna forma suponen un “mínimo común denominador” (independientemente del grado de articulación de las políticas de inmigración, se debe plantear una respuesta a los retos planteados al sistema sanitario público por el asentamiento de nuevas poblaciones en el territorio de un estado), que permite contrastar las actuaciones de estados que se encuentran en diferentes estadios dentro del proceso de maduración de sus políticas migratorias. Así, estados con escasa

experiencia en el desarrollo de políticas públicas relacionadas con la inmigración como es el caso de España, pueden ser incluidos en un modelo comparativo junto a países con una larga tradición migratoria como el Reino Unido y Francia.

Las políticas sanitarias hacia los colectivos de origen inmigrante constituyen además un área escasamente tratada dentro de los análisis de políticas relacionados con el fenómeno de la inmigración, lo cual confiere un mayor interés (pisamos *terra incognita*) a los temas tratados en esta tesis.

#### **1.4. Estrategia comparativa**

A nivel agregado esta tesis se enmarca en la categoría de análisis comparativo de casos semejantes (Kitschelt, 1986: 69; Favell, 1998: 8), ya que los países aquí considerados son democracias liberales con un sistema de partidos que compiten entre sí por el poder, un alto grado de desarrollo económico, porcentajes de población de origen inmigrante relativamente considerables, y marcos culturales y sistemas de valores a grandes rasgos similares.

Con objeto de eliminar el potencial sesgo introducido a través de la selección de los casos (King, et al., 1994: 137), éstos han sido elegidos en base a las principales variables explicativas que deben dar cuenta de la variabilidad en las políticas analizadas en la presente investigación. Así, la elección del Reino Unido (RU), Francia y España como casos de estudio se justifica fundamentalmente en base a las variables que se consideran claves tanto para la definición de las políticas sanitarias de igualdad (los tipos de sistema sanitario desarrollados en cada país), como en la determinación de las políticas de equidad sanitaria hacia las poblaciones de origen inmigrante (distintos modelos de articulación de la diversidad interna aplicados en cada estado).

Como veremos más adelante con mayor detalle, en Europa occidental existen tan solo dos modelos básicos de organización de los sistemas sanitarios públicos: sistemas de aseguramiento

basados en las cotizaciones previas a un esquema de seguridad social, y sistemas nacionales de salud de carácter universalista. Esta simplicidad tipológica contrasta con la mayor diversidad de modelos utilizados para analizar los Estados del Bienestar de modo agregado, y constituye de hecho una ventaja a la hora de realizar un análisis comparativo, al partirse de un margen de variabilidad institucional extremadamente acotado. La estrategia comparativa de esta tesis incluye un caso representativo de cada uno de dichos modelos ideales (Francia, y el RU respectivamente); así como un caso caracterizado por su transformación de uno a otro modelo organizativo (el caso español).

Pese a haber alcanzado un grado similar de universalización en la cobertura sanitaria de su población, los tres países incluidos en esta investigación han seguido caminos marcadamente diferenciados para la consecución de dicho objetivo, lo cual aparece claramente reflejado en los distintos equilibrios institucionales que caracterizan a sus respectivos sistemas sanitarios públicos. Así, el RU constituyó al término de la IIª GM el modelo paradigmático de Sistema Nacional de Salud de carácter universalista, financiado a través de los impuestos generales, y férreamente controlado por el estado (adoptando de hecho un esquema de corte claramente socialdemócrata, pese a que el conjunto de sus esquemas de protección social han sido clasificados como propios de una filosofía liberal anglosajona). Este sistema fue desarrollado en base a la presunción de elegibilidad, y por lo tanto quedó pobremente dotado para la denegación del acceso a las prestaciones sanitarias. En contraposición con el modelo británico, Francia desarrolló su sistema sanitario público de acuerdo con las pautas dictadas por el paradigma corporatista, lo cual implicó la combinación de una serie de esquemas de aseguramiento profesional estructurados en base a categorías ocupacionales, con una superposición de esquemas asistenciales encargados de extender la cobertura sanitaria al conjunto de la población. Entre las consecuencias principales de dicha dualidad organizativa destacan la aplicación

de procedimientos de control de elegibilidad, y la discrecionalidad de ellos derivada, que han persistido hasta nuestros días.

La comparación de los dos casos anteriores con el caso español resulta particularmente relevante, ya que éste constituye un híbrido derivado de la transformación del sistema sanitario público desde sus orígenes como sistema de aseguramiento vinculado a la SS (similar al modelo francés) y que excluía a segmentos significativos de la sociedad española, hasta un Sistema Nacional de Salud de carácter universalista (inspirado en el sistema británico). Esta transformación supuso un cambio radical de filosofía organizativa, y con ello la aparición de una serie de pautas de delimitación del rango de cobertura que reproducen patrones heredados de su pasado como esquema de aseguramiento, al tiempo que tratan de imponerse los objetivos universalizadores propios de su nueva naturaleza institucional.

Dichos equilibrios institucionales, entendidos de un modo dinámico y por lo tanto tomando en consideración su evolución histórica, constituyen una de las variables claves en la definición de las políticas de igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias para las poblaciones de origen inmigrante como se desarrollará a lo largo de la presente tesis.

Los países incluidos en el marco comparativo de esta tesis resultan también adecuados como casos de estudio para el análisis de las políticas de equidad determinadas por los modelos de incorporación de la diversidad que caracterizan a dichos estados. Los tres presentan en la actualidad significativos porcentajes de población de origen inmigrante, y han tenido un importante pasado colonial, lo cual garantiza en cierta forma la continuación de los flujos migratorios hacia su territorio.

Tanto el RU como Francia tienen una amplia experiencia en el tratamiento de la inmigración, adquirida durante las últimas décadas, y han desarrollado modelos específicos de tratamiento de la diversidad generada por el asentamiento de dichos colectivos. Así, el RU ha elaborado un marco de relaciones con las poblaciones de origen inmigrante basado en el reconocimiento de

su diversidad étnica y el desarrollo de políticas de igualdad de oportunidades y de lucha contra la discriminación. En Francia por el contrario el *ethos* jacobino ha impedido formalmente el desarrollo de políticas de reconocimiento de la diversidad que pudiesen romper la lógica de igualdad entre todos los ciudadanos que idealmente debería regir el funcionamiento de las instituciones republicanas, por lo cual ha desarrollado una política de asimilación encaminada a incluir a los colectivos de origen inmigrante en la comunidad nacional. De nuevo el caso español constituiría un contraejemplo interesante al no disponer de un modelo explícito a través del cual se articule la respuesta de las administraciones públicas a la diversidad étnica importada por los colectivos de origen inmigrante. El alto grado de descentralización política derivado de la vertebración del estado en Comunidades Autónomas habría contribuido a una notable dispersión en este sentido, con la incipiente aparición de modelos regionales de incorporación.

### **1.5. Diseño de la investigación: variable dependiente, hipótesis, técnicas de análisis y fuentes**

La variable dependiente de esta tesis está dividida en dos categorías: por una parte las políticas diseñadas con objeto de garantizar la igualdad de acceso de estas poblaciones a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos; por otra, las políticas adoptadas con objeto de garantizar la equidad en la provisión de servicios sanitarios a colectivos de origen inmigrante.

Los complejos procesos que dan origen a estas políticas implican la existencia de una multiplicidad de condicionantes que convierten en banal cualquier intento de señalar una causa única en la adopción de las mismas. Pese a esto, hemos tratado de identificar aquellos argumentos principales que ejercen una mayor influencia sobre dichas políticas. Así, planteamos una serie de

hipótesis que hemos tratado de refutar a lo largo de esta investigación.

La primera de dichas hipótesis, relativa fundamentalmente a la dimensión de la igualdad señalada en la variable dependiente central de esta tesis, establece que los marcos institucionales que caracterizan a los respectivos sistemas sanitarios públicos (su formación y evolución histórica; rango de cobertura de los diferentes segmentos de la población; equilibrios entre estado, mercado y sociedad civil en la provisión y financiación de los servicios sanitarios, etc), determinarán en buena medida la forma adoptada por las políticas sanitarias de igualdad dirigidas hacia los colectivos de origen inmigrante.

La segunda hipótesis planteada en esta investigación, relativa en este caso a las políticas sanitarias de equidad, afirma que la posición de cada estado nación en el espectro de auto-representación homogeneidad étnica-multiculturalismo determinará el grado de desarrollo de las políticas explícitas de atención diferencial a los colectivos de origen inmigrante. Cuanto más proclive sea el paradigma de políticas de un estado a reconocer la diversidad interna de su población, mayor margen para el desarrollo de políticas específicas dirigidas a atender las demandas diferenciales de los colectivos de origen inmigrante.

Otras hipótesis de orden contextual, con incidencia sobre ambas dimensiones de la variable dependiente, giran en torno a los efectos de la politización del fenómeno de la inmigración sobre la definición de dichas políticas, así como en torno a la importancia de la discrecionalidad burocrática para explicar las importantes disonancias existentes entre discursos y políticas realmente aplicadas. Así, en relación con el tema de la politización, esta tesis demuestra que este ámbito de políticas se ha caracterizado por la presencia de un fuerte componente simbólico en las medidas adoptadas, encaminado a rentabilizar electoralmente unas políticas que finalmente tenían un impacto relativamente escaso sobre los mecanismos generales de asignación de recursos. En relación al grado de disonancia entre discursos (políticas diseñadas y hechas públicas), y prácticas (políticas realmente implementadas), esta

tesis ha demostrado que las organizaciones sanitarias ofrecen un grado variable de resistencia a los cambios introducidos desde la cúpula en un intento de proteger su margen de autonomía y los procedimientos operativos desarrollados por los miembros de la misma como expresión de su competencia, conocimiento y estatus en el seno de la organización. La implementación de una nueva política no se habrá de enfrentar así únicamente a la “inercia” organizacional, sino a una verdadera “resistencia” al cambio, resistencia que será mayor cuanto más alejada se encuentre la nueva política de los valores, prácticas y rutinas organizacionales previamente existentes.

Para la contrastación de las hipótesis planteadas en esta investigación, y el desarrollo del análisis comparado de casos planteado en la misma, se han utilizado una pluralidad de técnicas de análisis. El recurso a fuentes secundarias se ha mostrado útil para la articulación del marco analítico de la tesis, así como para profundizar en el conocimiento general de los casos de estudio, aunque como ya referimos anteriormente el tema de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante ha sido escasamente tratado por las Ciencias Sociales hasta la fecha. Así, buena parte de la información existente a este respecto pertenece al escurridizo ámbito de la “literatura gris” (informes y memorias internos de las organizaciones socio-sanitarias públicas y privadas implicadas de una u otra forma en dicho ámbito de políticas). Con objeto de obtener dicha información hemos visitado un buen número de instituciones en busca de centros de documentación y servicios de publicaciones (por regla general bastante alejados de los circuitos de investigación principales). De igual modo hemos recurrido a las bibliotecas y bases de datos de los Parlamentos nacionales con objeto de acceder a las discusiones y debates parlamentarios en los que ha quedado plasmada la evolución política y legislativa de este ámbito de políticas en cada país.

Con objeto de complementar la información obtenida a través del análisis de la documentación impresa y la legislación, y de contrastar las hipótesis principales de esta tesis, realizamos más de 40 entrevistas en profundidad (el listado de las cuales aparece en

el apéndice metodológico) a responsables políticos y administrativos, médicos, miembros de las organizaciones del tercer sector implicadas en este ámbito de políticas, y líderes de asociaciones de inmigrantes.

Finalmente, y con objeto de analizar la escasa información existente relativa a las desigualdades en salud que afectan a las poblaciones de origen inmigrante, exploramos algunas encuestas (referidas en el anteriormente citado apéndice) que incluyen entre sus cuestionarios alguna pregunta relativa a estados de salud y pertenencia étnica, aunque la inexistencia de datos coherente y uniformemente generados ha imposibilitado la comparación sistemática de los distintos casos en relación a dicho fenómeno.

## **1.6. Estructura de la tesis**

La estructura de esta tesis, compuesta de cinco capítulos, obedece a un esquema relativamente simple. Tras esta Introducción, el capítulo segundo presenta el marco analítico general de la investigación, contextualizando esta tesis en la subdisciplina del estudio de las políticas públicas, planteando los rasgos generales de la variable dependiente, y repasando las variables explicativas principales que han sido apuntadas en la sección anterior en forma de hipótesis.

Los capítulos tercero y cuarto constituyen el cuerpo central de esta tesis, presentando la parte empírica del estudio de los casos, así como el análisis comparado del que se derivan las conclusiones generales de esta investigación. De este modo el capítulo tercero, estructurado a su vez en cuatro secciones (una para cada uno de los casos y una breve conclusión) está dedicado al análisis de las políticas de igualdad de acceso a los sistemas sanitarios públicos para las poblaciones de origen inmigrante. Basándonos en el análisis de la creación y evolución de los sistemas sanitarios públicos en cada uno de los casos, se define el papel de las

herencias institucionales (nivel de centralización, papel de las asociaciones de profesionales sanitarios, politización, etc) en la extensión de la cobertura sanitaria a los colectivos de origen inmigrante, así como en la aparición de disonancias entre los discursos y las prácticas realmente aplicadas en ese ámbito de políticas.

El capítulo cuatro reproduce el mismo esquema, pero esta vez con el objetivo de analizar las políticas de equidad en sanidad. Con objeto de contextualizar dichas políticas se repasa tanto el modo en que las poblaciones de origen inmigrante son categorizadas, como la evidencia empírica existente acerca de desigualdades en salud que afectan a dichos colectivos. Finalmente, las políticas de equidad en salud son explicadas en base a una combinación de variables entre las que destaca la conceptualización que cada estado hace de su propia diversidad interna. Especial atención se presta también en dicho capítulo a las importantes disonancias entre discursos y prácticas en este ámbito de políticas, explicadas en este caso por la intervención de los propios agentes encargados en última instancia de aplicar las medidas adoptadas en los niveles superiores de la estructura político-administrativas.

El capítulo quinto presenta las conclusiones generales de la tesis. En ellas se pretende, no tanto volver a incidir sobre los puntos previamente destacados a lo largo de la tesis, como apuntar una serie de implicaciones tanto para la disciplina del análisis de políticas, como para las propias políticas públicas. Dichas conclusiones tratarán de extrapolar hacia el caso español (el más novel en este área de intervención pública) las conclusiones principales extraídas de las políticas diseñadas e implementadas en países con una amplia experiencia como receptores de flujos migratorios.

## CAPÍTULO 2

### MARCO ANALÍTICO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS HACIA POBLACIONES DE ORIGEN INMIGRANTE EN EUROPA OCCIDENTAL

*“Ends do not necessarily precede means; neither are they always ‘instructive’ in the sense that they always prescribe a ‘correct’, much less the only ‘correct’, means of obtaining them. Moreover, organizations can have contradictory goals. Stipulated ends in organized systems are not the motive for the actions of individual members. They can be modified, re-interpreted, or altered”.*

(Brans y Rossbach, 1997: 420).

Esta tesis puede ser brevemente descrita como un análisis comparativo de las políticas sanitarias diseñadas y aplicadas en un grupo de países europeos con objeto de afrontar las necesidades derivadas del asentamiento de poblaciones de origen inmigrante. Antes de proceder al estudio de dichas políticas, y con objeto de explicitar con mayor precisión los objetivos de la presente investigación, es conveniente enmarcarla en el seno de la subdisciplina del análisis comparado de políticas públicas. De igual modo será necesario proveerse de un conjunto de herramientas conceptuales y analíticas que nos permitan

interpretar los complejos procesos de diseño e implementación de las políticas incluidas en este estudio, para lo cual nos remitiremos a los principales paradigmas teóricos del ámbito del análisis de políticas públicas.

Posteriormente definiremos con mayor precisión la pregunta central de esta investigación para lo cual desagregaremos la variable dependiente principal en sus dos dimensiones básicas: la conceptualización de la igualdad (relativa a la delimitación del rango de cobertura de los esquemas públicos de provisión de servicios sanitarios), y la equidad (caracterizada por su componente normativo mucho más marcado) en el ámbito de las políticas sanitarias públicas.

Finalmente, en la última parte de este capítulo repasaremos las principales variables explicativas utilizadas para dar cuenta de la diversidad en las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen extranjero en los distintos países incluidos en el marco comparativo de la presente investigación.

## **2.1. Contextualización de la investigación en la disciplina del análisis comparado de políticas públicas**

Dentro del marco general de la Ciencia Política, el análisis de políticas públicas constituye en sí mismo una disciplina sumamente diversa, con una pluralidad de enfoques y aproximaciones extremadamente diferenciados, por lo que como paso previo a la delimitación de la variable dependiente resultará necesario acotar del modo más claro posible el ámbito específico de actuación de la presente investigación.

La excelente categorización de los diferentes tipos de análisis de políticas públicas elaborada por Colino establece cuatro tipos ideales de enfoques analíticos, cada uno de los cuales representa una tradición de investigación claramente diferenciada: análisis de las condiciones de elaboración de las políticas; de sus contenidos; del proceso de su elaboración; y finalmente de su implementación (Colino, en López Nieto, 1997). Pese a la nitidez con la que esta

clasificación distingue los diferentes enfoques, y tal y como el propio autor de dicha tipología reconoce, cada una de estas aproximaciones se desarrolla en íntima conexión con el resto en un proceso de fertilización cruzada en el que se intercambian aportaciones teóricas, empíricas y metodológicas, difuminándose así los límites efectivos entre dichas categorizaciones.

Esta tesis, planteada como un análisis comparativo de las condiciones que determinan el diseño y la implementación de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante, constituye un ejemplo de dicha fertilización entre distintos enfoques, al presentar un doble perfil: una faceta centrada en el análisis comparativo de las condiciones que determinaron la forma (sustancialmente diferenciada) adoptada por las políticas sanitarias dirigidas a las poblaciones de origen inmigrante en un grupo de países de Europa occidental; otra estructurada en torno al estudio de las disonancias existentes entre los discursos oficiales acerca de dichas políticas, y las prácticas realmente aplicadas en cada estado.

La literatura sobre el análisis de políticas públicas aparece con frecuencia constreñida entre la abstracción de los grandes paradigmas teóricos (diversas variantes del institucionalismo, de la teoría pluralista, de la teoría de sistemas, etc), y el enfoque micro de los estudios de caso que tratan de destacar la importancia de una variable específica. El resultado es una disciplina muy compartimentada, y con una escasa circulación entre sus diferentes componentes, donde el eclecticismo o el pluralismo analítico son interpretados más como una indicación de debilidad teórica, que como el resultado de una síntesis constructiva voluntariamente perseguida por el investigador.

Siguiendo la recomendación de aquellos autores que abogan abiertamente por la combinación de herramientas analíticas de distintos paradigmas teóricos<sup>2</sup>, la presente investigación se

---

<sup>2</sup> Las llamadas al pluralismo teórico y metodológico suelen ser de hecho bastante más frecuentes que las aplicaciones prácticas de dicha recomendación (Ver Kitschelt, 1986: 66; Campbell, 1998: 384; Hall y Taylor, 1996: 937; Goldstone, 1998: 841).

apoyará fundamentalmente en las premisas básicas del llamado “nuevo institucionalismo”, sin descartar por ello aportaciones de otros marcos analíticos que pueden resultarnos útiles en el desarrollo de nuestro estudio.

Compuesto en realidad por varios enfoques claramente diferenciados cuyo principal rasgo común radica en su disposición a mostrar el papel determinante de las instituciones en la delimitación de los comportamientos sociales individuales, el “nuevo institucionalismo” (histórico, sociológico, y de elección racional), permite combinar una aproximación estática al estudio de las políticas, con un planteamiento más dinámico en el que se incluyan los procesos de desarrollo y evolución institucional. Pese a compartir interés por la toma en consideración de los equilibrios institucionales en la determinación de los procesos políticos y sociales, los distintos enfoques del “nuevo institucionalismo” han evolucionado de modo independiente, y con una escasa influencia mutua.

De la aproximación institucionalista histórica adoptaremos la noción de racionalidad limitada y circunscrita al marco institucional para explicar el comportamiento de los agentes implicados en los ámbitos de políticas analizados. Uno de los conceptos de este enfoque que nos resultará de mayor utilidad analítica es el de “*path dependence*”, según el cual los equilibrios institucionales previamente existentes contribuirán de modo determinante a delimitar el rango de opciones posibles a la hora de elegir un nuevo curso de acción<sup>3</sup> (Wilsford, 1994: 277). De acuerdo con este enfoque, las opciones que los actores se plantearán a la hora de adoptar un determinado programa de actuación estarán determinadas por los patrones de comportamiento que les resulten familiares dentro del contexto institucional en el que se encuentren. De este modo, los equilibrios

---

<sup>3</sup> Citando a Feick, “*Institutional structures mediate participation, information flows and influence potential inputs into decision-making processes and thus constrain entrance, exit and voice conditions. These institutional/organisational structures delimit the opportunity space of actors and shape the process relationships among them*” (Feick, 1992: 267).

institucionales existentes proporcionarán los marcos organizativos, morales y cognitivos en los que se encuadrará la acción de los agentes implicados en un ámbito de políticas concreto (Hall y Taylor, 1996: 939; March y Olsen, 1996: 251). La ruptura del neo-institucionalismo histórico con el paradigma funcionalista queda claramente establecida en la conceptualización de los equilibrios institucionales existentes como resultado de conflictos y luchas políticas entre actores implicados en un determinado ámbito de políticas (Thelen, 1999: 388; Pierson, 2000: 812), así como en la incorporación en su modelo de cambio institucional de las consecuencias no intencionales e ineficiencias derivadas de las propias pautas de desarrollo institucional, aspectos no previstos que a su vez marcarían el futuro de los nuevos equilibrios institucionales.

Según Goldstone, la utilización del concepto de “*path dependence*” no se adecuaría al estudio comparativo de fenómenos o procesos que, emergiendo desde condiciones iniciales claramente diferenciadas, confluyan en una situación final muy similar (Goldstone, 1998: 841). Esta crítica podría ser (en principio) de aplicación a parte del trabajo de comparación elaborado en esta tesis (en particular a la parte relacionada con el análisis del concepto de igualdad en los sistemas sanitarios públicos de Europa occidental), ya que se trataría del estudio de la convergencia de estas políticas hacia una suerte de equilibrio final (cobertura sanitaria prácticamente universal basada en el criterio de residencia en el territorio), desde situaciones de origen (rangos de cobertura y criterios de elegibilidad) marcadamente diferenciadas.

Pese a la verosimilitud de dicha crítica, las dudas respecto a la adecuación del concepto de “*path dependence*” en una investigación como esta quedan en buena medida disipadas si se analiza con mayor detenimiento la propia noción de convergencia de políticas. Así, la desagregación del concepto de convergencia en sus diversas dimensiones integrantes, tales como la convergencia de objetivos (*policy goals*), de contenidos (*policy content*) en su sentido más formal (estatutos, regulaciones, etc), de

instrumentos utilizados para su aplicación (*policy instruments*), de su impacto o consecuencias (*policy outcomes*), o de estilos de políticas (*policy styles*), nos proporcionará una imagen muy diferente de la situación (Bennett, 1990: 218).

En el caso de las políticas que nos ocupan podríamos hablar efectivamente de convergencia de “*policy goals*” (cobertura sanitaria basada en la residencia en el territorio), y hasta cierto punto de convergencia de “*policy outcomes*” (una cobertura prácticamente universalizada), pero ahí terminarían las similitudes entre los distintos casos estudiados. Las “*path dependencies*” que condicionan la evolución de los equilibrios institucionales que definen a los sistemas sanitarios públicos de cada país determinarán que los “*policy contents*”, “*policy instruments*”, y “*policy styles*” que caracterizan a las políticas de expansión de la cobertura de los sistemas sanitarios sean (y permanezcan) marcadamente diferenciados.

Tal y como señala Bennett, los procesos de convergencia de “*policy content*”, o de “*policy instruments*”, requerirían de la aplicación explícita de alguno de los cuatro mecanismos siguientes: adopción por las autoridades de un país de políticas previamente puestas en práctica en otros estados (*emulation*); intervención de un grupo transnacional de actores (públicos y/o privados) que compartan motivación, conocimientos e información sobre un determinado problema, lo cual facilitaría la circulación de ideas y por tanto la adopción de medidas similares (intervención de las “*policy communities*”); existencia de una institución supranacional que promoviese la estandarización de las políticas (*harmonisation*); o la obligación de adoptar determinadas medidas por parte de las autoridades de un estado para adaptarse a acciones emprendidas en otro estado (*penetration*) (Bennett, 1990: 220). Según este planteamiento, los actores implicados en procesos de creación de nuevas organizaciones, programas, o esquemas de intervención (o de transformación de las ya operativas), tomarían como referencia el elenco de equilibrios institucionales existentes en los diversos estratos de agregación política (desde el nivel local, hasta el supranacional) que les

resultasen cultural o ideológicamente próximos<sup>4</sup>, y los adoptarían como referencia para la creación o adaptación de sus propios modelos organizativos.

El objetivo prioritario de la presente investigación no consiste en realidad en estudiar dichos procesos de convergencia de “*policy content*” o de “*policy instruments*” entre las políticas de diferentes estados, que tal y como veremos con mayor detalle en los siguientes capítulos de esta tesis sin duda han existido en algunos contextos<sup>5</sup>; sino más bien en identificar las contradicciones internas entre los modelos ideales propugnados por las filosofías de los esquemas de protección social, y de tratamiento de la diversidad interna de los diferentes países, y las prácticas de las organizaciones encargadas de trasladar las políticas en programas específicos de atención sanitaria hacia los diferentes colectivos de la población residente en el ámbito de un estado.

Pese a que el institucionalismo histórico se muestra claramente abierto a la toma en consideración de diferentes variables

---

<sup>4</sup> Para dicho proceso de imitación (o de aprendizaje de políticas), se toma en consideración tanto instituciones y modelos de otros países, como equilibrios institucionales que históricamente hayan existido en el mismo país. Como señala Rose, a la hora de seleccionar las organizaciones que servirán de modelo en dicho proceso de aprendizaje la proximidad geográfica no será el aspecto más importante que se tomará en consideración, sino la percepción subjetiva de afinidad con los equilibrios institucionales que se pretende imitar. De este modo, los valores subjetivos de los políticos, y las redes internacionales de políticas (*epistemic communities*) jugarán un papel determinante en dichos procesos de importación de modelos (Rose, 1991).

<sup>5</sup> Así, el sistema de protección social británico de entreguerras fue copiado del sistema de seguridad social bismarckiano; el desarrollo del sistema sanitario francés tras la IIª GM estuvo fuertemente influenciado por las premisas del Beveridge Report; y la transformación del sistema sanitario público español a mediados de los 1980s, desde su estructura como sistema de seguridad social hacia un modelo de sistema nacional de salud, estuvo inspirada en el modelo del NHS británico, implicando todos ellos la aplicación de una estrategia de “*emulation*”. De igual modo, y como también mencionaremos más adelante, el proceso de integración política europea ha establecido una clara dinámica de “*harmonisation*”, al tiempo que multiplicaba las posibilidades para el desarrollo de “*policy communities*”.

explicativas de la evolución de los procesos sociales (en especial de aquellas relacionadas con el desarrollo socioeconómico, o con la difusión de ideas entre diferentes marcos institucionales) (Pierson, 1993: 611), este enfoque no explicita de modo suficientemente claro cuales pueden ser esas otras variables que, junto a las instituciones definidas fundamentalmente como organizaciones formales, pueden contribuir a dar cuenta de la variabilidad en los procesos sociales y políticos estudiados (Hall y Taylor, 1996: 950; Pontusson, 1995: 118; Wilsford, 1994: 257).

La utilización de algunos conceptos propios del enfoque institucionalista sociológico nos permitirá incorporar una serie de mejoras sustanciales a nuestro marco analítico, matizando y complejizando la aproximación básica derivada del enfoque institucionalista histórico. Así, los conceptos analíticos manejados por este enfoque nos facilitarán el desarrollo de una visión multidimensional del estado, evitando toda tentación de idealización del mismo como agente unitario y omnipotente (Brans and Rossbach, 1997: 420). Al mismo tiempo, nos permitirán incluir no solo a las organizaciones formales y al conjunto de reglas, procedimientos y normas que definen su funcionamiento; sino también las rutinas, hábitos, y prácticas informales (no regladas, ni formalmente explicitadas), que guían la actuación de los distintos actores implicados en el ámbito de políticas que tratamos de analizar<sup>6</sup>. La toma en consideración de los sistemas simbólicos, cognitivos, y éticos propios de los agentes encargados de la aplicación efectiva de las políticas nos permitirá en última instancia analizar, no ya solo la forma en que las instituciones determinan la capacidad de los gobiernos para legislar y diseñar políticas públicas, sino también la capacidad real

---

<sup>6</sup> Cabe reconocer que dicha laxitud conceptual puede introducir un riesgo de difuminación de la frontera entre las “instituciones” y el resto de las “estructuras” sociales (estructura de clases, proceso de socialización, marco económico, etc), ya que la elusiva barrera entre ambos conceptos estriba precisamente en el mayor grado de formalización que las instituciones imponen al comportamiento individual de sus miembros (Pontusson, 1995: 125).

de dichas instituciones para implementar las medidas formalmente adoptadas.

La introducción de la burocracia como actor colectivo determinante en la fase de implementación de las políticas públicas, nos permitirá destacar la existencia de una lógica de actuación propia de estos colectivos (búsqueda de legitimidad de la organización y de sus miembros, expansión del ámbito e intensidad de su actuación, toma de decisiones ante objetivos ambiguos o conflictivos, etc) que condicionará los resultados de la aplicación de dichas políticas.

De igual modo en que el concepto de “*path dependence*” nos permite hacer referencia a la influencia de los marcos institucionales previamente existentes sobre las nuevas políticas, el concepto de “*policy paradigm*” (generado a partir de la desagregación de los marcos cognitivos del equilibrio institucional general), nos permitirá analizar el modo en que el proceso de elaboración de políticas resulta afectado por la existencia de conjuntos de ideas que estructuran los discursos políticos, afectando con ello al marco referencial general en el cual se enmarcarán los problemas a tratar, y los rangos de posibles soluciones (Hall, 1993: 290; Yishai, 1993: 208). La principal ventaja derivada de la utilización de este concepto estriba en la posibilidad de introducir un mayor dinamismo en el análisis, al abrir un espacio para la lectura de los cambios en dichas políticas en términos de coherencia y fortaleza interna de los discursos que tratan de conferir legitimidad y sentido a las acciones gubernamentales<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Según Hall, no todos los ámbitos de políticas poseen un “*policy paradigm*” igualmente desarrollado. Mientras que en algunos temas el conjunto de ideas que guían la acción gubernamental resulta mucho más difuso y por lo tanto más proclive a la introducción de cambios; en otros (caracterizados por su carácter altamente técnico y necesitados de un conocimiento relativamente especializado, así como en aquellos en los que los responsables sean elegidos para mandatos particularmente duraderos) la existencia de un paradigma de políticas garantizará una relativa estabilidad en las políticas (Hall, 1993: 291).

Según Campbell, los “*policy paradigms*” constituyen, “*background assumptions that constrain action by limiting the range of alternatives that policy-making elites are likely to perceive as useful and worth considering*” (Campbell, 1998: 385). Para este autor, dicho concepto debe distinguirse claramente del de “*public sentiments*”, más cargado de consideraciones normativas, y que haría referencia al sistema de valores del conjunto de la sociedad. Sin entrar en excesivas consideraciones acerca de la conveniencia, utilidad, o posibilidad real de realizar una marcada diferenciación entre aspectos prescriptivos y normativos en los discursos acerca de las políticas públicas<sup>8</sup>, en este ejercicio de eclecticismo destinado a proveernos de herramientas analíticas para la realización de nuestra propia investigación adoptaremos algunos planteamientos del enfoque narrativo que apuntan a los importantes paralelismos existentes entre el estudio de las políticas públicas, y el análisis de discursos. Como señala Roe, “*Many public policy issues have become so uncertain, complex, and polarized -their empirical, political, legal, and bureaucratic merits unknown, not agreed upon, or both- that the only things left to examine are the different stories policymakers and their critics use to articulate and make sense of that uncertainty, complexity and polarization*” (Roe, 1994: 3). De este modo, una de las principales funciones del analista de políticas públicas habrá de ser la de identificar los discursos que dominan un ámbito de políticas<sup>9</sup>, señalando las inconsistencias y

---

<sup>8</sup> Para Favell, la distinción entre aspectos prescriptivos y normativos de lo que él denomina “*public philosophies*” resulta impracticable, ya que “*an ‘official’ public theory is (...) inherently both explanatory and normative in nature, combining these two dimensions as an automatic condition of its political contextualisation and application*” (Favell, 1998: 15).

<sup>9</sup> Según esta autora, “*policy narrative are stories (scenarios and arguments) which underwrite and stabilize the assumptions for policymaking in situations that persist with many unknowns, a high degree of interdependence, and little, if any, agreement*” (Roe, 1994: 34). Desde una perspectiva kuhniana, Rae plantea que “*the policy narratives (...) are treated by many of their narrators as continuing to retain some explanatory or descriptive power, even after a number*

las contradicciones en las que incurre la narración oficial. El estudio de las prácticas constituiría uno de los *inputs* más importantes en dicho proceso de desmitificación de los discursos oficiales.

Como apuntamos anteriormente una aproximación sincrética puede evitar la relativa rigidez de los enfoques institucionalistas, escasamente capacitados para conceptualizar a los actores implicados en la elaboración e implementación de políticas como agentes activos de las mismas<sup>10</sup>. Por ello, en el marco analítico de la presente investigación trataremos también de combinar los enfoques institucionales con algunos conceptos del enfoque pluralista, de modo que los distintos actores implicados en los ámbitos de políticas estudiados sean tomados en consideración y su papel (o falta de él), en el proceso de elaboración e implementación de las mismas, correctamente evaluado.

Desde una perspectiva pluralista la literatura relacionada con la definición de la agenda política (*agenda building*), el diseño (*policy design*), y la elección de políticas públicas (*policy choice*), asume que los diferentes colectivos o “públicos” que pueden ser afectados por una determinada política se encuentran representados (en mayor o menor medida, y de uno u otro modo), en la esfera política. Cuando en un determinado ámbito de políticas existen problemas de acción colectiva (al ser percibidos los problemas como demasiado remotos, la acción de presión al gobierno excesivamente costosa, o los beneficios individuales derivados de la intervención demasiado difusos); o en situaciones en las que existen escasos incentivos para la aparición de “públicos”, nos encontramos en un contexto de “*policies without*

---

*of the points or assumptions upon which they are based are understood to be in doubt and subject to serious qualification”.*

<sup>10</sup> Como señala Campbell, “*acknowledging the self-conscious capacity of actors to engage in deliberate and creative transposition is one way to inject agency into structural explanations and develop a more refined and dynamic theory of action*” (Campbell, 1998: 383).

*publics*". Según May, la ausencia de "públicos"<sup>11</sup> en un determinado ámbito de políticas tiene una serie de consecuencias que se pueden resumir en un débil desarrollo de los "*issue networks*", y las "*policy communities*"<sup>12</sup> (es decir las redes formales e informales que vinculan a los diferentes agentes potencialmente implicados en dicho ámbito de políticas); un papel central de las opiniones de los tecnócratas en la definición de los términos en los que son percibidos los problemas, así como en las soluciones planteadas como factibles (que poseen además un carácter extremadamente tentativo); y en una gran opacidad en dichos temas, cuyos debates y discusiones se desarrollan fundamentalmente fuera del alcance de la opinión pública (May, 1991: 194).

Por la propia condición de no ciudadanos de los destinatarios últimos de las políticas sanitarias analizadas en la presente tesis, este concepto de "políticas sin público" puede resultarnos útil en la contextualización del marco en el que se desarrollan dichas políticas, o como mínimo puede permitirnos problematizar el tema de la influencia de los receptores de las políticas en la elaboración e implementación de las mismas. Efectivamente, y en la medida en que los derechos políticos de las poblaciones de origen inmigrante en sus países de acogida son limitados, las políticas relativas a estos colectivos pueden resultar equiparables a "políticas sin público", al carecer estos grupos de voz directa en la esfera política (o en cualquier caso verse relativamente limitados en el ejercicio de dichos derechos).

Es en buena medida esa situación de relativo vacío en la defensa de los intereses de estos grupos la que confiere un especial interés al estudio de la actuación de las organizaciones del tercer sector (ONG, organizaciones voluntarias, etc) como mediadores y

---

<sup>11</sup> Como May señala, "*The term publics is used here broadly (...) to refer to the identifiable groupings who have more than a passing interest in a given issue debate or are actively involved in an issue debate*" (May, 1991: 190).

<sup>12</sup> Para una revisión sistemática y en profundidad de los conceptos utilizados por los enfoques pluralistas para definir la interacción entre los distintos agentes implicados en un determinado ámbito de políticas ver Klijn, 1996.

representantes de dichos colectivos, complementando así otras funciones (como sustitutivo inicial de las responsabilidades públicas no asumidas por las administraciones públicas, en la definición de la agenda de políticas, el diseño, o la implementación de las mismas), que con frecuencia de por sí desempeñan. El margen de implicación de las poblaciones de origen inmigrante (bien directamente, bien a través de la actuación interpuesta de organizaciones de la sociedad civil), en la esfera política y en los ámbitos de toma de decisiones puede tener importantes repercusiones en el contenido y las formas finales adoptadas por las políticas analizadas en esta investigación.

De acuerdo con May, las soluciones prototípicas a los problemas presentados por espacios de política sin “público” son la provisión directa de los servicios necesarios por parte del estado (siguiendo las indicaciones y las pautas prescritas por los tecnócratas), o bien la creación de incentivos para el surgimiento de interlocutores que “normalicen” así el espacio político, y lo transformen en un ámbito con “público”<sup>13</sup>. En relación con las políticas tratadas en esta tesis, las dos opciones parecen factibles, y de hecho observaremos ejemplos de ambos tipos de actuación, dependiendo en buena medida (una vez más) de los equilibrios institucionales pre-existentes en cada ámbito de políticas específico, matizados por las coyunturas políticas concretas en que se contextualicen dichas medidas. Así, veremos como los gobiernos de los países incluidos en esta investigación decidieron expandir la cobertura de los sistemas sanitarios públicos para incluir a la mayor parte de la población de origen inmigrante

---

<sup>13</sup> Más allá de las disquisiciones acerca de si son los burócratas y/o los políticos los encargados de atraer a los distintos colectivos que representan a la sociedad civil, o si son éstos últimos los que tratan de acceder a la arena política para poder influir así en la formulación de políticas; lo cierto es que con frecuencia se establece una relación simbiótica entre ambos niveles, de modo que el estado proporciona influencia (voz) y recursos a las organizaciones (subvenciones, contratos, etc), y estas a su vez proporcionan a las administraciones públicas información, ideas, experiencia, legitimidad y capacidad de implementación (en combinaciones variables) (Ver, Maloney, et al., 1994: 23).

residente en su territorio (por supuesto en contextos políticos favorables a dicha expansión de los derechos sociales de los extranjeros, y en generalmente tras la intervención paliativa/reivindicativa de las organizaciones del tercer sector), y no lo hicieron de cualquier modo, sino reproduciendo exactamente los mecanismos de ampliación de la cobertura que habían sido anteriormente utilizados en los procesos de expansión de la cobertura sanitaria en relación a los nacionales de dichos estados (mecanismos que se adaptaban exactamente a la filosofía última de los sistemas de protección social y sanitaria de cada país). En segundo lugar observaremos también como, siguiendo una vía que debía proporcionar resultados en cierta forma diferidos, algunos estados decidieron afrontar la ausencia de “públicos” creando canales de comunicación y consulta específicos con las poblaciones de residentes no nacionales, o proporcionando apoyo financiero a dichos colectivos, facilitando cierta forma de participación política y constituyendo así “públicos” en cierta forma articulados.

Una tercera estrategia no incluida por May en su análisis de las soluciones plausibles ante los problemas derivados de la ausencia de “públicos”, y que aparece entre las adoptadas por los gobiernos en el ámbito de políticas que nos ocupa es la delegación de responsabilidades sobre la implementación de las políticas en organizaciones del tercer sector, generalmente con la asunción estatal indirecta (vía subvenciones a estas organizaciones) de buena parte de las responsabilidades financieras derivadas de la implementación de dichas políticas.

Un rasgo final de las “políticas sin públicos” que merece ser destacado por su relevancia en las políticas estudiadas en la presente tesis está relacionado con los especiales problemas de implementación que presentan, así como el amplio margen para la arbitrariedad de los “*street-level bureaucrats*” que permiten. Tal y como señala May al referirse a la implementación de aquellas políticas que pueden ser incluidas en esta categoría, “*Mandates will be ignored, rather than challenged or redefined; inducements will be of limited interest, rather than widely accepted but abused;*

*changes in authority or institutional relationships will be more readily accomplished, but with more limited impact*" (May, 1991: 199). Como veremos más adelante al referirnos a las potenciales variables explicativas de la presente investigación, las prácticas (formales e informales) de los "street-level bureaucrats" resultan especialmente importantes en un medio en que las condiciones de "accountability" de las agencias y organizaciones públicas se ven sustancialmente relajadas, hasta el punto de terminar jugando un papel central en la determinación de las políticas finalmente implementadas.

Si el concepto de "path dependence", combinado con la toma en consideración del papel de los diferentes actores implicados en este ámbito de políticas, aparece como la combinación más adecuada para dar cuenta de la forma que adoptan los equilibrios institucionales característicos de cada estado incluidos en el marco comparativo de la presente investigación, el concepto de "ventana de oportunidad política" puede resultarnos útil para explicar el momento preciso en que una determinada política es adoptada. Como señala Sabatier las "ventanas de oportunidad" quedan contextualizadas por la confluencia de tres sistemas independientes: el ámbito de los problemas sociales; el ámbito de las "policy communities" (compuesto por investigadores, "advocates" y especialistas que analizan problemas y formulan posibles alternativas de respuesta a los mismos); y el ámbito político, marcado por los ciclos electorales y la competencia entre partidos. Así, una "ventana de oportunidad" aparecerá cuando los tres ámbitos coincidan en el espacio y el tiempo, de modo que, "*in response to a recognized problem, the policy community develops a proposal that is financially and technically feasible, and politicians find it advantageous to approve it*" (Sabatier, 1991: 151).

La introducción de este concepto nos permitirá realizar un análisis más dinámico de la evolución de las políticas públicas, que escape a las consideraciones únicas sobre la eficacia o la eficiencia de las mismas, para incluir aspectos como la visibilidad o la legitimidad obtenida a través de la aplicación de determinadas

políticas. Esto nos permitirá a su vez introducir la variable de la politización (sobre la que también volveremos en la sección dedicada a las variables explicativas), referida a los contextos en los que el tema de la inmigración es introducido en la agenda política por algún partido político, y cómo esto tiene un impacto sobre las políticas dirigidas hacia los colectivos de origen inmigrante.

## **2.2. Políticas de igualdad/equidad en los sistemas sanitarios públicos europeos, y su relación con las pautas de definición de la comunidad política**

Tal y como argumenta Freeman, los estados de bienestar nacionales constituyen, por su propia naturaleza, sistemas cerrados con fronteras claramente delimitadas, encargadas de identificar a los que son miembros de la comunidad (y por lo tanto beneficiarios de su protección), de los que no lo son (Freeman, 1986: 52). En esta afirmación dicho autor sigue la noción de justicia distributiva planteada por Walzer, y que presupone la existencia de “*a bounded world within which distribution takes place: a group of people committed to dividing, exchanging, and sharing social goods, first of all among themselves*” (Walzer, 1983: 31). A su vez, esta relación entre el derecho de acceso a las prestaciones y servicios proporcionados por los esquemas públicos de protección social, y la idea de “pertenencia” a una comunidad nacional, resulta coherente con el concepto de Estado de Bienestar utilizado por Marshall, para el cual dichos esquemas representan la institucionalización de los derechos sociales adquiridos por los ciudadanos (Marshall, 1964: 86).

Según Marshall, la secuenciación de la institucionalización de los derechos sociales se produce tras la extensión de los derechos civiles y políticos a toda la ciudadanía. La supeditación de los derechos sociales en el enfoque de este autor no resulta gratuita, ya que parte de una distinción inicial entre unos derechos que considera centrales para la propia definición del concepto de

ciudadano (los derechos civiles y políticos), y unos derechos “complementarios” (derechos sociales) que seguirían, incluso cronológicamente, a los anteriores (King y Waldron, 1988: 420). El desigual grado de desarrollo de los derechos sociales en las democracias liberales occidentales en las que cabe hablar de un concepto de ciudadanía fuerte proporciona cierta verosimilitud a esta jerarquización de los distintos conjuntos de derechos de los ciudadanos de un estado.

Apoyando aparentemente esta hipótesis, las argumentaciones y justificaciones desplegadas históricamente durante la creación y expansión de mecanismos de aseguramiento social, programas de provisión de servicios sociales, y esquemas de protección social en general, han sido enmarcadas (de manera particularmente explícita durante su fase de creación) en una retórica de “solidaridad nacional” y/o de “derechos de ciudadanía” (Brubaker, 1992).

En el extremo opuesto del debate en torno a la lógica subyacente a la expansión de los derechos sociales, y en oposición a dicha visión de los Estados de Bienestar europeos como sistemas intrínsecamente excluyentes encontramos a los autores universalistas que estiman que dichos estados se han mostrado considerablemente receptivos a la hora de incorporar en los sistemas de protección social a las poblaciones de origen extranjero, para lo cual han extendido (eso sí con distintos ritmos) la cobertura de dichos esquemas al conjunto de la población residente. Dicha inclusión se explicaría fundamentalmente por la traslación de las convenciones y acuerdos internacionales para la protección de los derechos individuales al acervo legislativo de los estados nacionales<sup>14</sup> (Soysal, 1994; Jacobson, 1996); por el papel desempeñado por los propios sistemas judiciales nacionales, especialmente los tribunales constitucionales y los tribunales supremos (Joppke, 1999a: 39); o bien por la actuación de las

---

<sup>14</sup> En el ámbito sanitario dichos marcos normativos establecerían los límites mínimos de cobertura de los sistemas sanitarios públicos (urgencias, menores, embarazadas, etc), limitando así el margen de maniobra de las autoridades sanitarias de los países receptores de flujos migratorios.

burocracias encargadas de aplicar las políticas de protección social (Guiraudon, 1999: 17).

Como veremos a lo largo de la presente tesis, en términos de acceso real de las poblaciones de origen inmigrante a los sistemas sanitarios públicos de los países de Europa occidental, la realidad se ha situado en una posición intermedia entre las posiciones descritas por ambos extremos del mencionado debate. Aunque los argumentos de los autores que defienden posiciones universalistas resultan correctos en lo que respecta a la extensión de derechos, civiles y sociales<sup>15</sup> a buen número de residentes extranjeros (generalmente a los categorizados por Hammar como “*denizens*”<sup>16</sup>), este grupo constituye tan solo una parte del total de extranjeros residentes en dichos países. Así, mientras algunas categorías de no nacionales han conseguido el pleno acceso a las prestaciones de los servicios sanitarios públicos en igualdad de condiciones que los nacionales (haciendo ciertos los argumentos universalistas), otros grupos (inmigrantes indocumentados, refugiados tolerados, etc.) han sido excluidos (implícita, o explícitamente) de la mayor parte de las prestaciones de dichos sistemas, quedando su acceso circunscrito a la atención sanitaria a sistemas paralelos de beneficencia gestionados por organizaciones del tercer sector, o a la atención de los servicios de urgencias en casos de extrema necesidad, y proporcionando una imagen relativamente nítida de los límites de inclusión y exclusión de los esquemas desarrollados por los estados de bienestar. Las variaciones entre los distintos estados a este respecto resultan considerables, mostrando una serie de patrones que reflejan aspectos importantes de sus respectivos procesos de institucionalización de los derechos sociales, así como de los

---

<sup>15</sup> No ocurre lo mismo con los llamados derechos políticos, restringidos a los nacionales excepto en algunos casos en que se confiere a los extranjeros el derecho al sufragio a nivel local.

<sup>16</sup> El término “*denizen*” define a aquellos extranjeros que han conseguido una autorización para residir indefinidamente en el país de acogida y, por tanto disfrutan del conjunto de derechos civiles y sociales, e incluso en algunos casos algunos derechos políticos (Hammar, 1990).

mecanismos de creación y reproducción de los límites definitorios de las identidades colectivas (en la forma de leyes de nacionalidad y ciudadanía).

En esta investigación identificaremos los mecanismos que intervienen en la producción de dichas diferencias de cobertura, así como las diferentes lógicas que operan en la definición de las políticas sanitarias dirigidas hacia una población que no pertenecen a la *Polity*.

Dos consideraciones relativas al tratamiento de la variable dependiente central de esta investigación requieren de cierta clarificación previa antes de proceder a la descripción de las principales variables explicativas, y al análisis comparativo de los casos estudiados: la toma en consideración del carácter diacrónico de la presente investigación; y la conveniencia de desagregar la variable dependiente en dos ámbitos de políticas sanitarias claramente diferenciados<sup>17</sup>.

La primera de dichas puntualizaciones está relacionada con la acotación temporal de la investigación, y las consecuencias que ésta tiene en la definición de los mecanismos causales que deben dar cuenta de la evolución de las políticas sanitarias hacia los colectivos incluidos en este estudio. En principio, el marco temporal del análisis de las políticas sanitarias vendrá dado por los propios procesos de creación y consolidación de los equilibrios institucionales constitutivos de los sistemas sanitarios públicos en los países incluidos en esta tesis. El relativamente largo período de tiempo que esto supone implicará que la comparación se realizará no solo entre los distintos casos (países), sino también en el interior de cada caso a lo largo del tiempo, incrementando así la validez externa del diseño comparativo de esta investigación (Yin, 1988).

---

<sup>17</sup> En la aplicación de esta doble diferenciación seguimos la recomendación de Kitschelt cuando afirma que los análisis de políticas públicas deben, “*disaggregate its object of explanation in substantive and longitudinal respects*”, ya que como señala este autor, “*The causal structure of public policy making is differentiated and changes over time*” (Kitschelt, 1986: 100).

El carácter diacrónico de esta investigación complejizará también el análisis de la causalidad, ya que habremos de asumir que ésta no habrá permanecido (necesariamente) constante en el tiempo, adquiriendo así un carácter relativamente dinámico. Será precisamente ese carácter dinámico el que abrirá el margen para la introducción en el análisis de conceptos como el de “ventana de oportunidad”, que permitirá desarrollar equilibrios explicativos diferenciados para cada caso, en cierta medida adaptados a las especificidades de cada contexto socio-político (aunque generalmente acotados por los equilibrios institucionales pre-existentes que actuarán como rango de la variabilidad plausible en cada caso).

La segunda consideración, que trataremos con mayor profundidad en la siguiente sección, está relacionada con la necesidad de descomponer las políticas sanitarias hacia los colectivos de origen inmigrante en dos dimensiones principales: por una parte las políticas destinadas a alcanzar la igualdad de acceso a los sistemas sanitarios, y por otra aquellas políticas animadas por una mayor carga normativa, y encaminadas a incrementar la equidad de dichos sistemas sanitarios. Esta diferenciación, que nos permitirá dar cuenta de la complejidad interna del conjunto de políticas tratado en esta investigación, servirá además como elemento estructurador de los estudios de casos desarrollados en los Capítulos 3 y 4 de esta tesis

### *2.2.1. Igualdad y equidad en el ámbito de las políticas sanitarias*

Los conceptos de igualdad y equidad son utilizados con frecuencia de modo indistinto en el lenguaje cotidiano, como si la diferencia existente entre el significado de dichos conceptos no compensase el esfuerzo de establecer una clara distinción entre ambos. En el ámbito académico, y especialmente desde disciplinas como la filosofía política o la economía, la situación resulta ser prácticamente la contraria: la profusión de propuestas analíticas que tratan de formular definiciones precisas de dichos conceptos,

así como de establecer la naturaleza exacta de la relación entre ambos, ha provocado una considerable inflación de teorías, cada una de ellas circunscrita a un paradigma específico sin que por ello exista un consenso acerca de la determinación exacta de los límites que separarían a ambos conceptos. Absolutamente alejada de nuestra intención cualquier veleidat de profundizar en dichos debates, en esta sección trataremos tan solo de establecer una definición operativa de ambos conceptos que nos sirva para proceder con nuestro análisis. Para ello realizaremos un breve repaso de los debates en torno al concepto de la justicia distributiva aplicada al ámbito sanitario.

Tal y como señala Pereira, las consideraciones en torno a los diferentes aspectos relacionados con la justicia distributiva en el ámbito de la salud (es decir, los marcos normativos que justifican la naturaleza de la intervención estatal en el terreno de la salud, y que fijan las metas a alcanzar por los equilibrios institucionales puestos en práctica en el ámbito sanitario) se han estructurado en torno a seis grandes enfoques analíticos: el liberalismo radical (“*libertarianism*”), el utilitarismo, la distribución basada en las preferencias de los individuos (“*envy-free*”), el mínimo universal (“*decent minimum*”), la justicia procedimental, y el igualitarismo<sup>18</sup> (“*equality*”) (Pereira, 1993: 21). De ese conjunto de paradigmas, tan solo los tres últimos han jugado algún papel en el desarrollo normativo de los sistemas sanitarios públicos europeos, por lo que centraremos nuestra atención fundamentalmente en ellos.

El primero de ellos, el enfoque del mínimo universal, constituye una versión sustancialmente suavizada de la aproximación liberal radical, y propone el establecimiento de un umbral mínimo de protección sanitaria que debería ser garantizado por el estado. Este enfoque centra su atención, no tanto en la reivindicación de una extensión de la cobertura sanitaria pública hasta alcanzar un carácter universal (aunque fuese con un rango

---

<sup>18</sup> La traducción del término “*equality*” por “igualitarismo” fuerza ligeramente el lenguaje, pero nos permitirá mantener el concepto de “igualdad” para una utilización más precisa en el contexto del esquema analítico propuesto en esta tesis.

limitado de prestaciones), como en la definición de un paquete mínimo de servicios sanitarios que sería considerado justo proporcionar (es decir financiar) públicamente. A pesar de la inadaptación inicial de este enfoque a la definición de los sistemas sanitarios en el ámbito europeo, y pese a su carácter relativamente restrictivo, la filosofía del mínimo universal ha sido aplicada en algunos países donde los responsables sanitarios han tratado de simultanear el mantenimiento de unos criterios de justicia distributiva respetuosos con las ideas de derechos individuales en el plano de la salud, con la introducción de ciertas limitaciones en el rango de prestaciones sanitarias proporcionadas por el sistema sanitario público<sup>19</sup>. Dichas medidas (así como otras prácticas de racionamiento desarrolladas a través de mecanismos mucho más opacos)<sup>20</sup> plantean sin duda importantes cuestiones en términos de igualdad y equidad, pero al no hacer referencia específica a las políticas sanitarias relativas a los colectivos de origen inmigrante nos conformaremos aquí con apuntar su importancia por sus implicaciones normativas.

---

<sup>19</sup> Así, mientras un buen número de países europeos (incluido España) han elaborado en los últimos años catálogos relativamente amplios de prestaciones sanitarias proporcionadas por el sistema sanitario público (de los que tan solo se han excluido algunos aspectos considerados periféricos y no imprescindibles para la salud -intervenciones de carácter fundamentalmente estético, operaciones de cambio de sexo, etc.-); en Holanda las autoridades sanitarias han ido algo más lejos al establecer un paquete “básico” de servicios sanitarios (relativamente amplio, pero no omnicompreensivo) que sería cubierto por el sistema sanitario público. De igual modo, y en un contexto institucional radicalmente diferente, las autoridades sanitarias del estado de Oregón en EEUU desarrollaron un programa participativo a través del cual trataron de involucrar a la ciudadanía en la definición de dicho paquete básico de servicios sanitarios que debía constituir el mínimo garantizado por las autoridades estatales.

<sup>20</sup> La bibliografía reciente sobre el racionamiento en la provisión de servicios sanitarios ha desvelado aspectos extremadamente interesantes acerca de los procesos a través de los cuales se adoptan decisiones respecto a un tema espinoso como este, con implicaciones tan marcadas en el plano de la equidad. Para ampliar información a este respecto ver Allen, 1993; Hunter, 1997; Honingsbaum, 1995; Klein, 1996; o Tragakes, 1996.

El segundo de dichos enfoques de justicia distributiva con una cierta influencia sobre el marco normativo de los sistemas sanitarios públicos europeos es el derivado de la teoría de la justicia procedimental pura elaborada por Rawls. Según este enfoque, es el carácter “justo” (“*fair*”) del procedimiento de distribución de recursos y no la utilización de cualquier otro criterio exterior a dicho procedimiento, lo que determina la justicia del resultado. El procedimiento igualitario (justo) transmite su carácter al resultado, cualquiera que sea este (es decir, independientemente de las repercusiones últimas de la adopción de dichas medidas sobre la salud de los grupos hacia los cuales van dirigidas). Los dos principios fundamentales sobre los que se apoya la teoría de la justicia de Rawls son la adopción de las decisiones de distribución de los recursos tras un “velo de ignorancia”<sup>21</sup> (lo cual implica que los principios utilizados son justos si las ventajas e inconvenientes derivados de dicha elección permanecen ignorados); y en segundo lugar el principio conocido como “*maximin*”, y según el cual la pautas desiguales de distribución de recursos serán aceptables siempre que éstas operen en beneficio de los grupos de población más desfavorecidos.

Pese a las dificultades de aplicación práctica de este enfoque en el plano de las políticas sanitarias, los programas desarrollados con el objetivo de promover la igualdad de oportunidades constituyen el ámbito preferente en el que dicho enfoque ha podido plasmarse en políticas concretas (Pereira, 1993: 28). Así, el desarrollo de programas o esquemas sanitarios dirigidos específicamente a determinados colectivos sociales en situación de privación relativa (como podrían ser las poblaciones de origen inmigrante), constituirían una aplicación práctica del “*maximin*” rawlsiano, reflejando así la adopción por parte de las autoridades

---

<sup>21</sup> Dicho “velo de ignorancia” aseguraría que en la “posición original” en la que hipotéticamente se adoptarían las decisiones de distribución de recursos, las personas aceptarían la creación de mecanismos de protección social o de redistribución (no por altruismo, sino por desconocimiento de cual sería su posición en la sociedad en el momento siguiente en el que comenzase la vida real) (Pereira, 1993: 27).

sanitarias de una concepción de la justicia distributiva abierta a la aplicación de ciertas formas de tratamiento diferenciado (o hasta cierto punto incluso de “discriminación positiva”) hacia dichos grupos desfavorecidos<sup>22</sup>.

El tercero y último de los enfoques de justicia distributiva en el ámbito de la salud importante para nuestro análisis es el igualitarismo, constituye uno de los más abigarrados conceptualmente y por tanto uno de los más versátiles políticamente. Los extremos del espectro de posturas englobadas en el seno del enfoque igualitarista quedarían acotados entre la concepción más liberal representada por la “igualdad de recursos” (*“equality of resources”*), según la cual los recursos sanitarios dedicados a cada persona deberían ser exactamente los mismos sin consideración alguna de la “necesidad” relativa de cada individuo; y el planteamiento más colectivista representado por la “igualdad de bienestar” (*“equality of welfare”*), de acuerdo con el cual el objetivo de la distribución de recursos sanitarios debería ser la igualación de la “cantidad” de salud de todas las personas<sup>23</sup>. En posiciones intermedias de dicho espectro encontraríamos argumentos como el “tratamiento igual para igual necesidad” (*“equal access for equal need”*) que estipula que cada individuo con la misma “necesidad” de atención sanitaria debería recibir la misma atención por parte del sistema sanitario público; la “igualdad de acceso” (*“equality of access”*), que implicaría que

---

<sup>22</sup> Pereira se declara pese a todo escéptico respecto a la aplicación práctica del concepto de justicia distributiva de Rawls en el ámbito de las políticas sanitarias, ya que, *“such an approach merely has the effect of collapsing the definition of equity into one of equality of opportunity of access to health care for equal need”*, lo cual lo pondría automáticamente en relación con el enfoque igualitarista al cual haré referencia en las próximas líneas (Pereira, 1993: 28).

<sup>23</sup> Para autores como Dworking, el objetivo de cualquier aproximación igualitarista debería ser la “igualdad de recursos” (algo en principio relativamente simple de alcanzar); pero nunca la “igualdad de bienestar”, ya que esta supondría la eliminación de la relación entre el comportamiento humano y sus consecuencias sobre la salud del propio individuo, haciendo asumir así a la sociedad los costes derivados de los comportamientos irracionales de las personas, lo cual en última instancia resultaría injusto (Dworking, 1981: 185).

todos los individuos deberían afrontar los mismos costes (monetarios y no monetarios) para recibir atención sanitaria<sup>24</sup>; o la “igualdad de estado de salud” (“*equal distribution of health*”), en función de la cual debería tratar de alcanzarse la igualación del estatus de salud (en relación por supuesto a las diferentes categorías de edad) de toda la población<sup>25</sup>.

Cada una de las aproximaciones a la distribución “justa” de recursos sanitarios plantea algún tipo de limitación<sup>26</sup> que cuestiona el carácter equitativo de los resultados derivados de su aplicación, por lo que no existe una fórmula universalmente aceptada a aplicar por aquellos países que aspiren a alcanzar dicho objetivo de justicia distributiva en sus políticas sanitarias. Como veremos detalladamente en el análisis de los casos incluidos en esta tesis los marcos normativos encargados de delimitar con mayor o menor precisión (y de un modo más o menos explícito) quiénes estarían legitimados para recibir qué, y por qué, en el ámbito sanitario se han apoyado fundamentalmente sobre alguna (o en ocasiones varias) de las aproximaciones incluidas en el enfoque igualitarista.

---

<sup>24</sup>Tal y como apunta Le Grand, “*if some individuals are charged more than others, or they have to travel further, or they are required to wait longer for medical treatment, then they face a higher personal cost of treatment than others and hence there is inequity of access*” (LeGrand, 1991: 108). Una segunda disquisición en torno al concepto de “acceso” es la diferenciación entre éste, y el “uso”, ya que nos encontramos ante un fenómeno multicausal (voluntad individual, sistema social de valores culturalmente determinado, discriminaciones, etc.) muy difícil de analizar con precisión (Cartwright, en Sorell, 1998: 169).

<sup>25</sup> La valoración normativa en términos de injusticia de la existencia de desigualdades en salud resulta sin duda de nuevo problemática, ya que la pretensión de igualar el estatus de salud de todas las personas tan solo resulta posible si de un modo acrítico obviamos el papel de la volición humana (LeGrand, 1991: 117), o de otra gran cantidad de factores, tanto físicos como sociales (Pereira, 1993: 23), en la determinación del estado de salud de las personas.

<sup>26</sup> Para un análisis pormenorizado de las limitaciones de cada uno de esos enfoques en términos de equidad en la distribución de recursos sanitarios puede consultarse el excelente trabajo de Le Grand (1991).

Así, pese a las diferencias en los equilibrios institucionales que han constituido los sistemas sanitarios públicos en los diferentes países europeos, el tratamiento del tema de la justicia distributiva ha recibido una respuesta relativamente homogénea, marcada (al menos inicialmente) por un claro énfasis en los procesos de producción y distribución de servicios sanitarios, en detrimento de una mayor consideración de los posibles “*outputs*” de dicha intervención. De esta preeminencia de los aspectos procedimentales se ha derivado una marcada inclinación a priorizar las cuestiones relativas al “acceso” (fundamentalmente definido en términos de elegibilidad a las prestaciones de los servicios sanitarios públicos), sobre cualquier otra consideración relativa a los efectos de la intervención de dichos servicios sanitarios sobre la salud de las personas (Pereira, 1993: 21).

En este contexto, los debates relativos a la justa distribución de recursos en el ámbito sanitario han constituido tan solo el telón de fondo de un ámbito de políticas que ha tendido a adoptar los aspectos más superficiales de dichos debates, y que ha seguido un proceso centrado fundamentalmente en la extensión de la cobertura de los sistemas sanitarios públicos. Únicamente la consolidación de los sistemas sanitarios de cobertura universal parece abrir el espacio para que, ante la constatación empírica de la persistencia (o incluso el incremento) de los niveles de desigualdad en el estatus de salud de distintos sectores de la población, las presiones sociales hayan incitado a las autoridades sanitarias a incrementar las exigencias normativas sobre dichos sistemas sanitarios superando el objetivo del “tratamiento igual para igual necesidad”, y avanzando en dirección a objetivos más exigentes como la “igualdad de estado de salud”.

En base a esta constatación de la evolución de las exigencias normativas establecidas sobre las políticas de los sistemas sanitarios públicos estableceremos la desagregación central que estructurará nuestro análisis, diferenciando entre aquellas políticas dirigidas a la consecución de la igualdad de acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos (vinculadas a los mecanismos de definición del rango de cobertura de dichos

sistemas), y aquellas que persiguen unos objetivos más complejos en el plano de la equidad<sup>27</sup>, ya sea a través de la promoción de la igualdad de oportunidades (mediante el desarrollo de programas o esquemas sanitarios dirigidos de modo específico a los grupos de origen inmigrante), o del desarrollo de políticas destinadas a tratar de reducir las desigualdades en salud entre distintos segmentos de la población. La diferencia en la naturaleza de estas dos categorías de políticas resulta bastante clara, ya que mientras que aquellas que persiguen la igualdad se centran fundamentalmente en la definición de los criterios de elegibilidad, y poseen un carácter marcadamente objetivo (acceso/no acceso); las políticas que persiguen el objetivo de la equidad se centran en colectivos específicos (en el caso que nos ocupa las poblaciones de origen inmigrante), y están cargadas de un fuerte componente normativo (persiguen la “justicia” en la asignación de recursos sanitarios).

Así, en el Capítulo 3 de esta tesis centraremos nuestra atención en las políticas de definición del rango de cobertura de los sistemas sanitarios públicos de los países incluidos en esta tesis, vinculando fundamentalmente dichas políticas con los procesos de creación y consolidación de los sistemas sanitarios públicos en esos países, así como con el tratamiento de las variables nacionalidad, ciudadanía, y residencia. En el Capítulo 4 cambiaremos de enfoque para, desde el prisma de la equidad, estudiar aquellas políticas encaminadas a acercarse a tan elusivo objetivo en relación con la salud de los colectivos de origen inmigrante residentes en dichos países.

### **2.3. Marco explicativo de la variabilidad en las políticas sanitarias hacia los colectivos de origen inmigrante**

---

<sup>27</sup> La *International Society for Equity in Health* define la equidad en salud como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o varios aspectos relacionados con la salud entre diferentes poblaciones o grupos humanos definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

En este apartado repasaremos los diferentes factores que, encajados a partir de la utilización de las herramientas analíticas procedentes del análisis de políticas públicas a las que hacíamos referencia anteriormente, nos servirán para dar cuenta de las formas adoptadas por las políticas de igualdad y equidad en el ámbito sanitario hacia los colectivos de origen inmigrante en los países incluidos en nuestro marco comparativo<sup>28</sup>. Nuestro objetivo será elaborar un marco explicativo que de cuenta de la combinación de factores que han condicionado en cada caso la adopción del conjunto de políticas que han caracterizado la actuación de cada estado en relación a las necesidades sanitarias de sus poblaciones de origen inmigrante.

A continuación nos referiremos a las principales variables explicativas que tomaremos en consideración a lo largo de nuestro estudio, tratando de definir brevemente el papel que desempeñarán en el marco analítico general de la presente tesis.

### *2.3.1. Configuración institucional de los regímenes de bienestar*

El primero de dichos factores potencialmente explicativos es el de los equilibrios institucionales que constituyen los esquemas públicos de asistencia sanitaria y que, a través de las “*path dependencies*”, determinarán en buena medida la forma adoptada

---

<sup>28</sup> La cautela por la que trataremos a los potenciales factores intervinientes como variables explicativas, y no como variables independientes, se deriva de la complejidad de establecer con claridad y precisión los mecanismos causales que darían cuenta de la evolución de las políticas tratadas en esta investigación. Tal y como apunta Feick en relación con el análisis de políticas públicas, “*it is not at all clear that there is a unidirectional chain of causality permitting the neat distinction between independent and dependent variables. Furthermore, there are many potential influences that cannot be measured easily, and the sum total is unmanageable*” (Feick, 1992: 258). Siguiendo a esta autor, y con dicha precaución epistemológica en mente, “*it might be more honest to speak of country-specific configurations of different variables (mostly qualitatively operationalised) which should lead to an understanding of complex phenomena, but should not be mistaken as general theoretical explanations*”.

por las políticas sanitarias dirigidas hacia los colectivos de origen inmigrante.

Los esquemas de protección social desarrollados en los países de Europa occidental se han constituido a través de un proceso de consolidación histórica en el que han intervenido una gran cantidad de factores de índole económica, social, política, e institucional. Pese a las especificidades que caracterizan a los equilibrios institucionales encargados de la provisión de servicios de protección social en cada estado, el estudio de los rasgos generales de dichos equilibrios ha permitido la elaboración de una serie de tipologías clasificatorias. La tipología elaborada por Esping-Andersen en base a la capacidad desmercantilizadora de los esquemas de protección social establece tres categorías generales: liberal (característica de los países anglosajones); corporatista o conservador (predominante en la Europa continental); y socialdemócrata (presente fundamentalmente en los países escandinavos) (Esping-Andersen, 1990: 26).

Más allá de los planteamientos relativos a la conveniencia de introducir una nueva categoría dentro de dicha tipología para incluir a los países del Sur de Europa<sup>29</sup>, el trabajar específicamente sobre la esfera de las políticas sanitarias simplificará sustancialmente el rango de nuestra comparación. Efectivamente, el ámbito sanitario diverge considerablemente de los modelos ideal-típicos relativos al conjunto de esquemas de protección social que constituyen los regímenes de bienestar anteriormente presentados, ya que tanto las premisas sobre las cuales se sustenta la definición de los derechos de acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos, como las configuraciones

---

<sup>29</sup> Un interesante debate ha tenido lugar acerca de la existencia de otros regímenes de bienestar no incluidos en el modelo de Esping-Andersen, y que reflejarían patrones de modernización y de desarrollo socioeconómico marcadamente diferenciados respecto a los representados por los grupos de países incluidos en dicha tipología (Obinger y Wagschal, 2001: 111). Dentro de dichos debates se ha prestado particular atención a la existencia de un modelo específico propio de los países del Sur de Europa (Ferrera, 1996; Leibfried en Ferge y Kolberg, 1992; Castles, 1995).

institucionales encargadas de esta dimensión de las políticas de protección social, difieren marcadamente del resto de los programas que se incluyen bajo la denominación de estado de bienestar.

Así, mientras el Reino Unido es generalmente incluido entre los países con un estado de bienestar de tipo liberal, su sistema sanitario público fue desarrollado bajo las premisas filosóficas universalistas propias del modelo socialdemócrata. Del mismo modo, el sistema de aseguramiento sanitario público en Francia reproduce en su estructura y funcionamiento los rasgos básicos del modelo corporatista, pero su rango de cobertura ha sido progresivamente ampliado hasta alcanzar la práctica universalidad, desvirtuando así en cierta medida la premisa básica del modelo corporatista (acceso a la protección social vía participación en el mercado de trabajo). Finalmente, el sistema sanitario público español fue transformado desde un modelo de aseguramiento corporatista (volcado hacia los trabajadores y sus familias, y que dejaba a amplias capas de la población excluidas del mismo), hasta un sistema sanitario universalista acorde con las premisas del modelo socialdemócrata.

El hecho de que en Europa occidental existan fundamentalmente dos modelos de adscripción al ámbito sanitario (seguridad social corporatista, y universalismo socialdemócrata), y de que la universalidad en la cobertura se haya hecho (lenta pero) finalmente efectiva en ambos modelos de organización sanitaria, no resta un ápice de interés al estudio del impacto de los diferentes mecanismos y equilibrios institucionales específicos de cada sistema sobre las políticas analizadas en la presente investigación.

### *2.3.2. Políticas migratorias y modelos de incorporación de la diversidad*

Como ya señalamos en el capítulo primero, las tres “puertas” que limitan el acceso de los extranjeros a los sistemas sanitarios públicos de los países receptores son las políticas de control de

fronteras, la legislación sobre nacionalidad y ciudadanía, y finalmente los más evidentes límites de inclusión específicos de los sistemas sanitarios públicos. De un modo no siempre claramente explicitado estos tres mecanismos de “filtro” están en buena medida interrelacionados<sup>30</sup>. Un cuarto factor que introduciremos en este apartado, y claramente vinculado a esos tres aspectos, será el de las políticas hacia la diversidad desarrolladas en cada estado.

Si en la sección anterior destacábamos la existencia de una relación entre los regímenes de bienestar desarrollados por cada estado, y la delimitación del rango de cobertura de los sistemas sanitarios públicos, en ésta incorporaremos a nuestro esquema explicativo las políticas de inmigración específicas de los diferentes estados, y los modelos de incorporación de la diversidad, que han establecido el tono general de los discursos políticos acerca de las actitudes a adoptar ante las necesidades específicas de los colectivos inmigrantes.

Históricamente, los estados-nación occidentales han desarrollado concepciones marcadamente diferenciadas y profundamente arraigadas respecto a qué constituye la comunidad nacional legítimamente reconocida como tal. Estos conjuntos de ideas, relativas tanto a los límites de la comunidad política, como a la forma de afrontar la diversidad en el seno de la misma<sup>31</sup>,

---

<sup>30</sup> Como señala Faist, “*once the main structure of each of these different types of welfare state was in place, those welfare states would each have distinct consequences for the policies regulating the selection, admission and integration of immigrants, and the politics of immigration, race and ethnicity*” (Faist, 1995: 220). Sin prestar excesiva atención a la dirección de la causalidad que parece apuntarse en la reflexión de este autor, ni a las posibles disquisiciones acerca de la secuenciación de la constitución de esos tres ámbitos de legislación, lo cierto es que los diferentes países europeos parecen haber alcanzado distintos equilibrios entre esas tres áreas de regulación, haciendo así verosímil el planteamiento de Walzer acerca de la correlación inversa entre las políticas de control de las fronteras, y las de acceso a la “comunidad” (y a los derechos y prestaciones que de la pertenencia a la misma se derivarían) (Walzer, 1983: 38).

<sup>31</sup> En dicho concepto de diversidad debe incluirse no solo la diversidad importada a través de la llegada y asentamiento de colectivos de origen

constituyen auténticos “*policy paradigms*” que han condicionado las pautas que habían de seguir las poblaciones de origen inmigrante para incorporarse a la sociedad de acogida, y por lo tanto, para acceder a los mecanismos de protección social de las mismas (Brubaker, 1992: 24). En base a un análisis de dichos “paradigmas”, Parekh elabora una tipología que nos resultará útil para contextualizar los marcos cognitivos existentes en nuestros casos de estudio en relación a dicho tratamiento de la diversidad (Parekh, en Preuss y Requejo, 1998: 70). Cinco categorías ideales aparecen en dicha clasificación:

- Modelo procedimental, para el cual el estado no debería implicarse en el ámbito de las identidades colectivas, constituyendo únicamente un armazón básico de instituciones capaces de desarrollar el mínimo común denominador de funciones que todos los colectivos integrantes de la comunidad política se muestren de acuerdo en aceptar y legitimar.

- Modelo asimilacionista, según el cual la existencia de una comunidad política estable requeriría que todos sus miembros compartiesen una cultura nacional común, caracterizada por la existencia de un sistema de valores, creencias y prácticas sociales comunes. El estado debería actuar como salvaguarda y vigía de la cultura nacional a la que las minorías (de cualquier origen, tanto interno como externo) deberían asimilarse.

- Modelo “bifurcacionista”, para el cual todo lo necesario para mantener una comunidad política unida se resume en la existencia de un cuerpo de instituciones, prácticas y valores políticos percibidos como comunes por todos sus ciudadanos, que compartirían de este modo una cultura política común. La distinción clave residiría en la separación del ámbito de lo privado (que incluiría no solo la esfera doméstica, sino todo el ámbito de la sociedad civil), de la esfera pública (reducida prácticamente a los

---

extranjero en el territorio del estado, sino también la diversidad interna derivada del acomodo en la comunidad nacional de las distintas poblaciones implicadas en el proceso de “*nation building*” que precede a la constitución del estado-nación.

ámbitos estrictamente políticos y económicos), siendo el estado el encargado de velar por que todas las comunidades respetasen el marco político común.

- Modelo pluralista, propugna la cultura política de la comunidad como algo dinámico y en permanente ajuste para incorporar a las diferentes minorías sociales que existan (o puedan surgir o desarrollarse) en el seno de una sociedad. El estado debería desarrollar una política de “discriminación positiva” que proporcionase reconocimiento público y garantizase la pervivencia de las minorías.

- Modelo “*millet*”, conceptualiza a los individuos fundamentalmente como miembros de comunidades en las que están totalmente subsumidos (*embedded*), de modo que sus valores, emociones, comportamientos, prácticas e instituciones sociales tan solo tendrían sentido en dicho marco referencial. El estado carecería de legitimidad política propia, y tan solo tendría sentido como una unión de comunidades cuasi-independientes.

Los estados de Europa occidental se situarían fundamentalmente entre las tres categorías centrales de dicho espectro de modelos ideales de relación entre la comunidad política agregada y los diversos grupos minoritarios existentes en su seno.

Al término de la IIª GM, y como antiguas potencias coloniales, tanto el Reino Unido como Francia recibieron importantes flujos migratorios procedentes en buena medida de los territorios que habían tenido un vínculo de dependencia con ellos. Pese a enfrentarse a un fenómeno relativamente similar, cada estado afrontó las demandas derivadas de la existencia de estas nuevas poblaciones de origen extranjero en base a los códigos de análisis derivados de su propia “*philosophy of integration*”, que definía el modo en que había de ser tratada la diversidad generada por el asentamiento de estos grupos<sup>32</sup> (Favell, 1998: 26). Así, mientras

---

<sup>32</sup> En buena medida, dichos marcos cognitivos estaban influidos tanto por la experiencia histórica derivada del proceso de formación del estado-nación, y del

las políticas adoptadas por el Reino Unido encajarían dentro del modelo “bifurcacionista” descrito por Parekh, Francia desarrolló un conjunto de políticas claramente asimilacionistas. La aplicación de uno u otro paradigma tuvo una considerable influencia sobre las políticas sanitarias adoptadas hacia los colectivos de origen inmigrante.

En el caso del Reino Unido, todos los súbditos de la Corona británica fueron inicialmente considerados ciudadanos británicos<sup>33</sup>, lo cual extendió (al menos formalmente) el derecho a residir en Gran Bretaña a más de 800 millones de personas de todos los continentes. Esta situación comenzó a cambiar tan solo a mediados de la década de los 1960s cuando el gobierno británico endureció la política de control de fronteras como respuesta al malestar expresado por una parte importante de la población autóctona en torno al creciente número de inmigrantes de diferentes grupos étnicos asentados en el RU. Sucesivas modificaciones restrictivas fueron introducidas en la legislación británica en los años subsiguientes, de modo que a principios de los 1980s la categoría de ciudadano británico había quedado ya exclusivamente reservada para aquellas personas nacidas en el RU, o que dependiesen directamente de personas a su vez nacidas en dicho país. Estos cambios tuvieron un impacto considerable en el derecho de acceso a las prestaciones de los esquemas de protección social (incluido el sistema sanitario público) para los inmigrantes, ya que cerraron la puerta por la que hasta esa fecha la mayoría de los recién llegados habían accedido a dichos derechos (su pasaporte británico que les permitía convertirse en residentes

---

modo en que se había conceptualizado la propia diversidad interna de dicho estado; como por la experiencia de administración colonial más o menos basada en el reconocimiento de las identidades específicas, y las estructuras institucionales y políticas de los pueblos colonizados (Melotti, en Modood y Werbner, 1997: 75).

<sup>33</sup> Junto a la población de las islas británicas, tanto los originarios de los territorios británicos de ultramar, como los nacionales de los países de la *Commonwealth* (antiguas colonias británicas), fueron considerados ciudadanos británicos con igualdad de derechos.

legales en el RU). De este modo, y ante unos esquemas de protección social basados en gran medida en el concepto de residencia legal en el territorio, fue precisamente el marco jurídico que regulaba dicha residencia el que fue significativamente restringido para ajustar la ecuación walzeriana de comunidad abierta (en términos de acceso a las prestaciones de los esquemas de protección social), fronteras cerradas.

La “filosofía de integración” británica, acorde con el modelo “bifurcacionista” no se planteaba transformar a las poblaciones de origen inmigrante en “buenos ingleses”, sino tan solo que se convirtieran en ciudadanos británicos que respetasen las leyes de dicho estado. Este paradigma de incorporación de la diversidad daba por supuestas las diferencias lingüísticas, culturales y étnicas entre los diferentes grupos de origen inmigrante, y de hecho dichos colectivos eran animados a elegir líderes comunitarios y constituir asociaciones que pudieran actuar como mecanismos de agregación de intereses y de intermediación entre dichas poblaciones y las autoridades británicas<sup>34</sup>. En el ámbito específico de la sanidad, y tras un largo período en el que las minorías étnicas eran incorporadas directamente a los esquemas generales del sistema sanitario público (“*mainstreaming*”), las autoridades sanitarias británicas reconocieron públicamente la existencia de necesidades específicas de estos grupos<sup>35</sup>, y comenzaron a desarrollar programas de atención específicos para dichos colectivos.

Mientras que los debates acerca de la presencia de poblaciones de origen inmigrante en el caso británico han sido enfocados

---

<sup>34</sup> Hay que tener en cuenta que en la adopción de un paradigma respetuoso con las minorías étnicas también jugó un papel importante la movilización de estos mismos grupos en sus esfuerzos por escapar a la dominación cultural de la población mayoritaria blanca, y de obtener así el reconocimiento oficial de la naturaleza plural (étnica y culturalmente) de la sociedad británica en la segunda mitad del siglo XX (Samad, en Modood y Werbner, 1997: 245).

<sup>35</sup> A partir de este momento el discurso oficial se modificó sustancialmente, y el Ministro de Sanidad afirmaba que no se trataba tanto de una cuestión, “*of providing extra or special services*”, sino de “*considering different ways of providing existing services*” (Department of health, 1988).

principalmente desde una perspectiva de “*race and ethnic relations*”, es decir, de regulación de las relaciones entre la población mayoritaria blanca y los grupos minoritarios étnicamente diferenciados, en Francia dichos debates han girado fundamentalmente en torno al mayor o menor grado de “integración” de dichos colectivos en la sociedad francesa.

Así, en el caso francés, las políticas de nacionalidad han estado tradicionalmente asentadas sobre el reconocimiento del *ius solis*, y las relativas facilidades para la naturalización. Por otro lado, el hecho de que los esquemas de protección social franceses se estructurasen en gran medida en base a la participación activa y legal en el mercado de trabajo implicó que hasta mediados de los 1970s la presión para restringir el acceso al territorio por temor al “abuso” de los extranjeros a dichos esquemas fuese sustancialmente menor que en el caso británico. Incluso a partir de la creciente politización del tema de la inmigración en la segunda mitad de la década de los 1970s, el tema de la utilización “abusiva” de los esquemas de protección social por parte de los extranjeros raramente ocupó un papel prominente en la agenda política francesa. En términos walzerianos, la situación francesa sería equiparable a un equilibrio de comunidad cuasi-cerrada (derechos sociales en gran medida circunscritos a la participación en el mercado de trabajo), y control de fronteras relativamente laxo (al menos en comparación con el caso británico).

El proyecto de incorporación de las poblaciones de origen inmigrante en la sociedad francesa pertenecería al modelo asimilacionista descrito por Parekh, ya que plantea la necesidad de que estos grupos adopten la lengua, la cultura, la mentalidad, e incluso los rasgos particulares de la sociedad francesa, abandonando sus identidades cultural y étnicamente diferenciadas con objeto de convertirse en “buenos franceses”. Este modelo de incorporación resulta coherente con el ideal Republicano que proyecta una idea de nación como ente internamente homogéneo y

profundamente identificado con un estado fuerte y centralizado<sup>36</sup>. Dicho estado a su vez no reconoce la existencia de mecanismos de mediación particularista entre sus instituciones y los ciudadanos, que han de ser considerados en términos de absoluta igualdad por los representantes de la República<sup>37</sup>. En el plano de la política sanitaria, la “filosofía de integración” francesa exigirá por tanto un acceso igualitario y sin distinciones a las prestaciones del sistema sanitario público para todos los ciudadanos, rechazará frontalmente la recolección de datos estadísticos tratados en función de la variable origen étnico, y mostrará un absoluto desinterés oficial por el estudio de las posibles necesidades sanitarias específicas de dichos colectivos (derivadas de su particularidad social, cultural o étnica).

Como veremos con más detenimiento en los siguientes capítulos, tanto las políticas de control de fronteras y de nacionalidad, como el marco cognitivo con el que el estado español ha afrontado la llegada de poblaciones de origen inmigrante en los últimos lustros no obedece claramente a ningún modelo formalizado, sin que por ello esa combinación de políticas deje de obedecer a unos patrones sociales, políticos e históricos específicos de dicha comunidad política. De igual modo que analizaremos el papel desarrollado por las políticas migratorias y los marcos cognitivos de tratamiento de la diversidad en los casos francés y británico, trazaremos la influencia de dichas políticas y “*policy paradigms*” sobre las políticas sanitarias adoptadas en el estado español hacia los colectivos de origen inmigrante.

---

<sup>36</sup> Este modelo de incorporación no fue cuestionado por los inmigrantes extranjeros asentados en Francia con anterioridad a la década de 1960, un buen número de los cuales procedía de países relativamente próximos geográfica y culturalmente (Bélgica, Italia, Portugal, España, etc). A partir de esas fechas, sin embargo, los flujos migratorios procedentes de áreas más remotas, cultural y étnicamente más diferenciadas (Norte y Oeste de África, Sudeste asiático, etc) implicaron una mayor contestación de la filosofía asimilatoria.

<sup>37</sup> Un claro exponente de dicha negativa a reconocer mecanismos de intermediación entre los inmigrantes y las instituciones de la República puede percibirse en el hecho de que el derecho de asociación de los extranjeros no fuese reconocido en Francia hasta 1982.

### 2.3.3. *Politización del fenómeno de la inmigración*

El tercer factor incluido en nuestro marco explicativo será el del papel desempeñado por la politización del fenómeno migratorio en general, o del acceso de las poblaciones de origen inmigrante a los esquemas de protección social en particular, en el desarrollo y evolución de las políticas sanitarias hacia estos colectivos.

En diferentes momentos en el tiempo, todos los países con experiencia histórica de recepción de flujos migratorios han visto emerger (con mayor o menor virulencia) el tema de la inmigración en la agenda política con fines electoralistas, o de estrategia política. El surgimiento de partidos de extrema derecha con un discurso de fuerte rechazo a la inmigración; la reacción de los partidos conservadores ante el temor a la aparición de partidos a su derecha que pudiesen restarles sufragios movilizándolo los sentimientos xenófobos de la población; la actitud cautelosa de los partidos socialdemócratas y liberales ante las posibles críticas a sus actitudes ante el fenómeno de la inmigración como excesivamente laxas o generosas; o la respuesta de los partidos comunistas ante el trasvase de una parte de sus votantes tradicionales a partidos anti-inmigración<sup>38</sup>, son tan solo algunos de los aspectos aparecidos (en buen número de ocasiones simultáneamente) en el panorama político de los países europeos en las últimas décadas, y que han condicionado la forma adoptada

---

<sup>38</sup> La fortaleza y capacidad de influencia de los sindicatos sobre el desarrollo de los esquemas de protección social ha sido también vinculada a la existencia de inmigración, y a la composición, más o menos homogénea étnicamente, de la población. Así, en sociedades con una población más diversa étnicamente, o con una clase obrera dividida entre nacionales e inmigrantes extranjeros (como EEUU), el poder de negociación y presión de los sindicatos se ve considerablemente reducido, y el apoyo de la población al estado de bienestar considerablemente debilitado (Freeman, 1986: 61).

por las políticas sanitarias diseñadas y aplicadas con las poblaciones de origen inmigrante en mente.

Centraremos nuestra atención sobre tres aspectos relacionados con la politización del ámbito sanitario en relación con los colectivos de origen inmigrante: la consideración del impacto de la extensión de los derechos sanitarios para los inmigrantes en contextos de políticas migratorias restrictivas; la utilización política del tema del coste de dichas políticas (y su variante en forma de “abuso” del sistema sanitario por parte de extranjeros no considerados elegibles para recibir atención gratuita de los sistemas sanitarios públicos); y el desarrollo de políticas simbólicas encaminadas a difuminar (en lugar de resolver) problemas de gran complejidad, o ante los cuales no exista una voluntad política clara de intervenir de modo efectivo.

Un primer aspecto que ha influido en los debates políticos acerca de la delimitación de los derechos de acceso de los inmigrantes a los esquemas públicos de protección sanitaria es el impacto que la expansión de dichos derechos pudiera tener sobre la estructura de incentivos que afrontan los potenciales inmigrantes, y en última instancia sobre la capacidad de los estados para controlar los flujos migratorios de entrada.

La mayoría de las teorías explicativas de los fenómenos migratorios, independientemente de que pongan mayor énfasis en la racionalidad económica de los potenciales inmigrantes, o en la importancia de las redes sociales (de parentesco, o amistad) como factores determinantes en la decisión de iniciar un proyecto migratorio<sup>39</sup>, incluyen los derechos sociales (y entre ellos por supuesto el derecho a una asistencia sanitaria gratuita en caso de necesidad) entre los factores ponderados por los inmigrantes a la hora de decidirse iniciar dicho proyecto migratorio. Así, la extensión de la cobertura sanitaria pública a los inmigrantes indocumentados ha sido en ocasiones considerada por determinados actores políticos (fundamentalmente conservadores)

---

<sup>39</sup> Para una revisión de la literatura sobre las causas de las migraciones ver, Brettell y Hollifield, 2000.

como una medida contradictoria con las políticas de rigor en el control de los flujos migratorios, y consecuentemente han mostrado su oposición a dicha expansión del derecho de acceso al sistema sanitario público para los colectivos de inmigrantes en situación administrativa precaria.

Un segundo argumento, particularmente frecuente, efectivo y efectista en los intentos de introducir en la agenda política el tema de la inmigración en un sentido restrictivo ha sido plantear el tema del “coste” para las arcas del estado receptor de la presencia de las poblaciones de origen inmigrante. En este sentido, y debido al importante (y creciente) porcentaje del gasto público dedicado a la financiación de la sanidad<sup>40</sup>, la utilización de los servicios sanitarios por parte de las poblaciones de origen inmigrante (tanto si están legalmente autorizados para ello, como si su utilización de los esquemas sanitarios públicos se considera fraudulenta) constituye uno de los argumentos más utilizados en dichos intentos de politización.

Los estudios realizados en torno a los efectos económicos de la inmigración sobre las arcas públicas en general, y sobre los costes de su acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos en particular, muestran que en sus fases iniciales el asentamiento de colectivos de origen inmigrante resulta netamente beneficioso para la sociedad de acogida. Esto se debe a que dichos colectivos están constituidos fundamentalmente por personas jóvenes, sin familiares a su cargo en el país de acogida, y que en términos generales gozan de buena salud, lo cual implica que sus demandas de prestaciones a los diversos esquemas de protección social (incluido el sistema sanitario) sean mucho menores que la media característica de la población autóctona, y que por lo tanto el monto total de sus contribuciones a las arcas del estado para la

---

<sup>40</sup> Así, el porcentaje del PIB dedicado a la financiación de los sistemas sanitarios públicos ha aumentado considerablemente en todos los países de la OCDE. En el caso de Francia dicho porcentaje de renta nacional destinado a la sanidad pública pasó del 2,4% en 1960, al 7,1% en 1998. En el Reino Unido pasó del 3,3% en 1960, al 5,7% en 1998, y en España del 0,9% al 5,4% en esas mismo período (OECD Health Data, 2001).

financiación de dichos sistemas (ya sea a través del sistema impositivo general vía impuestos directos e indirectos, o vía contribuciones a los esquemas de seguridad social) sea muy superior al coste de las prestaciones finalmente recibidas (Baldwin-Edwards, 1994).

Es con la llegada de los familiares dependientes cuando se produce una marcada reducción en la tasa de actividad de las poblaciones de origen inmigrante, y un incremento sustancial en la demanda de prestaciones sociales (sanidad, servicios sociales, educación, etc) por parte de dichos colectivos. Pese a esto, y más allá de las variaciones derivadas de la permanencia de las diferencias en la estructura demográfica de dichos colectivos<sup>41</sup>, o de algunas especificidades en el uso de los sistemas sanitarios públicos<sup>42</sup>, no existe razón alguna para esperar que el coste sanitario per cápita en esta segunda fase del proceso de asentamiento de poblaciones de origen inmigrante sea sustancialmente diferente al de la media de la población.

El tercer eje sobre el que basaremos nuestro análisis de la influencia de la politización del tema de la inmigración sobre las

---

<sup>41</sup> En lo relativo al gasto sanitario dichas diferencias demográficas podrían considerarse poco relevantes, ya que si bien es cierto que el número de menores de edad resulta bastante superior entre las poblaciones de origen inmigrante que en el conjunto de la población (lo cual incrementaría la factura sanitaria de estos colectivos); el número de ancianos (junto con la infancia el período vital donde el gasto sanitario per cápita resulta sustancialmente más elevado) es considerablemente inferior entre dichos colectivos respecto a la media de la población, con lo que el balance resultaría finalmente bastante equilibrado.

<sup>42</sup> La evidencia empírica internacional disponible acerca del uso de los distintos esquemas de atención sanitaria por parte de los colectivos de origen inmigrante indica una mayor propensión a utilizar los servicios médicos en estados relativamente avanzados de las enfermedades o dolencias, y por lo tanto una cierta tendencia (variable entre los distintos grupos étnicos) a recibir atención médica a través de los servicios de urgencias. En cualquier caso el tema de los usos diferenciales de los servicios sanitarios por estos colectivos (así como por los diferentes estratos socio-económicos de la población en su conjunto) requeriría una mayor atención por parte de las diferentes disciplinas que trabajan sobre el ámbito sanitario (epidemiología, sociología de la salud, análisis de políticas públicas, etc).

políticas sanitarias dirigidas hacia los colectivos de origen inmigrante girará en torno a la consideración del carácter simbólico de buena parte de las políticas adoptadas en este ámbito.

Como señalan Brans y Rossbach, la intervención estatal en un determinado ámbito de políticas se puede categorizar en torno a tres grandes líneas de actuación: la retórica política (movilización de instrumentos esencialmente comunicativos), la regulación (aplicación de instrumentos legales), y finalmente la subsidiación (movilización de recursos económicos) (Brans y Rossbach, 1997: 435). Dicha categorización puede ser leída como una escala de implicación estatal que permitiría ordenar a las distintas políticas públicas en función del grado de voluntad política requerido para su implementación. Así, en el grado más bajo de dicho espectro podríamos situar a las políticas de carácter procedimental (discursos, declaraciones, elaboración de informes, constitución de comisiones de estudio, creación de agencias y observatorios encargados de monitorizar la evolución de determinado proceso, etc), marcadas por su fuerte dimensión simbólica y expresiva, y un mínimo compromiso de recursos materiales<sup>43</sup>.

Según Edelman, la aplicación de políticas con un elevado contenido simbólico se dará fundamentalmente en ámbitos donde los intereses del principal grupo afectado por dicha intervención estatal se encuentren escasamente organizados, de modo que se pueda obtener de dicho colectivo la aquiescencia hacia las medidas adoptadas sin que éstas impliquen una transformación significativa de los mecanismos generales de asignación de recursos<sup>44</sup> (Edelman, 1985: 23). Así, las políticas dirigidas hacia

---

<sup>43</sup> Como apunta Edelman en su trabajo seminal sobre los usos simbólicos de la política, *“The most intensive dissemination of symbols commonly attends the enactment of legislation which is most meaningless in its effects upon resource allocation. In the legislative history of particular regulatory statutes the provisions least significant for resource allocation are most widely publicized and the most significant provisions are least widely publicized”* (Edelman, 1986: 26).

<sup>44</sup> Como señalan Keiser y Soss, *“By establishing an entitlement but failing to provide adequate funds to implement it, elected officials may create symbolic evidence that they care about poor families without supplying meaningful access to tangible resources”* (Keiser y Soss, 1998: 1150).

los colectivos de origen inmigrante (potencialmente un área de políticas “sin público” como señalábamos anteriormente) constituirán un terreno particularmente abonado para el desarrollo de políticas con un fuerte carácter simbólico, y escasa capacidad redistributiva.

Mediante diversas estrategias como la definición “técnica” de los problemas<sup>45</sup>, y en general a través de su capacidad de control sobre la definición de la agenda política, los gobernantes han aplicado con frecuencia políticas de carácter fundamentalmente simbólico en el ámbito sanitario en relación con los colectivos de origen inmigrante, ya fuese con el objetivo de neutralizar aspectos puntuales percibidos como particularmente conflictivos (movilización de un determinado colectivo, o de la opinión pública en general ante un hecho concreto); responder a problemas de especial complejidad (publicación de información revelando la existencia de importantes gradientes de salud entre grupos étnicamente diferenciados); hacer frente a una ofensiva política de la oposición (ante la desatención sanitaria de determinado colectivo, o por el contrario ante el supuesto “abuso” del sistema por personas no formalmente cubiertas por el sistema sanitario público); o desviar la atención pública de otro tema que se trate de eludir. El resultado de dichas estrategias son medidas (que los gobiernos saben) de casi imposible implementación o de escasa eficacia, ya por la falta de voluntad política<sup>46</sup> y la consiguiente inexistencia de recursos económicos para su aplicación<sup>47</sup>, o la

---

<sup>45</sup>Tal y como afirma Yishai, “*a technical definition serves as a means to displace the real issue. It is not a first step in the ‘right’ direction; rather, it is a step in a different direction*” (Yishai, 1993: 208).

<sup>46</sup> Como señala Samad en su estudio de las políticas multiculturales británicas a nivel local, los objetivos explicitados de dichas políticas se escapan por los intersticios de los equilibrios institucionales si no existe una voluntad política muy marcada de incluirlos en un lugar relevante de las prioridades de las distintas organizaciones públicas implicadas en su implementación (Samad, en Modood y Werbner, 1997: 252).

<sup>47</sup> Tal y como apuntan Keiser y Soss, “*When legislators fail to communicate clear goals, to give priority to a new mandate, and to provide adequate funding*

dudosa viabilidad económica de la misma<sup>48</sup>, ya por las dificultades organizacionales que bloquearían cualquier esfuerzo en dicha dirección.

Dichas medidas son acusadas de constituir meras cortinas de humo (“*window dressing*”) por aquellos grupos más movilizados en la reivindicación de políticas más efectivas, y/o se transforman en esquemas para la cooptación de los elementos más activos de dichos movimientos por parte de las administraciones, o los partidos políticos (Edelman, 1985: 199).

En ese contexto, algunos autores han argumentado que los derechos de los inmigrantes han avanzado de un modo más claro cuando éstos han sido discutidos y regulados a nivel estrictamente administrativo por burócratas y gestores, lejos de la arena política pública donde las estrategias de politización han permitido un mayor espacio para la mediatización política, o la aparición de voces xenófobas (Guiraudon, 1999: 16). Este argumento resulta sin duda atractivo y en parte puede contribuir a dar cuenta de la extensión de algunos derechos sanitarios a los inmigrantes, pero no agota las posibilidades como comprobaremos fundamentalmente en el análisis de los casos francés y español.

#### 2.3.4. Organizaciones, burocracias y burócratas

La toma en consideración de la actuación de los agentes encargados de la aplicación efectiva de las políticas estudiadas en la presente investigación resultará de gran importancia a la hora de dar cuenta de las considerables disonancias existentes entre los discursos oficiales elaborados acerca de dichas políticas (y a los

---

*for their directives, they create openings for unsuccessful and inequitable implementation*” (Keiser y Soss, 1998: 1152).

<sup>48</sup> Así, como Lipski señala en relación a los costes derivados de la aplicación de medidas restrictivas en el acceso a prestaciones sociales, “*Like so many monitoring procedures in welfare, it is unclear if monies recovered through these procedures equal the costs of engaging in them*” (Lipski, 1980: 94), una apreciación que resultará de particular relevancia en el estudio del caso británico.

que hacen particular referencia las variables explicativas antes mencionadas), y la implementación de las mismas.

*2.3.4.1. Papel de las organizaciones del tercer sector en las políticas sanitarias hacia los colectivos de origen inmigrante*

La toma en consideración del papel desempeñado por las organizaciones del tercer sector dentro del análisis de los equilibrios institucionales propios del Estado de Bienestar se encuentra plenamente justificada por la multiplicidad de ámbitos en los que este tipo de organizaciones privadas sin ánimo de lucro actúan como una suerte de bisagra, introduciendo flexibilidad en las estructuras de protección social en general (redefinición de responsabilidades, reforma de los esquemas de protección social, etc.), o de modo más específico en su relación con los colectivos de origen inmigrante (dilución de las consecuencias de la exclusión de parte de dichos colectivos de los esquemas públicos de atención socio-sanitaria, canalización de información y representación en los niveles de elaboración de políticas, aplicación de políticas “simbólicas”, actuación diferenciada hacia grupos concretos, vinculación con colectivos alejados de las estructuras normalizadas, etc).

Buena parte del crecimiento de los esquemas públicos de protección social durante el siglo XX fue el resultado de un proceso de sustitución de las organizaciones sin ánimo de lucro (organizaciones benéficas, mutualidades, etc), que hasta ese momento habían constituido una parte central de los frágiles equilibrios institucionales encargados de proporcionar servicios sociales y sanitarios a las poblaciones más desfavorecidas. El *leit motiv* de la absorción por parte del estado de dichas actividades era fundamentalmente la percepción de la ineficiencia de las organizaciones del tercer sector, así como de su incapacidad para afrontar los retos derivados de una creciente expansión del número de beneficiarios y del rango de servicios sociales proporcionados (Wuthnow, 1991: 292). Pese a esa tendencia general a la expansión de la intervención pública directa, algunos países mantuvieron un importante nivel de implicación de organizaciones

sin ánimo de lucro en la provisión de servicios de protección social y sanitaria.

Desde principios de la década de 1980s la expansión de la intervención estatal se vio considerablemente frenada, y contrarrestada por una creciente implicación de agentes privados (con y sin ánimo de lucro) en la provisión de servicios socio-sanitarios (Rose, 1979; Middleton, 1996). Esta reversión de lo público, de nuevo a la esfera de lo privado, ha sido relacionada con la voluntad de introducir mecanismos de mercado en el ámbito de las políticas de protección social (Wright, 1994; Dunleavy y Hood, 1994; Taylor-Gooby, 1991); con el creciente papel de la esfera asociativa (Streeck y Schmitter, 1985); y en términos generales, con la desaparición del consenso político acerca de la necesidad y funcionalidad de los mecanismos de protección social característicos del Estado de Bienestar (Talós y Falkner, 1994).

De un modo en cierta medida paradójico, el cambio de tendencia hacia una mayor implicación de las organizaciones del tercer sector en la provisión de servicios sociales fue apoyado por fuerzas políticas de todo el espectro político<sup>49</sup>. Así, aunque la introducción de mecanismos de mercado era fundamentalmente una prioridad para los defensores del paradigma neoliberal, éstos coincidieron en su voluntad de incrementar la implicación de organizaciones privadas en el ámbito de los mecanismos de protección social con aquellos sectores que, desde una perspectiva comunitarista (desde colectivos de inspiración católica defensores de la doctrina de la subsidiariedad, hasta movimientos sociales alternativos que demandaban un mayor espacio para la autogestión y la autoorganización), propugnaban la necesidad de un mayor papel para la “sociedad civil”.

---

<sup>49</sup> Como señalaban Anheier y Seibel; “*The broad range of economic and social attributes which exist under the term ‘third sector’ allow politicians to support those parts or aspects of the third sector which seem to support their own critique and interpretation of the ‘welfare state in crisis’*” (Anheier y Seibel, 1990: 8).

Las distintas tradiciones en los equilibrios entre el estado y las organizaciones del tercer sector en el ámbito de las políticas de protección social, así como otras consideraciones políticas relativas a la naturaleza de los esquemas de protección social (voluntad de externalizar la provisión de servicios socio-sanitarios, intentos de garantizar unos mínimos sin comprometerse a través de programas públicos, etc) han tenido una influencia determinante en el grado de implicación de las organizaciones voluntarias en el ámbito de las políticas socio-sanitarias en los diferentes países de Europa occidental.

Tal y como señalan Seibel y Anheier, *“the third sector offers a buffer zone between state and society and mitigates social tensions and political conflicts. Third sector organizations take on functions which the state, for various reasons, cannot fulfil or delegate to for-profit firms”*. De este modo, el recurso a este tipo de organizaciones tendrían como uno de sus motivos fundamentales, *“the institutionalization of organizational responses to ‘unsolvable’ problems”* (Anheier y Seibel, 1990: 14). Estas funciones desempeñadas por organizaciones del tercer sector tienen un claro exponente en el ámbito de las políticas sanitarias hacia los colectivos de origen extranjero en los casos estudiados en esta tesis. Así, en el plano de las políticas de igualdad, la atención sanitaria a aquellos inmigrantes a los que no se reconoce el derecho de elegibilidad para recibir atención sanitaria de los sistemas sanitarios públicos, pero a los que se debe tratar (por consideraciones tanto de carácter ético, como de salud pública), ha sido asumida por organizaciones del tercer sector (con frecuencia financiadas explícitamente para dicha misión por parte de las administraciones públicas).

Otra ventaja derivada de la utilización de organizaciones del tercer sector para la atención a grupos étnicamente diferenciados (especialmente en lo relacionado en este caso con las políticas de equidad) es la posibilidad de flexibilizar la intervención pública, que podría encontrar grandes dificultades para justificar un

tratamiento diferenciado a dichos grupos<sup>50</sup>. Las organizaciones del tercer sector actúan además como fuentes de información fiable respecto a dichos colectivos, lo cual resulta muy importante a la hora de diseñar políticas específicas; al tiempo que pueden intervenir como representantes vicarios de unos colectivos que de otra forma carecerían de representación en la arena política por su propio carácter de no nacionales, o por la precariedad de sus estatus jurídico-administrativo.

Llegar a aquellos grupos a los que resulta más difícil alcanzar por los canales normalizados; mayor flexibilidad para modificar la dirección de los programas o suprimirlos de un modo más rápido e inocuo (con menores costes derivados de dichos cambios de estrategia); externalizar parte de los riesgos y costes, y en última instancia reducir los costes de funcionamiento y gestión de los programas (debido fundamentalmente a los salarios más bajos pagados en el tercer sector, así como al uso de voluntarios en el trabajo cotidiano de dichas organizaciones) constituyen algunas de las ventajas añadidas para las administraciones públicas derivadas de la provisión de determinados servicios a través de organizaciones sin ánimo de lucro.

#### 2.3.4.2. *Burocracias y burócratas*

Uno de los enfoques tradicionales dentro de la disciplina del análisis de políticas públicas ha sido el tratamiento de la administración pública como si esta se ajustase a la perfección al modelo ideal de organización jerárquica weberiana<sup>51</sup>. De este

---

<sup>50</sup> Como señalan Lispki y Smith, “*Modern governments must use universalistic criteria in client selection or develop elaborate rationales for favoring one group over another. In contrast, the different emphases of nonprofit agencies allow some nonprofit organizations to pick and choose their clients on the basis of some group characteristics, such as place of residence or ethnic background*” (Lispki y Smith, 1989: 631).

<sup>51</sup> El modelo de burocracia weberiano se sustenta fundamentalmente sobre la premisa de racionalidad de la acción burocrática (en la cual los medios estarían

modo, los límites entre el ámbito de lo político (en el que se adoptan las decisiones), y el de la administración (encargado de aplicar dichas medidas), debían estar claramente delimitados, constituyendo dos esferas diferenciadas que debían ser tratadas separadamente. Desde esta aproximación las desviaciones respecto al modelo ideal en el funcionamiento de las administraciones públicas (en especial en relación a la implementación de las políticas) recibieron escasa atención.

A principios de la década de los 1970s las primeras investigaciones acerca de los déficits de implementación, estructurados en torno a aproximaciones “*top down*” según las cuales la complejidad de las dinámicas organizacionales e inter-organizacionales contribuirían a subvertir los objetivos originales de las políticas, complejizaron sustancialmente el conocimiento acerca del funcionamiento de las administraciones públicas, y de los procesos de implementación de políticas públicas (Pressman y Wildavsky, 1973). En ese momento, la delimitación de la separación entre el ámbito de la administración y la esfera de lo político se convirtió en uno de los temas más controvertidos entre los defensores del paradigma clásico de estudio de las administraciones, y sus críticos. Así, mientras para algunos autores la existencia de importantes zonas de solapamiento entre ambos ámbitos de actividad no implicaba necesariamente una dilución completa de la diferenciación entre ambos<sup>52</sup>; para otros autores dicha diferenciación resultaba metodológicamente impracticable, y teóricamente estéril<sup>53</sup>. Más allá de las múltiples especificidades de

---

ajustados a los fines perseguidos por la organización), así como sobre la creencia en una estructura organizativa de carácter jerárquico (en la que sería posible identificar un flujo unidireccional de órdenes en sentido vertical y descendente) que permitiría el control de la organización por sus dirigentes.

<sup>52</sup> El análisis de Hogwood y Gunn resulta claramente representativo de este enfoque cuando afirman, “*there is, of course, an important area of overlap between politics and administration but there are also more substantial areas of relatively independent functioning which are worth preserving, both analitically and in practice*” (Hogwood y Gunn, 1984: 224).

<sup>53</sup> Citando a Minogue, “*In public organisations, no meaningful distinction between policy and administration is possible; and policies proposed and*

dicho debate, el aspecto que aquí nos interesa destacar es la constatación de la difuminación de los contornos entre ambas esferas de actividad derivada de la imposibilidad efectiva de implementar cualquier medida frente la oposición de algún grupo influyente dentro de dicho ámbito de políticas (entre los cuales el aparato burocrático encargado de la aplicación de las medidas adoptadas aparecería sin duda como uno de los más poderosos).

La burocracia pasó a ser considerada como el mayor obstáculo potencial para la implementación efectiva de las decisiones adoptadas a nivel político, centrándose a partir de ese momento el estudio de la aplicación de las políticas públicas en el llamado “problema burocrático”<sup>54</sup>. Las variables clave para explicar las distorsiones introducidas por la burocracia en el ámbito de la implementación de políticas públicas eran la discrecionalidad, y las rutinas organizacionales. La discrecionalidad (autonomía de los empleados de menor rango para adoptar decisiones relativas a las actividades y funciones cotidianas de la organización), aparece como consecuencia directa de la complejidad de las funciones asignadas a las organizaciones, y de la consiguiente hiperespecialización que convierte en inviable el control efectivo de las mismas por parte de sus máximos responsables. Las rutinas surgen también de dicha hiperespecialización, al perseguir los miembros de la organización la simplificación de sus tareas y el reconocimiento de la especialización requerida para la realización de las mismas.

Así, las organizaciones (obviamente a través de la actuación individual de sus miembros) ofrecerán un grado variable de

---

*authorised by formal political institutions and participants are in a wide variety of ways influenced, mediated, even altered by formal administrative institutions and participants at both the higher and the lower levels” (Minogue, 1983: 72).*

<sup>54</sup> Como apunta Elmore, “*We reach instinctively for bureaucratic explanations of implementation failures. ‘There was a major change in policy’, we say, ‘but the bureaucracy kept right on doing what it did before’. Or alternatively, ‘When bureaucracy got through with it, the policy didn’t look anything like what we intended. (...) bureaucracy has become an all-purpose explanation for everything that is wrong with government’” (Elmore, 1978: 193).*

resistencia a los cambios introducidos desde la cúpula de las mismas en un intento de proteger su margen de autonomía, así como los procedimientos operativos desarrollados por los miembros de la misma como expresión de su competencia, conocimiento y estatus en el seno de la organización. De este modo, la implementación de una nueva política no se habrá de enfrentar únicamente a la “inercia” organizacional (propensión a continuar realizando las mismas actividades y en la misma forma hasta que una fuerza externa modifique dicha dinámica) como se había planteado hasta ese momento; sino a una verdadera “resistencia” al cambio por parte de los miembros de la organización que percibirían en dichos cambios una amenaza a su propia estabilidad en el seno de la misma.

Como señalan Huber, et al., la toma en consideración de la intervención de los burócratas en la implementación de las políticas resultaría de escasa utilidad, ya que, “*it is difficult to see how one could construct anything but post hoc ‘predictions’ to explain why bureaucrats in one country might promote certain policies more than bureaucrats in another, and whether bureaucrats and other policy actors will respond to policy legacies in a progressive or a conservative direction*” (Huber et al., 1993: 719). Estos autores cuestionan también la propensión de buena parte de la literatura sobre implementación de políticas públicas a asumir que los burócratas adoptarán un comportamiento progresista en relación a las políticas que hayan de aplicar.

Dichas críticas, aunque sin duda relevantes, quedan en gran medida neutralizadas si se toma en consideración las conclusiones extraídas del estudio de los diferentes patrones de resistencias institucionales, y de acuerdo con las cuales no todos los tipos de políticas habrán de hacer frente al mismo grado de resistencia. Así, aquellas políticas que vayan en la misma dirección que los valores, prácticas y rutinas organizacionales previamente existentes tendrán muchas más posibilidades de ser finalmente aplicadas que aquellas que impliquen un mayor cambio en el *modus operandi* de las organizaciones responsables de su implementación (Elmore, 1978: 194; Keiser y Soss, 1998: 1142).

Otro de los factores que aparece como especialmente relevante a la hora de determinar la precisión con la que las políticas públicas serán finalmente implementadas es el número de agencias implicadas en dicho proceso. Debido a la complejidad de las relaciones entre instituciones, el incremento en el número de puntos de cruce en la actuación de distintas organizaciones multiplica las posibilidades para las distorsiones, desplazamientos, y bloqueos, todo lo cual afectaría de un modo negativo a la implementación de las políticas (Pressman y Wildavsky, 1973: 87; Elmore, 1979: 608). Como señalan Hogwood y Gunn, “*By a process of simple arithmetical calculation, (...) even if there is a high chance of obtaining a clearance from a single participant at a given decision point, when all the probabilities are multiplied together the overall chances of success are extremely slender*” (Hogwood y Gunn, 1984: 220).

La capacidad de los gobiernos centrales para imponer reformas en sistemas descentralizados resultaría así en buena medida limitada por la dispersión de los agentes encargados de aplicar finalmente dichas reformas. La centralización eliminaría algunos de esos inconvenientes<sup>55</sup>, pero simultáneamente generaría otros como las mayores inercias institucionales, el incremento del poder sindical (y de bloqueo) de los empleados públicos, y la politización de cualquier medida adoptada por el poder central, factores que, de otro modo, contribuirían también a frenar la implementación de las reformas (Ambler, 1987: 92).

Este tema resulta particularmente relevante para nuestro análisis, ya que introduce el grado de descentralización de los

---

<sup>55</sup> Como señala Wilsford, “*centralized, hierarchical orders of dependent decision-agents are more successful at prosecuting big reform, directing their systems along more optimal policy paths and establishing new paths that significantly deviate from the status quo as conditions render the status quo less desirable. Centralization of decision processes and hierarchical ordering of decision-agents render a system amenable to leveraging from the top and typically provide the top-most decision-agents with the means of decision and authority of enforcement down through the hierarchy. Put another way, centralized hierarchies are better at leveraging a wholly new policy path*” (Wilsford, 1994: 278).

equilibrios institucionales encargados de la implementación de las políticas que nos ocupan como una de las variables importantes en el estudio de las distorsiones entre discursos y prácticas. Así, los distintos casos incluidos en nuestro análisis comparado presentarán grados variables de centralización, lo cual incidirá en el margen de adecuación de las políticas finalmente implementadas en relación a los discursos explicitados por sus respectivas autoridades políticas.

El cuestionamiento a las premisas básicas del modelo de “control burocrático jerarquizado” elaborado por Brans y Rossbach (basándose en la crítica de los análisis clásicos de la racionalidad burocrática y la teoría de sistemas propuesta por Luhman), abre otras líneas de trabajo interesantes para el estudio de la implementación de políticas públicas mediante la toma en consideración de las disonancias entre discursos y prácticas. Así, en su crítica al modelo jerárquico weberiano estos autores apuntan cuatro aspectos en los que la realidad de las organizaciones se aparta claramente de dicho modelo ideal: de un modo irreal dicho modelo trabaja con la idea de un único agente depositario de la responsabilidad del control de la organización (“*myth of the unitary decision-maker*”); no tiene en cuenta los flujos de información desde la base hacia la cima de la organización, vitales para su funcionamiento; ignora el hecho de que el consenso (fundamental cuando los objetivos de la organización no están demasiado claros) no puede ser obtenido jerárquicamente; y finalmente, enfatiza el análisis de la estructura de poder en la organización a través del estudio de la implementación de las decisiones sin tener en cuenta la importancia de las estructuras por las cuales se adoptan dichas decisiones (Brans y Rossbach, 1997: 422).

Según el modelo analítico alternativo propuesto por estos autores, las organizaciones deberían ser conceptualizadas como mecanismos diseñados para reducir la complejidad en la que se encuentran insertas. Así, su objetivo no sería tanto resolver los problemas, como reformularlos, simplificarlos, limitarlos y distribuirlos de modo que el sistema social y político pueda

manejarlos. Uno de los mecanismos más elementales de reducción de la complejidad por las organizaciones sería la utilización de códigos binarios mutuamente excluyentes. La aplicación de esas dicotomías plantea una dificultad específica en aquellos casos en los que no resulta fácil reducir la complejidad de la realidad a dichas categorías binarias, contextos en los que la discrecionalidad de los “*street-level bureaucrats*” determinará la actuación de la organización.

Otra línea de investigación alternativa relativa a los problemas de implementación de políticas públicas se estructura en torno a una aproximación “*bottom-up*”, en la que se ha prestado particular atención al papel desempeñado por los escalones más bajos de las organizaciones en el conjunto del proceso de “*policy making*”. La participación de dichos grupos en el ámbito de las políticas públicas fue a su vez estudiada desde tres perspectivas claramente diferenciadas.

La primera de dichas aproximaciones ha analizado el papel desempeñado por los distintos estratos del aparato burocrático-administrativo en el proceso de formulación de las políticas a través de su implicación en los mecanismos consultivos, de agregación de intereses, y de elaboración de políticas existentes en cada estado, entroncando así con los enfoques pluralistas que han desarrollado los conceptos de “*policy network*”, “*policy community*”, y “*advocacy coalition*” a los que nos referimos anteriormente (Lowi, en Ashford, 1978: 178).

La segunda ha prestado especial atención al papel desempeñado por las prácticas de las administraciones en la configuración de respuestas a problemas de difícil resolución, situaciones en las que las autoridades políticas trasladarían dichos temas problemáticos desde la esfera política hasta la administrativa con objeto de sustituir el debate político por una serie de respuestas administrativas aparentemente difusas y descoordinadas que en sí mismas constituirían una forma de

política<sup>56</sup>. Este enfoque permite analizar aquellas esferas de políticas donde no existe un discurso oficial que justifique y legitime la actuación de los diferentes agentes, tanto públicos como privados, implicados en dicho ámbito de políticas (Sabatier, 1986: 32). Como veremos en los próximos capítulos, a este patrón obedecen las situaciones en las que las autoridades sanitarias francesas y españolas se inhibieron durante años en beneficio de las organizaciones del tercer sector para la atención sanitaria de los inmigrantes en situación administrativa precaria.

Finalmente, la tercera de dichas aproximaciones, en la cual centraremos primordialmente nuestra atención, destaca el papel desempeñado por las personas situadas en los escalones más bajos de las organizaciones (y en contacto directo con los clientes) en la implementación de las políticas, y de cuya actuación dependerá en buena medida el modo en que las políticas serán realmente percibidas por los potenciales beneficiarios de las mismas. Desde este enfoque se destaca el carácter contradictorio de la intervención de los políticos<sup>57</sup>, que a través de la acumulación de disposiciones contribuirían a generar disfunciones e incoherencias organizativas que abrirían el margen de discrecionalidad de los “*street-level bureaucrats*”, convertidos así en los encargados de

---

<sup>56</sup> Como señala muy acertadamente Brodtkin, “*policy making that occurs as a by-product of bureaucratic routine, lower-level coping mechanisms, and informal decision rules is difficult to identify analytically, much less challenge politically. This, of course, is a virtue in terms of managing political conflict over policy. Bureaucratic policy making circumvents the pitfalls of explicit policy making (such as that which occurs in the legislature) precisely because it is incremental and obscured*” (Brodtkin, 1987: 579).

<sup>57</sup> La explicación de dicha indefinición, ambigüedad, contradicción de objetivos, e incertidumbre en el ámbito de las políticas se debe en gran medida a la conveniencia de que así sea para el adecuado funcionamiento del juego político de negociación y agregación de intereses. Como apunta Brodtkin, “*Analysis of policy making reveal how, in a pluralist policy system, it is strategic to oversimplify problems, overstate solutions, and mask competing objectives in order to build a legislative majority. Unfortunately, successful coalition-building strategies often produce policies better geared to political credit-claiming and blame-avoiding than to successful implementation*” (Brodtkin, 2000: 3).

asignar prioridades y por tanto de decidir que medidas se aplican realmente, y cuales quedan relegadas<sup>58</sup>.

Mientras que la actuación de los responsables de las organizaciones giraría en torno a una serie de procedimientos relativamente abstractos, claramente formalizados, y que funcionan a un nivel muy agregado (planificación y control presupuestario, evaluación y control de productividad, elaboración de informes y memorias de funcionamiento, etc); para los empleados situados en la base de la organización las prioridades pasarían por el establecimiento de un conjunto de practicas operativas que les permitan hacer frente al estrés, la falta de recursos para desarrollar sus actividades, la ambigüedad de los objetivos organizacionales, y las presiones; en un entorno de contacto directo con los beneficiarios de la actuación pública para los cuales el empleado al otro lado del mostrador personificaría a la administración del estado. Como resume magistralmente Elmore, la perspectiva respecto a lo que constituye la misión de las administraciones públicas en relación con la aplicación de políticas varía así radicalmente entre la cúpula y la base de las administraciones; *“The split between high-level administrators and front-line workers accounts for the quizzical, sometimes skeptical, look one often gets from teachers, social workers, and other front-line workers when they are asked about the implementation of policy. ‘Policy?’ they reply, ‘We’re so busy getting the work done we haven’t much time to think about policy”* (Elmore, 1978: 195).

---

<sup>58</sup> Tal y como señala Lipski, la acumulación de normativas, directivas y reglamentos, promulgadas en principio con objeto de reducir dicha discrecionalidad, termina teniendo el efecto exactamente opuesto, al dejar en manos de los *“street-level bureaucrats”* la asignación de prioridades, *“Rules may actually be an impediment to supervision. They may be so voluminous and contradictory that they can only be enforced or invoked selectively. In most public welfare departments, regulations are encyclopedic, yet at the same time, they are constantly being changed. With such rules adherence to anything but the most basic and fundamental precepts of eligibility cannot be expected”* (Lipski, 1980: 14).

Así, mientras se espera de los empleados de base de la administración que traten a los beneficiarios de los programas que gestionan de manera correcta, justa y equitativa (sin prejuicios, discriminaciones, o tratos de favor), es decir minimizando el margen de discrecionalidad; estos empleados tratan de desarrollar lo que los analistas han denominado “*coping mechanisms*”, es decir, rutinas de trabajo que les permitan procesar de modo mecánico, estandarizado y simplificado la (generalmente excesiva) carga de trabajo. Entre dichos “mecanismos” aparecen el manejo de fuentes de documentación simples y estandarizadas para las comprobaciones de elegibilidad (que en muchas ocasiones no logran reflejar la complejidad de las situaciones personales de los potenciales beneficiarios); el “etiquetado” de los clientes a través de la elaboración de categorías simples que sirvan para clasificar a los potenciales beneficiarios en función de su supuesto “perfil” personal (“toxicómano”, “madre soltera”, “inmigrante ilegal”, etc); el desarrollo de la “capacidad de sospecha” con objeto de distinguir a los demandantes “legítimos” de los que pretenden “abusar” del sistema; y en última instancia la utilización de procedimientos rutinizados como medio para interponer una distancia protectora entre los usuarios (con sus problemas y dramas humanos), y la esfera personal del empleado encargado de tramitar y gestionar los expedientes administrativos.

Buena parte de estos “*coping mechanisms*” se desarrollan como respuesta a unas condiciones laborales que obligan a los empleados de estas organizaciones a asignar recursos escasos, al tener que hacer frente a una demanda muy superior a los recursos de los que disponen<sup>59</sup> (Hudson, en Hill, 1993: 394). Ante esto, Lipski identifica tres grandes estrategias de control desarrolladas por los “*street-level bureaucrats*”: modificación de la demanda de

---

<sup>59</sup> Además, por su propia naturaleza, las prestaciones gestionadas y distribuidas por los “*street-level bureaucrats*” poseen la particularidad de que la demanda se incrementará de modo automático hasta adaptarse a la oferta e incluso sobrepasarla, cuestionando así claramente la eficacia de cualquier intento de eliminar la “necesidad” incrementando los recursos dedicados a dicho programa o esquema (Lipski, 1980: 33).

los potenciales beneficiarios, modificación de su propia percepción acerca de su trabajo, y modificación de su percepción de los potenciales beneficiarios.

Entre las estrategias que permiten a los “*street-level bureaucrats*” influir sobre el nivel de demanda aparecen el establecimiento de colas, listas de espera y otros mecanismos que incrementen los costes monetarios y no monetarios para los potenciales beneficiarios; el control sobre la calidad y la claridad de la información; o el desarrollo de prácticas de estigmatización social del proceso de tramitación de las solicitudes para acceder a las prestaciones. La aplicación de estos mecanismos de control sobre la demanda se ve facilitada por el hecho de que los potenciales usuarios se enfrentan individualmente (con un escasísimo margen para la acción colectiva) a unos procedimientos administrativos que son presentados como necesarios para la mejor atención a los beneficiarios, y procesados a través de un medio (espacio, distribución de tiempos, dinámicas de interacción social) que refleja claramente el control que el “*street-level bureaucrat*” ejerce sobre el conjunto de los procedimientos que conducen a la obtención de la prestación pretendida.

Entre los mecanismos para modificar su propia percepción de su actividad profesional, Lipski destaca las adaptaciones en las expectativas encaminadas a minimizar la disonancia cognitiva provocada por las diferencias entre los grandes objetivos programáticos de las organizaciones, y la realidad cotidiana donde estos “*street-level bureaucrats*” desarrollan su actividad profesional. A través de la aceptación de las limitaciones en las que se desarrolla su trabajo como algo estructural, se reduciría el espacio para la crítica, la innovación o el cambio.

Finalmente, el desarrollo de mecanismos de clasificación y filtro a través de prácticas de selección de aquellos potenciales beneficiarios en mejor situación para acceder a las prestaciones del programa<sup>60</sup>, o la atribución inicial de la categoría de “*deserving*” o

---

<sup>60</sup> La selección de los candidatos que más posibilidades tienen de obtener finalmente la prestación solicitada, proceso conocido como “*creaming*”, obedece

“undeserving” según su propia percepción subjetiva (en buena medida mediada por el propio contexto social y político<sup>61</sup> en que dicho proceso de atribución de elegibilidad tenga lugar), permiten a los “*street-level bureaucrats*” racionalizar el proceso de racionamiento implícito que se deriva del hecho de manejar recursos limitados siempre menores que la demanda potencial. En dichos procesos de filtro radican buena parte de las consecuencias negativas de la discrecionalidad disfrutada por los “*street-level bureaucrats*”, ya que aquellas personas en situación administrativa más precaria dependerán directamente del albedrío de dichos empleados para obtener el acceso a los servicios proporcionados por las agencias públicas<sup>62</sup>.

En términos de análisis del funcionamiento de las administraciones públicas, y en particular de la actuación de los “*street-level bureaucrats*”; “*it seems as useful to assume bias (however modest) and ask why it sometimes does not occur, than to assume equality of treatment and ask why it is regularly abridged*” (Lipski, 1980: 111). Por su propensión intrínseca a reproducir las desigualdades generales existentes en la sociedad, la relación burocrático-administrativa aparece como el caldo de cultivo ideal para el desarrollo de la discriminación racial o los prejuicios étnicos, ya que “*the need to routinize, simplify, and*

---

a las estructuras de incentivos establecidas en las agencias encargadas de tramitar dichos expedientes, y que premian el éxito en la tramitación de expedientes, pero no la asunción de riesgos en dicho proceso de tramitación. El resultado de estos procesos es una acentuación de las desigualdades y la introducción de complicaciones adicionales a las personas en situación administrativa más precaria (Lipski, 1980: 109).

<sup>61</sup> Como señalan Keiser y Soss, “*Although street-level bureaucrats are not elected, they do respond to political pressure exerted by elected officials. Moreover, their implementation of laws depends heavily on their own values*” (Keiser y Soss, 1998: 1151).

<sup>62</sup> Citando de nuevo a Lipski, “*While exclusion from client status is usually accomplished on the basis of legal grounds, the population of the excluded or discouraged includes many whose exclusion is a matter of discretionary judgment*”, abriéndose ante dicho rango discrecional el espacio para el trato discriminatorio (Lipski, 1980: 88).

*differentiate in the context of inequality leads to the institutionalization of the stereotypical tendencies that permeate the society. Whatever prejudices street-level bureaucrats as individuals do or do not have, the structure of their work appears to call for differentiation of the client population, and thus there is structural receptivity to prejudicial attitudes. The stereotype is nurtured in a context where it functions to divide up the client population” (115).*

Tal y como señala Guiraudon, el interés de las agencias públicas por extender la cobertura de los esquemas de protección social hasta el conjunto de la población residente (independientemente de su nacionalidad) se derivaría de una voluntad de simplificar los procedimientos administrativos, y de reducir tanto la carga de trabajo como el coste de gestión de los programas derivados del establecimiento de mecanismos de control de elegibilidad (Guiraudon, 1999: 17). Si esta hipótesis fuese correcta, el impacto de la intervención de los *street-level bureaucrats* en el ámbito de las políticas sanitarias hacia los colectivos de origen inmigrante sería dual: en el plano de la igualdad actuaría positivamente, al facilitar el proceso de expansión de la cobertura sanitaria hasta alcanzar la universalidad; pero supondría simultáneamente un impedimento a la hora de desarrollar políticas encaminadas a incrementar la equidad a través de esquemas especialmente diseñados para atender a las demandas específicas de estos colectivos, ya que éstos vendrían a complejizar el funcionamiento de las organizaciones sanitarias, e incrementarían sus costes de gestión.

La importancia de los procedimientos y estructuras burocráticas encargados de la implementación efectiva de las políticas raramente es tomada en consideración durante el proceso de elaboración de las políticas, lo que sumado al escaso margen de supervisión del que disponen los responsables de la aplicación de dichos programas, implica un mayor margen para la discrecionalidad de los “*street level bureaucrats*”. Como señala Elmore, los cambios de política, por radicales que puedan ser, tienen en ocasiones un escaso impacto sobre unos patrones de

interacción administrativa que han sido cristalizados durante un largo periodo de funcionamiento previo<sup>63</sup>.

Como diversos autores han mostrado, los distintos intentos de reducir la discrecionalidad de los “*street-level bureaucrats*” (tanto a través de una mayor supervisión por parte de los superiores, como a través del control de los usuarios/clientes, o mediante el control judicial) se han mostrado relativamente poco efectivos en este sentido (Hudson, en Hill, 1993: 400; West, 1984: 351). En el ámbito de las políticas relacionadas con la protección social, Lipski apunta al control por parte de los pares como uno de los mecanismos potencialmente más efectivos en este sentido, dado el relativo idealismo y compromiso (al menos inicial) de estos grupos en relación con su trabajo (Lipski, 1980: 47).

#### *2.3.4.3. Deontología de los profesionales socio-sanitarios*

Dentro del apartado relativo a la actuación de las organizaciones involucradas en la provisión de servicios sanitarios, la consideración de los marcos normativos en los que idealmente se enmarca la actuación de los empleados y profesionales de dichas organizaciones constituye un factor potencialmente importante a la hora de dar cuenta tanto de las políticas adoptadas, como de las prácticas realmente desarrolladas, y a las que hacíamos referencia en las páginas precedentes.

---

<sup>63</sup> Como señala esta autor, “*The elaborate superstructure of regulations, guidelines, and management controls that accompany most social programs tend to have weak and unpredictable effects on the delivery of social services because street-level bureaucrats and their clients develop strong patterns of interaction that are relatively immune to change. Implementation failures, from this point of view, are the result of a failure on the part of the policy-makers to understand the actual conditions under which social services are delivered*” (Elmore, 1978: 196).

Como señala Lipski, la provisión de servicios de protección social a través de un aparato burocrático conlleva una contradicción interna irresoluble, ya que, *“On the one hand, service is delivered by people to people, invoking a model of human interaction, caring, and responsibility. On the other hand, service is delivered through a bureaucracy, invoking a model of detachment and equal treatment under conditions of resource limitations and constraints, making care and responsibility conditional”* (Lipski, 1980: 71). Dicha contradicción es sostenible gracias a lo que este autor denomina el “mito del altruismo”, basado en la creencia (generalmente no probada) de que las agencias públicas tienen como objetivo principal proporcionar servicios de un modo justo y equitativo a sus potenciales beneficiarios. Dicho mito actúa no solo entre los receptores de los servicios de dichas administraciones (los beneficiarios de las prestaciones de dichas organizaciones), sino también entre los propios empleados que a través de los códigos éticos y deontológicos profesionales han sido aleccionados acerca de su deber de anteponer las necesidades de sus clientes sobre cualquier otra consideración.

Son precisamente los grupos que han alcanzado un mayor reconocimiento como cuerpo profesional (entre los cuales los médicos constituyen el ejemplo paradigmático) los que mejor ejemplifican dichas contradicciones. En el caso de este colectivo profesional, las tensiones inherentes a la provisión de servicios de protección sanitaria a través de esquemas burocratizados se han visto además tradicionalmente agravadas por la difícil compatibilización entre el carácter supuestamente “liberal” de la profesión médica, y el alto grado de dependencia del empleo público derivado de la expansión de los sistemas sanitarios públicos. Sin necesidad de entrar en las razones últimas que proporcionaron a las organizaciones médicas profesionales una mayor o menor capacidad de bloqueo en los procesos de expansión del rango de cobertura de los esquemas sanitarios

públicos<sup>64</sup>, lo cierto es que los médicos se han opuesto con fuerza en todos los países a la universalización de la atención sanitaria, anteponiendo sus intereses económicos profesionales (capacidad de ejercicio de la práctica privada, posibilidad de ajustar honorarios a los niveles de renta de los pacientes, etc), a los imperativos éticos de atención médica universal que idealmente se derivarían de sus códigos deontológicos profesionales. Esta ambivalencia permitiría que los profesionales médicos hubiesen invocado con frecuencia su propio código deontológico en defensa de sus intereses corporativos frente al estado (autonomía profesional, fijación de honorarios, compatibilidad de práctica médica pública y privada, etc), al tiempo que coexistían con situaciones de exclusión sanitaria entre colectivos relativamente (cualitativa y cuantitativamente) importantes de la población.

Pese a la incuestionable existencia de dicha actitud corporativa de defensa de los intereses profesionales colectivos, ha existido también margen para la actuación altruista entre los profesionales médicos, contribuyendo así al mantenimiento del mito anteriormente referido<sup>65</sup>.

En función del carácter más o menos restrictivo de los límites de cobertura de los sistemas sanitarios públicos, diferentes esquemas informales fueron desarrollados por los profesionales socio-sanitarios para amortiguar los efectos negativos derivados de

---

<sup>64</sup> En un magnífico análisis de los procesos de creación de los sistemas sanitarios públicos, Immergut relaciona directamente la capacidad de veto de las organizaciones médicas profesionales con los equilibrios institucionales que definían a las estructuras políticas de cada estado, y que permitieron a los profesionales médicos bloquear el diseño (e incluso la implementación) de las políticas encaminadas a expandir la cobertura de los sistemas sanitarios públicos. Ver Immergut, 1992.

<sup>65</sup> Como señala Lipski, “*important in sustaining the myth of service altruism are the workers who attempt to implement the service ideal. Like most social myths this one has a partial basis in reality. Each generation of workers brings to its jobs, in addition to interest in material benefits, dedication to helping people. Those who recruit themselves for public service work are attracted to some degree by the prospect that their lives will gain meaning through helping others*” (Lipski, 1980:72).

la exclusión sanitaria de determinados colectivos en situación administrativa precaria. A través de prácticas informales normalmente alegales, y con frecuencia ilegales (transferencia y tratamiento hospitalario de pacientes a través de canales informales, ocultación de dichas intervenciones en los informes de actividad, rechazo a la imposición de controles de elegibilidad, etc), y a través de su trabajo voluntario en organizaciones del tercer sector, buen número de profesionales sanitarios respondían a los aspectos más idealistas de su código deontológico profesional, y con ello alteraban el resultado de las políticas diseñadas oficialmente<sup>66</sup>.

Otro de los mecanismos que mejor ha plasmado la dedicación de los profesionales hacia sus clientes ha sido la “*advocacy*”, a través de la cual algunos profesionales han denunciado las discrepancias existentes entre la realidad visible y cotidiana, y los “altos ideales” formalmente perseguidos por las políticas públicas (y generalmente recogidos en la legislación y los estatutos de las agencias públicas encargadas de aplicarlas), con objeto de conseguir cambios en las mismas. Así, en ocasiones los profesionales sanitarios, a través de su participación en las actuaciones de las organizaciones del tercer sector, también contribuyeron a introducir el tema de la cobertura sanitaria de los inmigrantes en la agenda política, con objeto de expandir la cobertura de los sistemas sanitarios a dichas poblaciones, o de desarrollar programas de atención específica para estos colectivos diferenciados.

Como veremos con mayor detalle en los próximos capítulos, los comportamientos altruistas, en buena medida condicionados por las estructuras de incentivos económicos (modalidades de contratación y pago de los profesionales médicos) derivadas de los equilibrios institucionales que definen los sistemas sanitarios públicos de cada país, han tenido una gran importancia a la hora

---

<sup>66</sup> De hecho, como veremos en los siguientes capítulos, los políticos contaban con que las consecuencias más dramáticas de sus decisiones restrictivas serían en gran medida paliadas por la existencia de dichos mecanismos informales de atención sanitaria paralela.

de definir las prácticas efectivas en materia de atención sanitaria hacia los colectivos de origen inmigrante (tanto en el plano de la igualdad -acceso-, como en el de la equidad -esquemas de atención específica-), aunque el papel de los profesionales sanitarios no parece haber sido determinante a la hora de determinar la elaboración oficial de políticas dirigidas hacia estos colectivos.

## CAPÍTULO 3

### **POLÍTICAS SANITARIAS DE IGUALDAD HACIA LOS COLECTIVOS DE ORIGEN INMIGRANTE. DELIMITACIÓN DEL RANGO DE COBERTURA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS**

*“in policy systems where there are many different interests and where power is not concentrated in any individual or group, it is easier to prevent change than to achieve it. Successful policy promotion in such systems is dependent on the winning of a coalition of support by an active individual or interest”.*

(Ham, 1988: 157).

El acceso efectivo de los extranjeros a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos en los países con sistemas de protección social desarrollados pasa fundamentalmente por tres mecanismos de filtro interdependientes: acceso al territorio, a la comunidad, y finalmente al sistema sanitario. La interrelación entre estos tres ámbitos de posible control constituye un compromiso entre barreras externas e internas<sup>67</sup>, de modo que

---

<sup>67</sup> La utilización del modelo de análisis propuesto por Walzer (1986), implicaría que la adopción de políticas de control de fronteras laxas llevaría parejo el establecimiento de controles internos que limitasen el acceso a las

cada estado reflejaría una combinación específica que trataría de mantener un equilibrio entre dichas dimensiones.

En el presente capítulo analizaremos la evolución de las políticas de definición del acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios para las poblaciones de origen inmigrante en los países incluidos en nuestro estudio; prestando especial atención a la interacción de dichas políticas con los ámbitos de las políticas migratorias, y de definición de los conceptos de ciudadanía y nacionalidad. Dicha evolución estará vinculada a las pautas de politización de dichos ámbitos de intervención pública; al tiempo que quedará detalladamente contextualizada en el proceso de creación, desarrollo, consolidación y reforma de los sistemas sanitarios públicos de cada país. Esta combinación de factores determinará los mecanismos específicos a través de los cuales se materializará el acceso formal de dichos colectivos a las prestaciones de los servicios sanitarios públicos.

En el estudio de los casos incluidos en esta investigación trataremos también de identificar las contradicciones internas entre lo preconizado en los niveles discursivos acerca de la delimitación de dicho acceso, y lo realmente aplicado en el nivel de las prácticas.

En la primera sección de este capítulo comenzaremos el estudio del caso británico con una breve contextualización de los procesos de asentamiento de colectivos de origen inmigrante en el Reino Unido (RU), así como de la incorporación de dichos grupos a los primeros esquemas de aseguramiento sanitario obligatorio. Posteriormente centraremos nuestra atención en el impacto del proceso de universalización de la cobertura sanitaria acometido con la creación del *National Health Service* (NHS); así como en las transformaciones en la cobertura de dicho sistema derivadas de las circunstancias cambiantes en la esfera económica y política británica. En la última sección del estudio de este caso

---

prestaciones del sistema sanitario público. De modo contrario, el establecimiento de un férreo control de la inmigración permitiría la creación de un sistema sanitario con mecanismos internos de control de elegibilidad relativamente flexibles.

repasaremos las dificultades surgidas a la aplicación sistemática y consistente de las medidas restrictivas relativas al acceso de algunas categorías de extranjeros a las prestaciones del NHS, introducidas a principios de la década de los 1980s a raíz de la utilización política de la noción de “abuso” del NHS. Los equilibrios institucionales que caracterizan al sistema sanitario público de carácter universalista existente en ese país, sin mecanismos de control de elegibilidad ni estructuras de incentivos que faciliten dicho control en buena parte del sistema sanitario, resultaron claves en el imperfecto grado de implementación de dichas medidas.

Pasaremos a continuación a estudiar el proceso de creación del sistema de *Securité Sociale* en Francia durante la década de 1920, los obstáculos a su transformación en un sistema universalista, y la expansión gradual y progresiva de su ámbito de cobertura, centrándonos en el engarce de los no nacionales en dicho sistema a lo largo de todo ese proceso. Prestaremos particular atención a la cuasi-culminación del proceso de universalización de la cobertura sanitaria acometida a finales de la década de los 1990s y que afectó de modo fundamental a los colectivos inmigrantes en situación administrativa precaria que hasta esa fecha habían recibido atención sanitaria principalmente a través de esquemas de beneficencia pública y privada. Los problemas en la implementación de estas medidas actuaron en este caso de forma contraria a lo observado en el caso británico (es decir de modo restrictivo), ya que surgieron como resultado de las inercias y resistencias institucionales propias de un sistema estructurado en torno al concepto de aseguramiento (y por lo tanto habituado a la aplicación de mecanismos de control de elegibilidad) al cual se le fueron añadiendo esquemas paralelos hasta cubrir a la práctica totalidad de la población residente. La propia estructura del sistema sanitario limitó el margen para la politización del acceso de los extranjeros al sistema sanitario público, por lo que observaremos que ese factor jugó un papel mucho menos importante que en el caso británico.

En la tercera sección de este capítulo analizaremos la evolución del sistema de aseguramiento sanitario público en España, su creación como sistema de Seguridad Social, su lento proceso de amalgamación en un sistema unificado, y su transformación en Sistema Nacional de Salud (SNS) en la década de 1980. La aparición de nuevas poblaciones excluidas (inmigrantes en situación administrativa precaria) forzaron la aprobación de legislación específica en 1999 para incorporarles a dicho sistema sanitario, reproduciendo los mecanismos recientemente utilizados para la incorporación de los últimos grupos de nacionales situados en los márgenes del SNS. Lo novedoso del proceso de asentamiento de colectivos de origen inmigrante ha dejado en este caso escaso margen para la politización del tema de su acceso a las prestaciones del sistema sanitario público, pese a lo cual, la rapidez con la que el estado español está quemando etapas en su proceso de adaptación al fenómeno de la inmigración ha dado ya ocasión a la utilización de argumentos de coste y de oportunidad política en los programas y propuestas de los partidos políticos respecto a la conveniencia de incorporar a dichas poblaciones a la cobertura del SNS.

Concluiremos este capítulo con un análisis sintético y comparativo de la evolución de las políticas de definición de los rangos de cobertura en los sistemas sanitarios de los tres países, repasando someramente las variables explicativas principales que contribuyen a dar cuenta de la variabilidad en dichas políticas de igualdad de acceso en relación a las poblaciones de origen inmigrante.

### 3.1. Reino Unido

*“If hypocrisy is the tribute vice pays to virtue, symbolic action is the tribute political necessity pays to party ideology”.*

(Klein, 1989: 139).

La creación del NHS a mediados de la década de los 1940s supuso la universalización de la cobertura sanitaria bajo un principio de residencia definido de un modo relativamente ambiguo que venía a sustituir a los principios de aseguramiento y beneficencia que hasta ese momento habían guiado la provisión de servicios sanitarios en el RU. En el nuevo marco institucional la relación entre contribución a la financiación del sistema, y derecho de acceso a sus prestaciones quedó también establecida de un modo mucho más difuso. La combinación de ambas incertidumbres permitió transformar la cuestión del rango de cobertura del NHS en un debate político acerca de los límites “legítimos” de inclusión del nuevo sistema sanitario.

Para el Partido Conservador la introducción en la agenda política del tema de la utilización “abusiva” del NHS por extranjeros suponía la plasmación de su crítica a un sistema sanitario público que consideraban excesivamente generoso, evitando al mismo tiempo aparecer como un partido opuesto al desarrollo de un sistema de protección social que gozaba de un altísimo grado de aceptación popular. Así la vinculación del rango de cobertura (un tema periférico aunque de compleja delimitación en un sistema sanitario de vocación universalista como el NHS), con el siempre delicado fenómeno de la inmigración, permitían sembrar dudas acerca de un esquema de protección social que era presentado como financiado por el contribuyente británico y abierto al abuso por parte de extranjeros.

Las medidas adoptadas en aquellos contextos históricos en que la politización del rango de cobertura del NHS fue introducida con éxito en la agenda política británica estuvieron marcadas por un fuerte carácter simbólico. Los promotores de las políticas restrictivas del acceso gratuito al sistema sanitario público para

algunas categorías de extranjeros eran conscientes de la complejidad de implementar ese tipo de medidas en un sistema basado en la presunción de derecho y sin mecanismos internos efectivos de control de elegibilidad, pese a lo cual en la década de 1940s presionaron para introducir cláusulas restrictivas al rango de cobertura del NHS, y a principios de la década de 1980s para desarrollar dicha normativa en una regulación específica.

Los réditos políticos se agotaron en el momento de la aprobación de dichas medidas, por lo que la fase de implementación recibió mucha menos atención de la prestada a las fases de formulación del “problema”, y de diseño de medidas para “resolverlo”. La estructura del propio sistema sanitario público se demostró en última instancia determinante a la hora de limitar el impacto real de las medidas restrictivas sobre el rango de cobertura del sistema. Una serie de factores, desde la propia estructura de atribución de responsabilidades, hasta las prácticas (tanto formales como informales) del personal de los centros sanitarios, hicieron la aplicación de dicha normativa extremadamente irregular.

La consideración del componente ideológico en las políticas de igualdad de acceso al sistema sanitario británico nos sitúa ante un marco en el que Partido Conservador encuentra en el acceso de los extranjeros al NHS un factor de movilización política, que utiliza con mayor o menor intensidad en función de la coyuntura política. Para el Partido Laborista, consciente de los costes políticos de aparecer como permisivo ante el “abuso” del NHS por los extranjeros, el tema del acceso de los “*overseas visitors*” resulta especialmente espinoso, por lo que adopta medidas de carácter estrictamente simbólico, o aplica una política de perfil bajo ante las medidas adoptadas por gobiernos anteriores.

Para realizar el estudio de la evolución de las políticas de acceso de las poblaciones de origen inmigrante al sistema sanitario público británico resulta imprescindible estudiar la compleja interacción entre los procesos de creación y consolidación de dicho sistema sanitario, y la evolución de las políticas migratorias en el RU. De las coincidencias entre ambos ámbitos de políticas

emergen los factores que explican la problematización de los límites de inclusión del sistema sanitario británico, y su consiguiente traducción a la esfera política. Por ello comenzaremos con un breve repaso de la evolución de las políticas migratorias y de definición de los límites de la “*Polity*”, para pasar posteriormente a vincularlas con la evolución de la definición del rango de cobertura del NHS. Finalmente estudiaremos los obstáculos a la implementación de las políticas restrictivas, destacando el papel de la propia estructura del sistema, así como el de las prácticas internas de funcionamiento de dicho sistema ante unas medidas contrarias a la filosofía imbuida en el NHS desde su creación.

### 3.1.1. Políticas de inmigración y nacionalidad en el RU

La evolución del fenómeno migratorio en el RU siguió, a grandes rasgos, el patrón general del conjunto de los países más desarrollados de Europa Occidental, pero con importantes particularidades en la periodización del proceso de asentamiento de las poblaciones inmigrantes, las modificaciones en las políticas de control de flujos, así como las racionalizaciones utilizadas para justificar dichas políticas. En buena medida, dichas particularidades fueron consecuencia de la pervivencia de importantes vínculos cuasi-coloniales y de dependencia entre la antigua metrópolis y los nuevos países surgidos del desmoronamiento del antiguo imperio británico. Aunque las autoridades británicas nunca consideraron deseable la inmigración desde las colonias o desde los países de la llamada *New Commonwealth*<sup>68</sup>, y tan solo la promovieron de modo activo en

---

<sup>68</sup> La “*Old*” *Commonwealth* hacía referencia a la asociación de estados autónomos (Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Sudáfrica) controlados por colonos blancos de origen mayoritariamente británico y vinculados a la Corona británica. A estos se sumaron los nuevos países surgidos del proceso de descolonización conocidos como la “*New*” *Commonwealth* (India, Pakistan,

circunstancias muy concretas, hubieron de “tolerar” la llegada de importantes colectivos inmigrantes por la obligación de honrar los compromisos adquiridos con los países integrantes de la *British Commonwealth of Nations*<sup>69</sup>. En este sentido, las políticas migratorias británicas se diferenciaron sustancialmente de las aplicadas por la mayoría de los países desarrollados de Europa Occidental, donde por esas mismas fechas se trataba de favorecer la llegada de trabajadores extranjeros. Como consecuencia del carácter no deseado de los flujos migratorios hacia el RU, dos rasgos diferenciales singularizan la evolución de los procesos migratorios en este país: su maduración relativamente precoz<sup>70</sup>; y la necesidad permanente de justificar su persistencia ante una población claramente opuesta a los mismos<sup>71</sup>.

Una de las características tradicionales de la política migratoria británica durante la mayor parte del siglo XX fue la distinción entre súbditos de la Corona británica (personas procedentes de territorios que perteneciesen, o hubiesen pertenecido, al imperio británico), teóricamente autorizados a

---

Bangladesh, etc). El conjunto pasó a denominarse *British Commonwealth of Nations*.

<sup>69</sup> Los aspectos estrictamente económicos de la inmigración (impacto sobre el mercado de trabajo, la actividad económica, o los niveles de recaudación y gastos del estado), aunque considerados en ocasiones de reflexión acerca de la conveniencia de promover legislación dirigida a frenar la inmigración, nunca llegaron a motivar una política favorable a la continuación de dichos flujos.

<sup>70</sup> Los flujos migratorios de cierta magnitud comenzaron prácticamente tras el final de la contienda, y las primeras leyes tratando de limitar dichos flujos se promulgaron ya a principios de la década de los 60. A principios de los 70 buen número de colectivos de origen inmigrante se habían convertido ya en comunidades con una estructura socio-demográfica totalmente normalizada. Siguiendo el mismo patrón de “precocidad”, el cierre de fronteras a la inmigración económica se estableció también con bastante adelanto respecto al grueso de los países europeos, que no detuvieron la llegada de mano de obra extranjera hasta mediados de la década de los 70.

<sup>71</sup> Los altercados con violencia contra los inmigrantes “de color” fueron una constante a lo largo de todo el siglo XX, y tuvieron un considerable impacto en la evolución de las políticas migratorias británicas.

instalarse libremente en el RU<sup>72</sup>; y “extranjeros” (aquellos que no debían vasallaje a la Corona británica) (Spencer, 1997: 10). Vigente desde la aprobación de la 1905 *Aliens Order*, aprobada con objeto de frenar la oleada de inmigrantes judíos que pretendía asentarse en el RU huyendo de las persecuciones de que eran objeto en distintos países de Europa del Este (Money, 1997: 699), dicha distinción combinaba de modo indivisible la legislación sobre inmigración, con la regulación sobre nacionalidad, confundiéndolas y limitando así considerablemente la capacidad de actuación de las autoridades británicas en el ámbito del control de las barreras externas de la “*Polity*”.

Un ejemplo de dicha limitación fue la llegada de inmigrantes procedentes de las colonias del Caribe contra la voluntad de las autoridades británicas en el período posterior a la IIª GM. Así, pese a que tras la contienda las autoridades británicas trataron de repatriar a la mayor parte de las personas “de color” llegadas de las colonias para trabajar en la industria de guerra o incorporarse a las fuerzas armadas, con la intención de sustituirles por inmigrantes procedentes del continente europeo<sup>73</sup>; éstas hubieron

---

<sup>72</sup> En principio, esta ley no afectaba a los derechos de los súbditos del imperio británico a circular libremente y asentarse en cualquier territorio del imperio, incluyendo el RU. En la práctica, sin embargo, una serie de trabas de carácter administrativo-burocrático fueron aplicadas durante el período de entreguerras, tanto en Gran Bretaña como en los países de origen de los potenciales emigrantes, con la intención de obstaculizar el asentamiento de inmigrantes “de color” en el RU (Spencer, 1997: 8).

<sup>73</sup> En 1946, el *Cabinet Working Party* encargado del estudio de la situación del mercado de trabajo en el RU estimaba que la economía británica necesitaría más de 1,5 millones de trabajadores extranjeros para hacer frente a las necesidades de la reconstrucción. Ante esto, el gobierno puso en marcha el único programa oficial a gran escala diseñado y aplicado por las autoridades británicas para facilitar el asentamiento de inmigrantes en el RU. A través del *European Volunteer Workers Program*, unos 350.000 trabajadores europeos, principalmente polacos que habían luchado en los ejércitos aliados, personas desplazadas durante el conflicto bélico (españoles, lituanos, letones, estonios, austríacos y alemanes), así como inmigrantes económicos procedentes principalmente del sur de Italia, fueron aceptados en el RU con el objetivo de que se asentasen de modo permanente y fuesen “absorbidos” por la población

de aceptar el retorno de muchos de los repatriados que, habituados a la vida en Gran Bretaña y ante la falta de perspectivas en sus territorios de origen, decidieron asentarse en el RU. La llegada de los primeros barcos con inmigrantes procedentes de las colonias del Caribe fue oficialmente recibida con distanciamiento y mal disimulado disgusto<sup>74</sup>, pese a lo cual la 1948 *British Nationality Act* que era discutida en el parlamento británico en esos momentos no introdujo ninguna modificación sustancial en los derechos de acceso al RU para las personas procedentes de las colonias y ex-colonias británicas. Los intereses de la política exterior británica, reflejados en la voluntad de mantener los vínculos de cooperación entre los territorios que habían constituido el imperio<sup>75</sup>, primaron

---

británica (Weil 1998: 28). Esta situación relativamente paradójica, en la que trabajadores extranjeros eran preferidos a ciudadanos británicos “de color”, muestra la disonancia existente entre los criterios formales de pertenencia a la comunidad británica, basados en una vinculación común con la monarquía británica (*subjecthood*), y los patrones cotidianos de constitución de la identidad colectiva que anteponian criterios “raciales” a los de nacionalidad tal y como ésta estaba definida.

<sup>74</sup> En junio de 1948, el *Empire Windrush* atracaba en puerto británico con 492 inmigrantes jamaicanos a bordo. Aunque este no fue realmente el primer barco que trasladaba inmigrantes del Caribe, la expectación que despertó y la gran publicidad que recibió convirtieron ese ataque en el hito simbólico que señalaba el inicio de la llegada “masiva” de inmigrantes procedentes de las colonias. El *Cabinet Economic Policy Committee* señaló que los inmigrantes procedentes de Jamaica viajaban a título personal y cubriendo personalmente los gastos de su pasaje, por lo que no podían ser disuadidos de su propósito de desembarcar en el RU, pero urgía a las autoridades coloniales “to prevent the occurrence of similar incidents” (Joppke, 1999a: 105). El Ministro de Trabajo respondía a una interpelación parlamentaria afirmando que era extremadamente improbable que este hecho se reprodujese en el futuro, al tiempo que encargaba insertar anuncios en la prensa de las colonias señalando la precariedad de las condiciones de vida de los inmigrantes en el RU, la escasez y mala calidad de las viviendas en que se alojaban, sus dificultades para encontrar empleo, así como lo riguroso del clima en Gran Bretaña (Spencer, 1997: 52).

<sup>75</sup> La coordinación de la política exterior del conjunto de los países que comprendía ese gran área, y el mantenimiento de la vinculación de estos países dentro del área de influencia de la libra esterlina, aparecían como los mecanismos a través de los cuales el RU podría seguir jugando un papel relevante en la escena política internacional.

sobre las consideraciones de orden interior, y en particular sobre la política de control de fronteras. Las autoridades británicas confiaban también en poder mantener la externalización del control de fronteras a través de su influencia sobre las autoridades de los países potencialmente emisores de flujos migratorios<sup>76</sup>.

Contrariamente a lo que predeciría un modelo de “*client politics*” las decisiones restrictivas en política migratoria finalmente adoptadas, lo fueron en función de los intereses de aquellos colectivos que asumían los costes difusos derivados de dichos procesos migratorios<sup>77</sup>, es decir, una población mayoritariamente blanca que se habría mostrado hostil a la inmigración de personas “de color” (Joppke, 1999b: 102). De acuerdo con este planteamiento, los políticos británicos limitaron los flujos migratorios cuando las situaciones de conflictividad social entre la población autóctona y los colectivos de inmigrantes (derivadas de la competencia por recursos escasos: empleo, vivienda, etc), despertaron el racismo de la población mayoritaria (Favell, 1998: 124).

Aunque la política migratoria de la década de los 50 estuvo marcada por la inacción, la percepción de la necesidad de incrementar el control sobre las propias fronteras se hizo crecientemente presente en el debate político británico. Cuando en

---

<sup>76</sup> Este esquema consistía en conminar/convencer a las autoridades de los países de donde procedían los inmigrantes a auto-restringir la emisión de pasaportes y títulos de viaje hacia el RU para los ciudadanos de esos territorios que pudieran ser potenciales candidatos a la emigración. En este empeño gozaron de un alto nivel de cooperación por parte de las nuevas autoridades del subcontinente indio, así como de las de los países africanos. La actitud de las autoridades caribeñas resultó bastante menos cooperativa, lo cual tuvo un claro impacto en el gran peso de los contingentes de inmigrantes procedentes de esa región en el conjunto de los flujos migratorios hacia el RU en los años inmediatamente posteriores a la guerra.

<sup>77</sup> El carácter irreflexivo del proceso migratorio en el RU impide su lectura en términos de “*client politics*”, ya que de haberse ajustado a ese modelo los gobernantes británicos habrían sido influidos en sus decisiones sobre política migratoria por los colectivos receptores de los beneficios concentrados de la llegada de trabajadores inmigrantes, principalmente los empresarios y las minorías étnicas.

1951 se planteó por primera vez la necesidad de establecer algún tipo de legislación que restringiese el derecho a asentarse en el RU a los inmigrantes de las colonias y de la *Commonwealth*, el análisis de los datos oficiales mostró que el pequeño número de inmigrantes “de color” instalados hasta esa fecha (apenas 30.000) no justificaba la adopción de medidas restrictivas que podrían tener un impacto muy negativo en las relaciones con la *Commonwealth*. Entre 1954 y 55, el gobierno conservador encabezado por Sir W. Churchill se planteó de nuevo la conveniencia de elaborar un marco legislativo que redujese los flujos migratorios, y encargó nuevos informes a distintos ministerios y organismos públicos (sanidad, interior, economía, etc), que volvieron a establecer el impacto generalmente positivo de dichos flujos sobre la sociedad receptora.

En términos generales, las propuestas encaminadas a retirar el derecho a asentarse en el territorio del RU a los ciudadanos de los países y territorios de la *Commonwealth* planteaban el problema de cómo legislar restringiendo el derecho de entrada y asentamiento a los inmigrantes “de color”, sin eliminar dicho derecho para los ciudadanos de los países mayoritariamente blancos con los que se deseaba seguir manteniendo la apertura de fronteras<sup>78</sup>, y todo ello sin introducir abiertamente elementos de discriminación racial que pondrían seriamente en cuestión la propia continuidad de la *Commonwealth*. La aplicación de una política de “no política” a consecuencia de esa situación de conflicto interno de intereses contribuyó así a facilitar el paulatino asentamiento de importantes comunidades de inmigrantes a lo largo de la década de los 1950s.

Los disturbios interraciales en Nottingham, y en el barrio londinense de Notting Hill, en septiembre de 1958 llevaron de

---

<sup>78</sup> La relación con los países mayoritariamente blancos de la “*Old*” *Commonwealth* resultaba de especial importancia para el RU, dado el gran número de emigrantes británicos asentados en dichos países, y el volumen de los intereses económicos británicos en los mismos. La libre circulación de trabajadores irlandeses, un aporte de mano de obra fundamental para la economía británica, planteaba también un dilema de difícil solución.

nuevo al gobierno británico a considerar la conveniencia de elaborar legislación restringiendo la inmigración, no en base a su potencial impacto sobre la economía, la salud, el orden público o la criminalidad; sino por el abierto rechazo a la diversidad racial expresado por amplios sectores de la población británica (Spencer, 1997:127). Así, en 1962 se aprobaba la *Commonwealth Immigrants Act* limitando el acceso al RU de inmigrantes procedentes de las antiguas colonias. El mecanismo utilizado para limitar dicho acceso sin recurrir a consideraciones de origen étnico se basó en un sistema de cuotas otorgadas anualmente en función de las cualificaciones educativas y profesionales. Esta ley anticipó las consecuencias del cierre de fronteras a la inmigración económica que se adoptaría en la Europa continental a mediados de la década de los 70, con sus correlatos en forma de incremento de la población dependiente, y el desarrollo de comunidades étnicamente diferenciadas<sup>79</sup>.

La 1968 *British Nationality Act*, promulgada a raíz de la crisis de la minoría india en el este de África<sup>80</sup>, supuso el inicio del

---

<sup>79</sup> En buena medida como consecuencia no intencional de la acción gubernamental, dicha Ley jugó un papel fundamental en la constitución de la Gran Bretaña multirracial, ya que aceleró la llegada de inmigrantes ante la expectativa de introducción de una regulación restrictiva; animó a los inmigrantes ya instalados a abandonar sus planes de regreso a sus países de origen; incrementó el ritmo de llegada de familiares dependientes de los inmigrantes ya asentados; y estableció una cuota anual de entre 30.000 y 50.000 inmigrantes aplicada hasta la aprobación de la ley de inmigración de 1988.

<sup>80</sup> Tras la independencia de las colonias del este de África a principios de los 60, buena parte de las personas pertenecientes a las minorías de origen indio asentadas en estos países optaron por mantener sus pasaportes británicos, ante el compromiso de las autoridades británicas a mantener su derecho a instalarse en el RU. En 1968, el incremento del nacionalismo pan-africanista y excluyente en Kenia puso en una situación muy comprometida a estas minorías. Ante el temor de la opinión pública británica a una “invasión” de personas de origen indio procedente de ese país, la segunda Ley sobre inmigración de la *Commonwealth* fue tramitada y aprobada en el Parlamento en solo tres días. En dicha Ley se circunscribía el derecho de libre acceso y asentamiento en el RU a los poseedores de pasaporte británico que hubiesen nacido en el RU, o que tuviesen un padre o abuelo nacido, adoptado o naturalizado en ese país. Unos 200.000 ciudadanos

progresivo alejamiento del marco legislativo británico del concepto de nacionalidad imperial, y por lo tanto de la confusión entre legislación de inmigración y de nacionalidad.

Dicho proceso de disociación entre ambos marcos normativos culminó con la aprobación de la *British Nationality Act* de 1981. Esta Ley, aprobada por el gobierno conservador de Margaret Thatcher, tenía por objeto simplificar la regulación sobre nacionalidad, marcando una clara distinción entre los *British citizens* (aquellas personas que tenían pleno derecho a asentarse en territorio británico), los *Citizens of British Dependent Territories* (categoría aplicada a aquellas personas nacidas o descendientes de los nacidos en los territorios que aún dependían directamente del RU -Hong Kong, Malvinas-), y de los *British Overseas Citizens*<sup>81</sup> (una suerte de cajón de sastre donde cabían todos los que no encontraban acomodo en ninguna de las dos categorías anteriores - *East African Asians*, etc-). El aspecto más polémico de esta ley fue la eliminación parcial del tradicional *ius solis* que confería automáticamente la nacionalidad británica a todos los nacidos en el RU, y que había contribuido de modo importante a la integración de los colectivos de inmigrantes en ese país<sup>82</sup>.

Con el asentamiento de poblaciones procedentes de las antiguas colonias la composición étnica de la población británica se modificó sustancialmente en las últimas décadas del siglo XX.

---

británicos de origen indio residentes en países africanos se vieron afectados por este cambio legislativo que cuestionó de modo importante el cumplimiento de uno de los artículos fundamentales del derecho internacional: la obligación por parte de todo estado de aceptar la entrada de sus nacionales en su territorio. A modo de magra "compensación" el gobierno británico creó un programa que otorgaría 1.500 permisos anuales para familias (unas 5.000 personas/año) de este origen.

<sup>81</sup> Esta última categoría no se transfiere a los descendientes, por lo que está claramente condenada a desaparecer tras el fallecimiento de sus actuales detentadores.

<sup>82</sup> La idea latente detrás de esta modificación era dificultar la permanencia en territorio británico de aquellos inmigrantes indocumentados que al tener un hijo nacido en territorio del RU adquirirían con la anterior ley ciertos derechos de asentamiento.

Como muestra la tabla 1, los datos del censo de población de 1991 indicaban que más de 3 millones de personas residentes en este país pertenecían a algún grupo étnico distinto al de la mayoría blanca, constituyendo un 5,5 por ciento de la población total<sup>83</sup>. Ese porcentaje resultaba incluso superior en Inglaterra, ya que el 97 por ciento de la población no blanca vivía en este área, representando así un 6.2 por ciento del total de la población inglesa. La mayor parte de esas minorías étnicas proceden de la “*New Commonwealth*”, y representan un mosaico de grupos de todos los rincones del antiguo imperio británico. El grupo más numeroso es el procedente de la región del sub-continente indio (India, Pakistán y Bangladesh), el Africa anglófona (Nigeria, Ghana, Liberia), y las Indias Occidentales (Jamaica, Trinidad y Tobago). En los últimos años, otros grupos de inmigrantes procedentes de China, Turquía, Somalia y los países árabes han ido también adquiriendo un peso específico propio.

Tabla 1. Composición étnica de la población británica según el censo de 1991

	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Blancos</b>	51.873.794	94.5
<b>Minorías étnicas</b>	3.015.050	5.5
<b>Negros caribeños</b>	499.964	0.9
<b>Negros africanos</b>	212.362	0.4
<b>Negros otros</b>	178.401	0.3
<b>Indios</b>	840.255	1.5

<sup>83</sup> Estos datos se refieren a la composición étnica de la población británica y por lo tanto no pueden ser utilizados como datos sobre inmigración. Mientras que un buen número de inmigrantes son incluidos bajo el epígrafe “blanco” (turcos, nacionales del resto de los países de la Unión Europea, europeos del Este, o personas procedentes de países de la *Old Commonwealth* -Australia, Nueva Zelanda, Canada, Sudafrica-), buena parte de las personas incluidas en la categoría de “minoría étnica” nacieron en el Reino Unido y/o posee pasaporte británico, por lo que no pueden ser considerados “inmigrantes”. Como trataremos con mayor profundidad más adelante, el uso de los diferentes conceptos implicados en el tema de la diversidad étnica y cultural, así como en los procesos migratorios, es de una extraordinaria importancia y tiene unas repercusiones que van más allá de la mera recopilación de datos estadísticos.

<b>Pakistanies</b>	476.555	0.9
<b>Bangladeshies</b>	162.835	0.3
<b>Chinos</b>	156.938	0.3
<b>Otros asiáticos</b>	197.534	0.4
<b>Resto</b>	290.206	0.5
<b>Total Población</b>	54.888.844	100.0

*Fuente:* Commission for Racial Equality, 1999.

Estos grupos se han instalado de modo desigual a lo largo del país, con pautas de asentamiento marcadas por una elevada concentración espacial en las zonas degradadas del interior de las grandes ciudades, y en las áreas más desfavorecidas de la periferia urbana. Como resultado de esos procesos algunas zonas han alcanzado porcentajes de población de origen inmigrante que exceden con mucho la media nacional. Así, en buen número de barrios de Londres esos porcentajes superan ampliamente el 30% del total de los habitantes (Balarajan y Soni Raleigh, 1992)<sup>84</sup>. Esta concentración tiene importantes implicaciones para la aplicación de programas de protección social en general, y para las políticas de salud en particular.

### *3.1.2. Universalización de la cobertura sanitaria y estructura del NHS*

El establecimiento del *National Health Service* en el Reino Unido durante la década de 1940 constituyó una experiencia pionera de expansión de la cobertura sanitaria a todos los habitantes de un estado. Sin pretender analizar aquí de modo exhaustivo la compleja interacción de factores que contribuyó a conformar la estructura finalmente adoptada por dicho sistema,

---

<sup>84</sup> El área del Gran Londres alberga a cerca de la mitad de la población británica no blanca (45%). En barrios como Brent y Newham la población no blanca supera el 40% del total, y en otros como Tower Hamlets, Hackney, Ealing o Lambeth, ese porcentaje supera ampliamente el 30%.

algo ya hecho en la abundante y excelente literatura sobre el tema<sup>85</sup>, señalaremos brevemente aquellos actores, ideas y condicionantes principales que influyeron en la definición del ámbito de cobertura del sistema sanitario público británico y por ende, en el diseño de las políticas de acceso al mismo para las poblaciones de origen inmigrante.

Dar cuenta del proceso de negociación que condujo a la creación de un sistema sanitario público de carácter universal en el Reino Unido a mediados de la década de 1940 requiere descender, siquiera brevemente, a la arena política y estudiar la interacción entre los distintos actores implicados en dicha política, asumiendo la complejidad de dicho proceso, así como la especificidad de un contexto histórico-político extremadamente denso. El estudio de las herencias institucionales y de las “*path dependencies*”, útil tanto para la comprensión de la transformación del sistema sanitario británico hasta el establecimiento del NHS, como para analizar su posterior evolución, contribuirá a explicar el proceso de expansión de su ámbito de cobertura al conjunto de la población<sup>86</sup>.

---

<sup>85</sup> Desde una perspectiva histórica un buen número de trabajos proporcionan una excelente y detallada descripción de los procesos de creación y consolidación del NHS (Chaplin, 1982; Finlayson, 1994; Honingsbaum, 1989; Webster, 1988). Las transformaciones del sistema de protección social británico desde la década de los 1970s (Glennerster, 1995; Hills, 1990), así como las reformas introducidas en el sistema sanitario público (Klein, Day & Redmayne, 1996; Mohan, 1995; Robinson & Le Grand, 1994), han sido también objeto de exhaustivos trabajos de revisión. Los estudios del NHS realizados desde una perspectiva de análisis de políticas son algo más escasos, pero existen excelentes trabajos en los que me he apoyado en gran medida a la hora de contextualizar el análisis de las políticas de acceso de los extranjeros al sistema sanitario británico (Ham, 1985; Klein, 1989 y 1995).

<sup>86</sup> Como señala Klein, “*It was the historical legacy which made it inevitable that a national health service would emerge by the end of the Second World War. It was the ideological and practical resolution of the policy puzzles which determined the precise shape taken by the NHS as it actually emerged in 1948*” (Klein, 1989: 2).

De partida, el diseño del NHS (incluido entre los esquemas de protección social propuestos por el *Beveridge Report*<sup>87</sup>) implicó la resolución de una disyuntiva entre dos lógicas organizativas claramente diferenciadas: por un lado la representada por los modelos de seguridad social basados en el aseguramiento individual (abundando en la línea apuntada por el *National Insurance Scheme* -NIS- de 1911); por otro, la propia de un modelo de “*Public Health*” que conceptualizaba la salud como un bien colectivo (siguiendo los principios de actuación de las autoridades locales británicas desde mediados del siglo XIX). Mientras la primera de dichas filosofías organizativas resultaba más acorde con los valores individualistas propugnados por la profesión médica<sup>88</sup> (que definían la atención médica como una relación estrictamente contractual entre paciente y médico, y que enfatizaban el “derecho” del individuo a la atención médica -*medical care*-, derecho supeditado por supuesto a la contribución económica previa a la financiación del sistema), y resultaba por tanto totalmente compatible con un sistema que tan solo diese cobertura a una parte de la población; la segunda coincidía con una aproximación colectivista de la provisión de cuidados sanitarios -*health care*-, y establecía la “obligación” de las autoridades públicas de proveer “salud” a la comunidad en su conjunto.

---

<sup>87</sup> Dicho informe, publicado en diciembre de 1942, condensaba un cúmulo de ideas de reforma social debatidas en distintos ámbitos de la sociedad británica desde los años 20, y definió los rasgos generales del Estado de Bienestar británico de la posguerra. Centrado principalmente en aspectos relacionados con la transferencia de rentas por el sistema de seguridad social, apuntaba en uno de sus apartados (de un modo un tanto tangencial) la conveniencia de crear un sistema sanitario público que proporcionara atención médica gratuita a través del cual se mejorase la salud de los trabajadores, reduciendo así el volumen de las transferencias por enfermedad e invalidez (Finlayson, 1994: 256).

<sup>88</sup> Esquemas en la línea de los modelos de seguridad social habían sido propuestos por la BMA desde principios de la década de los 30 como una solución a los problemas derivados de la falta de cobertura sanitaria. Esta lógica del aseguramiento sería la adoptada por la mayoría de los países de la Europa continental tras la IIª GM como la base de sus sistemas de protección social.

La adopción del segundo de dichos modelos a través de la creación de un sistema nacional de salud de cobertura universal basado en la aplicación del criterio de residencia supuso el abandono de la lógica de aseguramiento individual establecida algunas décadas antes por el NIS, así como la desvinculación del derecho de acceso a las prestaciones de los servicios sanitarios de las cotizaciones previas al sistema de seguridad social vinculadas a la actividad laboral regulada<sup>89</sup>. La elección de esta estructura para el NHS supuso también la derrota de los argumentos defendidos por un amplio sector de la profesión médica que, tradicionalmente opuesto a la creación de un sistema sanitario universal<sup>90</sup>, y ante la determinación gubernamental de crear un sistema nacional de salud, proponía como alternativa la limitación del margen de cobertura del sistema sanitario público de modo que excluyese al 10% de la población con rentas más altas (que hubiese permanecido como coto reservado para el ejercicio de la medicina privada). Esta propuesta fue frontalmente rechazada por el gobierno laborista, ya que su aceptación hubiese requerido la aplicación de un mecanismo de comprobación de elegibilidad vinculado al nivel de rentas (como los existentes durante el largo período de vigencia de las *Poor Laws*), con el riesgo consiguiente de generar una serie de consecuencias no deseadas (control social, estigmatización, fraude), al tiempo que hubiese favorecido la

---

<sup>89</sup> Como señalaba uno de los principales artífices de la creación del NHS, el Ministro de Sanidad Laborista Aneurin Bevan, el mantenimiento de un sistema de seguridad social hubiese resultado incompatible con el objetivo de universalización perseguido con la creación de dicho sistema, y hubiera conllevado la necesidad de mantener un sistema de verificación de cotizaciones caro y complejo de gestionar (Bevan, 1964: 100).

<sup>90</sup> Como Honingsbaum muestra claramente la profesión médica distaba mucho de constituir un actor monolítico, y en el seno de la misma algunos colectivos como la *Socialist Medical Association* -SMA-, o la *Medical Practitioners' Union* -MPU- abogaban claramente por la creación de un sistema universalista. Pese a esto, sin embargo, el grueso de la profesión médica se oponía a una mayor implicación del estado en la provisión de servicios sanitarios, tal y como ya había ocurrido con la creación del NIS en la década de 1910 (Honingsbaum, 1989).

aparición de un sistema sanitario dual con distinto trato para ricos y pobres, algo frontalmente contrario a los objetivos de universalidad e igualdad previamente establecidos para dicho sistema.

Entre el gran número de factores que han sido considerados como condicionantes de la forma final adoptada por el sistema nacional de salud británico destacan los argumentos que establecen conexiones entre la creación del NHS y la situación provocada por la IIª GM. El conflicto, con sus correlatos en forma de sentimiento de comunidad nacional reforzado por el esfuerzo bélico colectivo (Titmuss, 1950: 112), así como las aspiraciones del pueblo británico a una vida mejor tras el fin de los sacrificios impuestos por la guerra<sup>91</sup> (Webster, 1988: 16), habrían contribuido a acelerar el proceso de expansión de la cobertura sanitaria a nuevos sectores de la población hasta esa fecha excluidos del sistema sanitario público. De modo similar habrían operado consideraciones de salud pública basadas en el temor a la propagación de enfermedades contagiosas facilitada por la destrucción de viviendas y la saturación de los refugios antiaéreos (Honigsbaum, 1989: 189).

Tanto la creciente intervención del estado en todos los ámbitos de la vida social y económica en un contexto histórico en el que regímenes políticos de muy distinto signo trataban de ganar no solo la guerra, sino también la aquiescencia de sus poblaciones (Glennester, 1995: 3); como la constatación de la necesidad del control, planificación y financiación estatal para superar las limitaciones de los anteriores esquemas de provisión de servicios sanitarios basados en el voluntarismo y el aseguramiento individual (Finlayson, 1994: 256), han sido considerados como factores condicionantes en el diseño final del NHS. Por último, el papel de la burocracia como actor determinante, tanto en la definición, como en la implementación de la política sanitaria

---

<sup>91</sup> Consciente de las implicaciones del incremento de las expectativas de la población, Churchill prevenía a sus colegas de gabinete contra "*falses hopes and airy visions of Utopia and Eldorado*" que pudiesen hipotecar la actuación del gobierno tras el fin de la guerra.

(Honigsbaum, 1989: 213); y la importancia de la variable ideológica, en particular la gran influencia ejercida por un Partido Laborista elegido al término del conflicto bélico en Europa con un mandato muy fuerte y con el programa de desarrollar las políticas promulgadas por el *Beveridge Report* (Glennester en Hills, 1990: 11), han sido también conceptualizados como factores determinantes de los rasgos finalmente adoptados por el NHS.

La *NHS Act* recibió la aprobación Real el 6 de Noviembre de 1946, y entró en vigor de modo efectivo el 5 de julio de 1948. Resultado de las complejas y prolongadas negociaciones que habían precedido a su establecimiento, el NHS se convirtió en el primer sistema sanitario público del mundo en garantizar la cobertura sanitaria universal<sup>92</sup> (Klein, 1989: 1). Entre los objetivos principales perseguidos con su creación estaba el establecimiento de un sistema sanitario gratuito en el momento de su uso (eliminando las barreras financieras que hasta ese momento habían limitado el acceso de amplios segmentos de la población británica a la atención sanitaria), financiado fundamentalmente en base a los impuestos generales recaudados por el estado, y que garantizase una cobertura universal en condiciones de igualdad de acceso.

Fuertemente influenciada por los esquemas previamente existentes, la estructura de provisión de servicios del nuevo sistema sanitario público británico quedó organizada en torno a tres pilares netamente diferenciados: la atención primaria proporcionada en condiciones contractuales por profesionales liberales, los servicios socio-sanitarios dependientes de las autoridades locales, y la atención hospitalaria nacionalizada.

En primer lugar de dicha estructura destacaban los servicios proporcionados por profesionales sanitarios independientes, en relación contractual con el NHS. Este esquema, que incluía la atención primaria proporcionada por los *General Practitioners* (GPs), así como los servicios prestados por dentistas, oftalmólogos y farmacéuticos, mantenía muchos de los rasgos del *National*

---

<sup>92</sup> Hubieron de pasar casi dos décadas antes de que Suecia estableciese un sistema sanitario público que garantizase la cobertura sanitaria universal.

*Health Insurance* (NHI) creado en 1911 por el NIS, aunque en este caso toda la población estaba cubierta por dicho sistema, y el agente encargado de retribuir a los profesionales era el Ministerio de Sanidad con recursos financieros asignados a este fin en los presupuestos generales del estado. Dentro del grupo de profesionales médicos llamados a participar en este esquema, los GPs se perfilaban como especialmente importantes por su función de puerta de entrada al sistema, y eslabón principal de engarce entre el ciudadano-paciente y las políticas promovidas por las autoridades sanitarias.

El segundo pilar del sistema estaba estructurado en torno a los servicios socio-sanitarios tradicionalmente proporcionados por los gobiernos locales: servicio de ambulancias, medicina preventiva (vacunaciones, educación para la salud, etc), salud materno-infantil, atención domiciliaria, servicios residenciales para ancianos y disminuidos físicos y psíquicos, etc. Estos esquemas, en buena medida superpuestos a los servicios personales establecidos por la *1948 National Assistance Act* (el marco regulador que erradicó definitivamente las *Poor Laws*), no eran financiados por el NHS, sino a través de los presupuestos municipales, complementados con fondos estatales destinados a financiar las políticas de protección social.

La creación del sistema hospitalario público, el tercer esquema sobre el que se estableció la provisión de servicios sanitarios por el NHS, suponía la aportación más novedosa e importante de la nueva legislación. La nacionalización de los más de 1.000 hospitales hasta esa fecha propiedad de organizaciones sin ánimo de lucro (*charities*, organizaciones voluntarias, etc); así como de los más de 500 hospitales de titularidad municipal, supuso una alteración radical del panorama hospitalario en el RU, y la eliminación del principio de beneficencia que hasta ese momento había regido el funcionamiento de la atención hospitalaria<sup>93</sup>. La

---

<sup>93</sup> La provisión benéfica de servicios sanitarios había sido tradicionalmente criticada tanto por liberales como por socialistas por su carácter elitista, parcial y moralizante, aliviador más que resolutivo, poco profesional, ineficaz en la utilización de los recursos, favorecedor del solapamiento de servicios,

gestión de este sistema fue descentralizada a través de la creación de 15 *Regional Hospital Boards* (RHBs) para Inglaterra y Gales<sup>94</sup>. Dichos consejos directores estaban compuestos por personas nombradas por el gobierno con la responsabilidad de planificar y coordinar los servicios hospitalarios en la región, así como de controlar la gestión cotidiana de los hospitales (para lo cual nombraban a su vez a los integrantes de los *Hospital Management Committees* -HMCs-).

Desde principios de la década de los 1950s el NHS comenzó a ser percibido como una organización capaz de absorber infinitos recursos, por lo que la contención del gasto y el mejoramiento de la gestión se convirtieron en temas recurrentes en el debate político. Las tensiones entre el centro (gobierno central encargado de proporcionar los fondos para financiar el sistema, pero con escasa capacidad de control sobre la asignación final de dichos recursos), y la periferia (autoridades regionales y locales limitadas en el gasto por las partidas presupuestarias asignadas, pero totalmente autónomas en el modo de asignar sus recursos), aparecían ya como otro rasgo estructural de dicho sistema. Dichas tensiones se reproducían también en cada centro sanitario, entre administradores y médicos, en todas aquellas cuestiones sobre las que los médicos se consideraban los únicos legitimados para adoptar decisiones<sup>95</sup>.

---

dependiente de una supuesta “buena voluntad” y en ocasiones de la capacidad de pagar por sus servicios (Finlayson, 1994: 11). Ante la inadecuación de dicho sistema se demandaba un sistema que respondiese a las necesidades de los ciudadanos, y que garantizase los derechos de los mismos.

<sup>94</sup> El NHS mantuvo el sistema de administración descentralizada heredado del antiguo NIS, con cuatro entidades territoriales (Inglaterra, Irlanda del Norte, Gales y Escocia) coordinadas desde un *Joint Committee* presidido por el Ministro de Sanidad. Los sistemas sanitarios de Escocia e Irlanda del Norte eran regulados a través de sus propias Leyes basada en la 1946 NHS Act.

<sup>95</sup> El elevado margen de autonomía de la profesión médica era en parte consecuencia de la complejidad de las decisiones relacionadas con el ejercicio de la medicina, pero sin duda evidenciaba también el relativo éxito que había tenido la profesión médica en sus negociaciones con el poder político en la fase de diseño del NHS.

La complejidad organizativa del NHS hacía que, aunque sobre el papel la jerarquía de mando y de responsabilidades estuviese claramente definida, en la práctica el máximo responsable del sistema (el Ministro) no pudiese controlar realmente lo que ocurría en un punto concreto de dicha organización; por lo que terminaban siendo las preguntas en el Parlamento, o los escándalos, los que guiaban la acción inquisitiva del responsable del servicio en una lógica en la que el control sobre los “procesos” primaba sobre la consecución de los objetivos organizacionales (Klein, 1989: 160). De acuerdo con el esquema de distribución de responsabilidades existente, el gobierno se encargaba de las decisiones de gasto sanitario a nivel macro, y los médicos tomaban las decisiones respecto a los tratamientos a dispensar a los pacientes a nivel micro, con las autoridades sanitarias regionales jugando un papel mediador entre ambos ámbitos de actuación, y sus respectivas prioridades. Pese a que esta situación imponía considerables limitaciones a la capacidad de control del sistema por parte del nivel político, también le proporcionaba algunas contrapartidas positivas, ya que permitía a las autoridades sanitarias diluir la responsabilidad de sus decisiones de no intervención (o de intervención insuficiente), ante los problemas planteados por algunos colectivos, que veían de este modo bloqueada la respuesta a sus demandas<sup>96</sup>.

La coordinación entre los tres pilares del sistema sanitario resultó también problemática. Tanto sus delimitaciones territoriales, como sus funciones, lógicas de funcionamiento, sistemas de valores y de intereses, resultaban en el mejor de los casos independientes los unos de los otros, cuando no

---

<sup>96</sup> Siguiendo a Klein, “*The fact that no patient under the NHS system has a legal ‘right’ to any specific kind of treatment -that it is the clinician who determines what the patient ‘needs’- means that it is possible to fragment and dissolve national policy issues into a series of local clinical decisions. Political problems are, in effect, converted into clinical problems*” (Klein, 1989: 86). A través de ese mecanismo los políticos británicos han podido eludir (vía difusión o difuminación de los problemas), las responsabilidades de las consecuencias de sus decisiones (de acción o inacción).

abiertamente contrapuestos (Webster, 1988: 394). Como consecuencia de esto los servicios hospitalarios se fueron desarrollaron prácticamente al margen de los otros dos pilares del sistema (el sistema de atención primaria y los servicios socio-sanitarios), que a su vez recelaban mutuamente de sus respectivas actuaciones.

Desde principios de los 1970s las autoridades sanitarias británicas intentaron optimizar la gestión del sistema a través de la creación de una cadena de mando más eficaz entre el centro y la periferia del NHS. Simultáneamente trataron de mejorar la coordinación entre los tres niveles del sistema, en particular entre el sistema de atención primaria y los servicios sociales dependientes de las autoridades locales, dada la clara relación de complementariedad-sustitución potencialmente existente entre las actividades desarrolladas por ambos esquemas. Tras varios proyectos fallidos, la reforma de 1974 (la primera reforma sustancial desde la creación del NHS) modificó sustancialmente la delimitación territorial de la administración sanitaria, con el objetivo de hacer coincidir sus demarcaciones administrativas con las de los servicios sociales. La estructura del NHS en Inglaterra y Gales pasó a estar compuesta por 15 *Regional Health Authorities* (RHA), 90 *Area Health Authorities* (AHA), y unos 200 *District Management Teams* (DMT). Además de esto, se creó un *Community Health Council* (CHC) en cada distrito, encargado de actuar como órgano de representación de los ciudadanos (en especial de los grupos más desfavorecidos) ante las autoridades sanitarias<sup>97</sup>.

Mantener el margen de actuación de los gestores locales, satisfaciendo al mismo tiempo a los profesionales médicos, resultó un objetivo excesivamente ambicioso para dicha reforma que terminó por dejar a todos insatisfechos (Klein, 1989: 99). Antes de que el nuevo sistema hubiese sido realmente puesto en marcha, las

---

<sup>97</sup> La mitad de los miembros del CHC eran elegidos por las autoridades municipales, un sexto por la RHA, y un tercio por las ONGs locales, especialmente las que representaban a ancianos, minusválidos y otros “grupos desfavorecidos”.

críticas recibidas por el incremento en los costes de gestión, la sobrecarga de tareas burocráticas, los retrasos en los procesos de toma de decisión, o la existencia de excesivos niveles jerárquicos, instaron al gobierno a crear una comisión de investigación cuyo informe final confirmó lo fundado de buena parte de dichas críticas (Ham, 1988: 30). Las conclusiones de dicho informe serían retomadas por el gobierno conservador en 1982 para introducir nuevos cambios en la organización del NHS. Con esta nueva reforma se trató de mejorar los mecanismos de *accountability*, y de incrementar el control sobre la periferia del sistema con vistas a obtener un mayor rendimiento de los recursos utilizados<sup>98</sup> (“*value for money*”).

Similares objetivos en la línea de la mejora de la coordinación entre el centro y la periferia del sistema, y de incremento de la eficiencia de la organización fueron perseguidos por los gobiernos conservadores de Margaret Thatcher desde principios de la década de los 1980s. La introducción de criterios de mercado en la gestión del NHS, abogada en las conclusiones del informe Griffiths<sup>99</sup> en 1983, y finalmente aplicadas tras la implementación del *White*

---

<sup>98</sup> Esta segunda reforma eliminó las 90 AHA transfiriendo sus responsabilidades a las RHA y a los DMT (a los que recalificó como *District Health Authorities* -DHA-). Paralelamente incrementó el control de las actividades de cada centro sanitario a través de la sustitución de los tradicionales e ineficaces indicadores de *input* (número de camas, doctores, o enfermeras por cada 1.000 habitantes), por unos indicadores de actuación (*performance indicators*) que medían la cantidad y tipo de intervenciones realizados en relación a unas previsiones de objetivos anuales prefijados.

<sup>99</sup> Encargado por el gobierno conservador al *Managing Director* de la cadena de supermercados Sainsbury's, dicho informe criticaba la inexistencia de una clara estructura jerárquica de control en el NHS, afirmando que, “*if Florence Nightingale were carrying her lamp through the corridors of the NHS today she would almost certainly be searching for the people in charge*” (citado en Klein, 1995: 147). Como solución a dichos problemas proponía una serie de reformas en el sistema para hacerlo más eficaz y flexible potenciando el poder y capacidad de decisión de los gestores en todos los niveles del sistema sanitario (DHSS, RHA, DHA, hospitales), a expensas de la autonomía profesional de los facultativos, hasta esa fecha actores quasi-omnipotentes en el funcionamiento cotidiano del NHS.

*Paper “Working for Patients”*<sup>100</sup> en 1989, supuso cambios radicales en los esquemas de provisión de servicios sanitarios: creación de un “*internal market*” con separación de las funciones de financiación y provisión de servicios con el objetivo de introducir mecanismos de competencia entre los distintos “proveedores” (hospitales tanto públicos, como privados); creación de la figura del *GP fund-holder* al que se proporcionaría un presupuesto global para la provisión de atención sanitaria a sus pacientes, siendo responsable de contratar dichos cuidados con distintos proveedores; y constitución de fundaciones hospitalarias (*hospital trusts*) con objeto de incrementar la autonomía de gestión de dichos centros<sup>101</sup>.

Según Klein, la implementación de los “*quasi-markets*” supuso la apoteosis de la estrategia política de difusión de responsabilidades, ya que las decisiones acerca de la actuación del NHS se transferían a un etéreo e impersonal ente llamado “mercado”.

Abierta la caja de Pandora de las reformas estructurales en el sistema sanitario público, el gobierno laborista de Tony Blair surgido de las elecciones generales de 1997 se propuso dejar también su impronta en la organización del NHS, y para ello

---

<sup>100</sup> Redactado por una comisión compuesta principalmente por altos cargos de la administración (en especial del Departamento del Tesoro), y con la destacable ausencia de la profesión médica, dicho documento se centro en una agenda muy concreta centrada en aspectos de organización interna del NHS, sin que en él se hablase apenas de posibles alternativas a la financiación del NHS (pese a que la búsqueda de dichas alternativas de financiación había sido uno de sus objetivos iniciales fundamentales de su elaboración) (Mohan, 1995, 65).

<sup>101</sup> Esta decisión muestra la evolución, en ocasiones pendular, de las teorías que proponen solucionar los problemas de las grandes organizaciones. Según Bevan, una de las ventajas de la centralización introducida por el NHS había de ser la racionalización y las economías de escala en la gestión de compras del sistema sanitario. Dicha lógica de análisis es invertida en los 1980s, cuando se tratará de introducir mecanismos de mercado con objeto de eliminar los problemas de las macro organizaciones (fraude, despilfarro, etc). Lo que está detrás de esta diferencia de enfoques es también la preponderancia de un análisis macroeconómico keynesiano en el caso de Bevan, y del análisis microeconómico en el caso de los *quasi-markets*.

emprendió un proceso de reforma introducida con los “*quasi-markets*”, tratando de recuperar los aspectos que consideraban positivos de dicha iniciativa (separación entre proveedor y financiador), y eliminando aquellos que habían presentado consecuencias negativas en términos de igualdad y equidad (GP *Fundholders*, etc) en base a la evidencia empírica disponible (en términos generales bastante ambigua y poco concluyente).

### *3.1.3. Politización del acceso de los extranjeros al NHS*

Poco tiempo después de su creación, el NHS había sido ya plenamente asumido por la opinión pública británica como un gran logro colectivo. Hasta qué punto los dos grandes partidos, Laborista y Conservador, habían hecho suyos por igual los objetivos generales imbuidos en el NHS sigue siendo sin embargo objeto de controversia. Para algunos autores las líneas maestras del NHS habían quedado fuera de la agenda política prácticamente desde su puesta en marcha a finales de los 40, y permanecieron fuera del debate político hasta la década de 1980 (Klein, 1989: 31; Le Grand et al. en, Hills, 1990: 93). Dicha despolitización se habría debido a la inexistencia de incentivos para el político buscador de votos, al que hubiese resultado difícil obtener apoyos adicionales interviniendo sobre los aspectos principales de un sistema que gozaba de un apoyo prácticamente unánime (Klein, 1989: 76). Para otros autores sin embargo, la idea de que ambos partidos coincidieran en los puntos básicos de lo que había de ser el Estado de Bienestar en general, y el NHS en particular, tan solo pudo llegar a haber sido cierta durante los primeros años de la década de los 60 (Glennester, en Hills, 1990: 15; Mohan, 1995: xii; Webster, 1988: 390).

Sin tratar de dilucidar aquí el mayor o menor grado de compromiso histórico de los dos partidos mayoritarios con la filosofía representada por el NHS, podemos dividir la evolución del grado de politización de la política sanitaria en dos períodos claramente diferenciados. En un primer período, que se extendería

desde la creación del sistema hasta principios de la década de los 1980s, habrían predominado lo que Le Grand califica de “escaramuzas en la periferia del sistema sanitario”: confrontaciones en torno a temas relativamente periféricos de la política sanitaria, que reflejarían las resistencias ideológicas específicas de cada partido hacia algún aspecto concreto del NHS. A comienzos de la década de 1980s, las condiciones económicas, sociales, y por tanto políticas, en que se había desarrollado el NHS comenzaron a modificarse sustancialmente, por lo que los temas situados en la periferia del sistema perdieron buena parte de su atractivo como ámbitos localizados de confrontación política, dejando así paso a un cuestionamiento más general de los rasgos básicos de estructuración del sistema sanitario público. Esta creciente politización obedeció a un incremento de las presiones tanto internas (sobrecarga de la agenda de prioridades del sistema provocada por el creciente número de actores con demandas específicas sobre el mismo)<sup>102</sup>, como externas al sistema (crisis económica, y exacerbación del disenso político entorno al papel del estado)<sup>103</sup>. La gran popularidad del sistema sanitario público

---

<sup>102</sup> Además de los médicos, que hasta ese momento habían disfrutado de una situación de privilegio en el NHS, otros colectivos como el personal de enfermería, o los trabajadores auxiliares, trataban de hacer oír su voz y de mejorar su posición estructural en los centros sanitarios en los que trabajaban. Por otra parte, más de 200 organizaciones intermedias encargadas de proporcionar algún tipo de atención a colectivos específicos actuaban además como grupos de presión, contribuyendo de esta manera a sobrecargar la agenda del NHS (Klein, 1989: 116).

<sup>103</sup> Desde la creación del NHS el crecimiento económico había funcionado como lubricante de los múltiples problemas de ajuste interno de dicho sistema al garantizar un incremento, más o menos constante, de los recursos dedicados a su financiación. La situación de *stagflación* (recesión más inflación) en la que se sumieron las economías occidentales, y de modo especial la británica, tras los *shocks* petroleros de 1973 y 1979 supuso la transformación de los mecanismos de asignación presupuestaria entre los distintos departamentos gubernamentales en un juego de suma cero. Paralelamente, el cuestionamiento del modelo de planificación que había regido la política económica británica desde la década de los 40 supuso una creciente divergencia programática entre los dos principales

entre los ciudadanos británicos supuso que los dos partidos mayoritarios continuaran definiéndose públicamente como defensores del NHS, y que no se redujera en términos absolutos la asignación presupuestaria al sistema sanitario<sup>104</sup>, aunque las políticas propuestas por ambos partidos para la reforma de dicho sistema variasen sustancialmente.

El análisis de las confrontaciones en torno a temas relativamente tangenciales del sistema sanitario resulta especialmente interesante para nuestro estudio. Con anterioridad a la década de 1980, la imposibilidad de cuestionar los rasgos centrales del sistema sanitario (por el coste electoral que de ello podría derivarse) multiplicaba los incentivos para introducir en la agenda política otros aspectos puntuales que, entroncando con temas característicos de una determinada cosmovisión ideológica, fueran capaces de movilizar políticamente a la opinión pública hacia las posiciones de un partido en un contexto político determinado.

Así, la oposición a la existencia de camas para la práctica privada en hospitales públicos (percibidas como un símbolo de privilegio y un ataque a la filosofía igualitaria del NHS -“*equal access for equal need*”-), y la dedicación parcial de los médicos especialistas a sus puestos en hospitales del NHS (empleos que compatibilizaban con el ejercicio de la práctica privada), se convirtieron en objeto de enconada confrontación entre el gobierno laborista y la profesión médica durante la legislatura de 1974-79. La explicación a la súbita problematización de una situación que nunca había sido puesta seriamente en cuestión por los anteriores gobiernos laboristas es de naturaleza esencialmente política, y obedecía a un contexto en el que, debido a la creciente agitación por parte de los sindicatos, “*The political costs of doing*

---

partidos políticos respecto al papel del estado en el ámbito de la economía, y en la sociedad en general.

<sup>104</sup> Durante los sucesivos mandatos conservadores desde la victoria electoral de Margaret Thatcher en 1979, algunas políticas del estado de bienestar como la educación, o especialmente las políticas de vivienda pública, sufrieron drásticos recortes en sus asignaciones presupuestarias.

*nothing had become greater than the political costs of action*” (Klein, 1989: 119)<sup>105</sup>.

De modo similar funcionó uno de los temas “fetiche” del Partido Conservador: la introducción de tasas por los servicios proporcionados por el NHS. Establecidas poco después de la creación del NHS para los tratamientos dentales y oftalmológicos, y en 1951 para las prescripciones farmacéuticas, el tema de las “*user charges*” ha sido una constante en la política del partido Tory que ha visto en ellas un modo de frenar el crecimiento de la demanda, reducir el coste del sistema sanitario para las arcas del estado, y devolver a los individuos la responsabilidad sobre su propio estado de salud. Para los Laboristas dichas tasas han sido tradicionalmente criticables por sus efectos negativos sobre la equidad del sistema sanitario (al inhibir la demanda de aquellas personas con menos recursos). La pauta histórica ha sido que los Tories han establecido las tasas, y que los Laboristas las han congelado, o intentado suprimirlas (esto último con escaso éxito, debido a las restricciones presupuestarias que han afectado al NHS desde su misma creación). La cantidad recaudada por las tasas cobradas a los pacientes ha sido siempre relativamente pequeña comparada con el presupuesto total del NHS, pero su componente política ha sido extremadamente importante (Hills, 1990: 103).

La delimitación del acceso de los extranjeros a los servicios sanitarios proporcionados por el NHS actuó como uno de esos temas con un fuerte componente ideológico, condicionando en determinados contextos políticos la actitud del Partido Conservador hacia el sistema sanitario público. En buena medida relacionado con el tema de las “*user charges*” (ya que éste fue el mecanismo generalmente propuesto para sustituir la cobertura

---

<sup>105</sup> Respecto a estas cuestiones específicas, una decisión salomónica fue adoptada tras varios meses de tensiones y negociaciones: los médicos especialistas podrían seguir practicando la medicina privada, pero las camas privadas en hospitales públicos se irían eliminando progresivamente. La llegada del Partido Conservador al poder supuso la cancelación automática de dichas medidas y la vuelta a la situación anterior a la introducción de este tema en la agenda política.

sanitaria gratuita para los extranjeros), la politización del acceso de los extranjeros al NHS funcionó como uno de esos debates en la periferia del sistema sanitario que permitieron al Partido Conservador obtener apoyos en su esfuerzo por limitar el desarrollo del sistema nacional de salud en el RU (incluso aunque las medidas propuestas no estuviesen justificadas en términos económicos o sanitarios, o amenazasen con introducir ineficiencias en el normal funcionamiento del sistema)<sup>106</sup>.

El desarrollo de las estructuras básicas del NHS coincidió temporalmente con los primeros momentos del fenómeno de la politización de la inmigración en el RU, por lo que la interrelación entre universalización de las políticas de protección social, y necesidad de definición de la “comunidad” que debía ser cubierta por dichos programas se hizo bastante evidente. Los mecanismos que hasta esa fecha garantizaban una protección social básica (las *Poor Laws*) habían representado una suerte de universalización de la precariedad en la que las variables nacionalidad u origen étnico no resultaban relevantes ante las ideas y valores (benevolencia, caridad cristiana, humanitarismo, o solidaridad socialista) que guiaban la acción de las organizaciones encargadas de proporcionar dicha protección (mutualidades, *charities*, etc), y el anclaje local de su actuación (con la parroquia como ámbito territorial de referencia) fundamentalmente basado en la residencia. Por todo ello los extranjeros podían acceder a los mismos centros sanitarios, y ser atendidos en las mismas (precarias) condiciones que los autóctonos<sup>107</sup>.

---

<sup>106</sup> Obviamente, el rendimiento de estas políticas no ha de ser medido (únicamente) en función de su impacto sobre el sistema sanitario, sino más bien en relación con su influencia sobre el ámbito político y electoral, al estar incluidas en ese estrecho margen de políticas sanitarias que podían proporcionar incentivos para la actuación del político oportunista.

<sup>107</sup> La 1911 NIS Act había establecido como beneficiarios de sus prestaciones a, “*all persons of either sex, whether British subjects or not, who are engaged in any employments specified in Part I of the Act*”, sin que la variable nacionalidad de los potenciales beneficiarios desempeñase papel alguno en el debate de dicha legislación.

La 1946 *National Health Service Act* supuso un cambio de filosofía importante respecto a los esquemas anteriores, ya que imponía sobre el Ministro de Sanidad la obligación de promover el establecimiento de un servicio sanitario que asegurase la salud física y mental, “*of the people of England and Wales*”. Esta definición relativamente difusa, y de carácter claramente universalista, pretendía mostrar el cambio de lógica respecto a las limitaciones del antiguo sistema (el NIS había dejado a la mitad de la población británica fuera de su ámbito de cobertura); pero al mismo tiempo resultaba extremadamente imprecisa en lo relativo a la definición de sus límites de inclusión. La controversia se planteaba respecto a “quienes” exactamente habían de ser incluidos en la categoría de “*people of England and Wales*”, y en particular respecto a los derechos de algunas categorías de personas (extranjeros temporal o permanentemente residentes, turistas, inmigrantes indocumentados, ciudadanos británicos no residentes en el RU, etc) en relación al nuevo sistema. El establecimiento de un sistema de atención sanitaria con vocación universalista basado en la residencia, en un país donde más allá del pasaporte (no obligatorio) no existía un documento oficial estandarizado para identificar a los ciudadanos<sup>108</sup>, y donde las legislaciones sobre nacionalidad e inmigración estaban íntimamente imbricadas (otorgando derechos de asentamiento en el RU a una buena parte de la población del planeta); planteaba problemas importantes en la delimitación del rango de cobertura considerado “legítimo” para el nuevo sistema. Para algunos, generalmente alineados con las posturas del Partido Conservador, era preciso tomar medidas que evitasen “abusos” a un sistema de protección social financiado por y para los ciudadanos británicos. Para otros, la obligación principal de las autoridades sanitarias debía ser la de proporcionar servicios médicos a todas aquellas

---

<sup>108</sup> Los diversos intentos por parte de las autoridades de establecer un documento de este tipo se han encontrado hasta la fecha con la firme oposición de la opinión pública británica, temerosa de la capacidad de control estatal que dicho documento podría suponer, y de su posible impacto negativo sobre los derechos y libertades individuales.

personas que, dentro de su ámbito territorial de actuación, así los requiriesen, sin consideraciones acerca de la nacionalidad de las mismas.

Como vimos en la sección anterior, el número de inmigrantes asentados en el RU en los años inmediatamente posteriores a la IIª GM continuaba siendo relativamente bajo, por lo que la explicación del comienzo del proceso de politización de la inmigración en el RU requiere incluir en el análisis el temor a una “invasión” de inmigrantes (sentimiento derivado de la indefinición de las políticas de control de las límites exteriores de la comunidad), combinada con los prejuicios acerca del origen étnico de los inmigrantes (presentes o potenciales)<sup>109</sup>.

El incipiente proceso de politización del fenómeno de la inmigración se trasladó automáticamente a los debates de política sanitaria que en ese momento estaban teniendo lugar en el Parlamento británico. Como se puede comprobar en el gráfico 1, el tema del acceso de los extranjeros a los servicios del NHS fue objeto de más de 20 intervenciones parlamentarias de distinto carácter en el período comprendido entre la aprobación de la 1946 NHS Act y las modificaciones a dicha Ley introducidas por la *1949 NHS (Amendment) Act*<sup>110</sup>. La preocupación de los Tories por

---

<sup>109</sup> Este punto se constata al comprobar que las primeras movilizaciones contra la llegada de inmigrantes al RU se produjeron tras la llegada de un número relativamente pequeño de “*British subjects*” de “raza” negra procedentes de las colonias del Caribe; pese a que la mayoría de los inmigrantes presentes en ese momento en suelo británico (y de hecho los verdaderos extranjeros), eran de origen europeo, y se habían asentado en el RU bajo el auspicio del gobierno británico.

<sup>110</sup> Las tres primeras preguntas parlamentarias, realizadas unos meses antes de la entrada en vigor efectiva del NHS en julio de 1948, iban dirigidas a interesarse por los “*displaced persons*”, o por los “*European Volunteer Workers*”, es decir los europeos llegados al RU al final de la IIª GM a iniciativa del gobierno británico. El tono de dichas preguntas era positivo y animaba al gobierno a proveer a dichas personas de la protección social necesaria para su instalación en el país. La pregunta que abrió la andanada de interpelaciones sobre el “abuso” al NHS por parte de extranjeros fue realizada el 23 de septiembre de 1948, tan solo dos meses después de la entrada en vigor del NHS, y tres meses

los “abusos” que supuestamente estaría sufriendo el NHS a manos de extranjeros se concentró inicialmente en algunos servicios periféricos como la provisión de gafas y prótesis dentales. De ahí se fue expandiendo gradualmente hasta otros complementos cubiertos por el NHS como pelucas<sup>111</sup>, y patas de palo<sup>112</sup>; hasta hacerse extensivo al conjunto de las prestaciones proporcionadas por el recientemente creado sistema sanitario público británico.

Para el Partido Conservador, el tema del “abuso” al NHS por parte de los extranjeros servía para mostrar la naturaleza intrínsecamente errónea de un sistema sanitario que, por su propia configuración, estaba “estructuralmente expuesto al abuso”. Con objeto de explicitar dicha falla del sistema sanitario diseñado por el gobierno laborista, el discurso del “abuso” de los extranjeros era adaptado al tema de interés específico en la agenda pública del momento. Así el debate se centró en el acceso de los irlandeses al NHS en vísperas de la pérdida de la nacionalidad británica de los ciudadanos de ese país<sup>113</sup>; pasando a tratar de vincular la presencia de extranjeros con la existencia de listas de espera para tratamientos hospitalarios, o para la obtención de dentaduras y gafas<sup>114</sup> unos meses más tarde cuando el tema de las listas de espera ocupaba un lugar predominante en la agenda mediática y política.

---

después del ataque en puerto británico del *Empire Windrush* con los “primeros” inmigrantes jamaicanos abordo.

<sup>111</sup> Ver intervención del MP Colonel Stoddart-Scott el 24 de mayo de 1949 (Hansard, Vol.465, 1949: 1087), y del MP Mr. Kelling el 5 de julio de 1949 (Hansard, Vol. 471, 1949: 1947).

<sup>112</sup> Ver intervención del MP Emrys Hughes el 5 de julio de 1949 (Hansard, Vol. 471, 1949: 1947).

<sup>113</sup> Tras obtener su independencia del RU en 1921, el Parlamento irlandés decidió en 1948 renunciar a la nacionalidad británica para sus ciudadanos, que pese a esto siguieron disponiendo de plena libertad para instalarse en el RU según la *British Nationality Act* promulgada ese mismo año. Ver la pregunta al gobierno en la Cámara de los Comunes el 18 de diciembre de 1948 (Hansard, Vol.459, 1948: 1362), y el debate del día 8 de abril de 1949 (Hansard, Vol.471, 1949: 2439).

<sup>114</sup> Ver las preguntas al gobierno los días 5 de mayo de 1949 (Hansard, Vol.464, 1949: 1197), y 26 de mayo de 1949 (Hansard, Vol.465, 1949: 1089).

Las respuestas de los responsables laboristas del sistema sanitario a dichas interpelaciones señalaban el hecho de que el NHS había sido diseñado para atender a toda persona presente en territorio británico que así lo requiriese<sup>115</sup>. Ante el debate planteado por los Tories, que Bevan consideraba “*ill-informed, and some of it deliberately mischievous*”, el Ministro respondió apuntando los efectos no deseados que se derivarían de un mayor control en el acceso a las prestaciones del NHS (establecimiento de un sistema de identificación para todos los ciudadanos británicos, incremento de los costes de gestión, etc); señalando la falsedad de la afirmación de que los extranjeros se beneficiaban de un sistema para la financiación del cual no habían contribuido<sup>116</sup>; y elaborando una proyección estimada del coste total del acceso de

---

<sup>115</sup> A modo de ejemplo, a la pregunta realizada el 4 de noviembre de 1948 en la que un MP conservador planteaba el abuso del NHS por parte de marineros extranjeros que recalaban en puertos británicos y aprovechaban para encargar dentaduras postizas y gafas, y sobre el coste que esto suponía al erario público británico, Bevan respondió, “*The Act is so framed as to cover any aliens, who while in this country can make use of all the facilities of the National Health Service like anyone else. No separate estimate of cost is therefore available*”. La respuesta de Bevan fue seguida por la intervención de otro MP conservador en la que pregunta al Ministro si había podido consultar el informe en el que se afirmaba que las gafas y dentaduras postizas financiadas por el NHS eran posteriormente vendidas en los mercadillos callejeros de Oriente Próximo (Hansard, Vol.457, 1948: 1015).

<sup>116</sup> Este argumento estaría en parte relacionado con la confusión respecto a las fuentes de financiación del NHS y obviaría el hecho de que los extranjeros estarían contribuyendo a la financiación de dicho esquema a través de los impuestos indirectos que gravaban los servicios y bienes de consumo. En el debate en el *Standing Committee* encargado de la discusión de la *1949 NHS (Amendment) Bill*, Bevan respondió a un parlamentario Tory que insistía en diferenciar a los visitantes extranjeros de los nacionales en base a la contribución a la financiación del NHS a través de las cotizaciones semanales al sistema de Seguridad Social, “*I do not blame the hon. and gallant Gentleman for this, it is the Conservative newspapers who are responsible for muddling this matter up. They have muddled up the NHS and the National Insurance scheme for the past two years, and very few people understand that. Some newspapers talk about National Insurance and National Health as interchangeable terms, and that has given rise to an enormous amount of muddle*” (Hansard, Vol.466, 1949: 1804).

los “*foreign visitors*” al NHS, que calculaba en unas 200.000 libras anuales sobre un presupuesto total de casi 400 millones<sup>117</sup>. El Ministro concluía su valoración de este debate afirmando; “*The whole agitation has a nasty taste. Instead of rejoicing at the opportunity to practice a civilized principle, Conservatives have tried to exploit the most disreputable emotions in this among many other attempts to discredit socialized medicine*” (Bevan, 1964: 105).

Las presiones por parte de la prensa y del Partido Conservador sin embargo no cesaron, y terminaron forzando a Bevan a cambiar su discurso desde el internacionalismo solidario inicial, “*It amazes me that we should assume there is something wrong in treating a foreign visitor if he or she falls ill. The assumption is one of the curses of modern nationalism*” (Hansard, Vol.466, 1949: 1803); hasta posiciones más defensivas, llegando a afirmar en una conferencia de prensa que había “*arranged for immigration officers to turn back aliens who were coming to this country to secure benefits of the health service*”(Cohen, 1984: 6). Para los Tories, esta medida resultaba totalmente insuficiente y colocaba a los agentes de control de fronteras ante una tarea imposible de cumplir<sup>118</sup>, por lo que propusieron la introducción de una nueva cláusula en el *1949 NHS (Amendment) Bill* por la cual se otorgasen poderes al Ministro de Sanidad para elaborar legislación específica que hiciese que aquellas personas “*not normally resident*” en el RU corrieran con los gastos de la atención sanitaria que les pudiese ser dispensada por el NHS. La lógica subyacente a esta cláusula quedaba meridianamente clara en las palabras del

---

<sup>117</sup> Estimación realizada suponiendo que los extranjeros presentes en el UK consumieran servicios sanitarios en la misma proporción que los ciudadanos británicos, lo cual resultaba probablemente un cálculo excesivamente elevado ya que no tenía en cuenta las diferencias de perfil sociodemográfico entre los extranjeros y la población autóctona, generalmente favorables a los extranjeros en términos de edad y estado de salud por los mecanismos de selección previos al proceso migratorio.

<sup>118</sup> Como afirmaba el MP Conservador Lieut.-Colonel Elliot, “*The Devil himself cannot detect the mind of the man, yet the burden is placed on the immigration officers*” (Hansard, Vol.468, 1949: 627).

parlamentario Tory encargado de defenderla; *“The assumption behind the Clause is that in cases where people have not paid for the service -this is not a free health service, as the Minister will agree: it is a service paid for by the inhabitants of these islands- it is reasonable that they should make such payment”* (Hansard, Vol.468, 1949: 642).

La respuesta del Ministro a dicha enmienda argumentaba que la complejidad derivada de la implementación de un esquema de esas características (debería identificar al menos entre residentes permanentes; visitantes procedentes de países con los que existiese un acuerdo de reciprocidad para la cobertura sanitaria; y visitantes procedente de países con los que no existiesen ese tipo de acuerdos, que finalmente serían los que habrían de cubrir sus propios gastos sanitarios); el coste del aparato administrativo que implicaría su aplicación; y sobre todo, la ruptura con el principio de universalidad (base de la filosofía que inspiraba al NHS) que implicaría el no tratar a un extranjero que precisase atención sanitaria cuando se encontrase en el RU, hacían absolutamente inviable la aplicación de una cláusula de dichas características en el marco legislativo del NHS; *“We want to be quite honest about this. I must not give the House the impression that it is either desirable or practicable to insist upon a charge being made to all and every user from abroad of the British Health Service. I must be quite clear on that point”*. Bevan señalaba además otra de las consecuencias negativas (y no deseadas) que podría derivarse de este tipo de medidas diseñadas con objeto de delimitar la cobertura del NHS en función de un criterio de “residencia regular” en Gran Bretaña: la exclusión de los ciudadanos británicos originarios del RU y no residentes de modo permanente en ese país. La propuesta del Partido Conservador fue finalmente retirada con el compromiso del Ministro de introducir algún tipo de regulación que limitase el abuso por parte de aquellos extranjeros que pretendiesen llegar al RU con objeto de ser tratados por el NHS.

Dicho compromiso se plasmó en lo que terminó siendo la sección 17 de la *1949 NHS Act*, por la que se otorgaban poderes al Ministro de Sanidad para elaborar legislación imponiendo tasas a

aquellas personas “*not ordinarily resident*” en el RU que utilizaran los servicios del NHS. La introducción de este artículo fue un acto simbólico encaminado a aplacar las críticas dirigidas hacia el conjunto del sistema sanitario público por un aspecto que planteaba en aquel momento sin duda un cuestionamiento más teórico (sobre los límites de inclusión del sistema), que práctico (por la previsiblemente baja incidencia del fenómeno al que hacía referencia) al funcionamiento cotidiano del mismo. La prueba más evidente del carácter simbólico de esa cláusula reside en el hecho de que dicha disposición no fuese desarrollada en forma de legislación específica hasta más de 30 años después. Pese a esto, su introducción fue importante, no solo porque supuso una suerte de victoria moral para el Partido Conservador (que vio en ello el reconocimiento público a lo fundado de su campaña contra el “abuso” al NHS), sino también porque dejaba abierta la puerta para que algún futuro Ministro dispusiera de la potestad para desarrollar una regulación que estableciese un sistema de limitación de acceso de los extranjeros a la atención sanitaria gratuita por el NHS.

### *3.1.3.1. Consolidación del NHS, intentos de limitación de acceso para extranjeros y politización del control sanitario de las fronteras*

El largo período de gobierno conservador comprendido entre 1951 y 1964, fundamental en la consolidación del NHS, resultó clave tanto en el proceso de asentamiento de colectivos inmigrantes en el RU, como en el desarrollo de una política de control de fronteras superadora de los constreñimientos impuestos por el pasado colonial británico. Aunque el *laissez faire* (resultado de una combinación de confianza en la autorregulación de los flujos migratorios, y del escaso margen de maniobra ante los compromisos políticos contraídos con las colonias y ex-colonias) marcó la política migratoria de la década de los 1950, la percepción de la necesidad de incrementar el control sobre las

propias fronteras se hizo crecientemente presente en el debate político británico.

En ese contexto, y ante la constatación de que la mayor parte de los inmigrantes llegados al RU eran “*British subjects*” con pleno derecho a instalarse en suelo británico (por lo que no existía mecanismo alguno para impedirles acceder a los servicios proporcionados por el NHS una vez presentes en territorio británico)<sup>119</sup>, el interés político por el tema del coste del tratamiento de extranjeros en el NHS pasó a un segundo plano. Esto queda claramente reflejado en el gráfico 1, donde se aprecia como el número de intervenciones parlamentarias relacionadas con este tema en la Cámara de los Comunes pasó de 17 en 1948, a tan solo 5 en 1949, para mantenerse en un nivel aún más bajo a lo largo de los años siguientes. Pese a todo, esto no significó la completa desaparición del tema de la relación entre inmigración y sanidad de la agenda política británica, ni una inacción total por parte de los distintos gobiernos de la época en relación al tema de los límites de acceso al NHS.

Como vimos anteriormente, la 1962 *Commonwealth Immigrants Act* que limitaba el acceso al territorio del RU de *British subjects* procedentes de las antiguas colonias fue finalmente aprobada tras varios años de indecisiones, estudios y negociaciones. Previamente a la elaboración de dicha Ley el impacto de la inmigración sobre la salud de la población británica fue minuciosamente evaluado por el comité interministerial encargado de monitorizar la situación del fenómeno migratorio en el RU. Contrariamente a la idea generalmente extendida que

---

<sup>119</sup> A modo de ejemplo, Sir G. Lloyd interpelló al Secretario de Estado de Interior en una sesión de la Cámara de los Comunes “*what precautions are taken by the immigration officers of his Department to check the entry of obviously ailing persons who may be presumed to be coming here for free medical treatment, even though they offer another reason for doing so*”. La respuesta proporcionada por éste señala claramente los límites de intervención de las autoridades en este terreno, “*I assume that my hon. and gallant Friend is referring to the entry of foreigners, as immigration officers’ powers to control entry do not apply to British subjects*” (Hansard, Vol.532, 1954: 1390).

responsabilizaba a los inmigrantes caribeños y asiáticos de la propagación de enfermedades infectocontagiosas (fundamentalmente la tuberculosis, la gonorrea, y la lepra); y que afirmaba que dichos inmigrantes estaban colapsando los sanatorios y hospitales encargados de atender este tipo de enfermedades, dicho comité hubo de concluir que realmente había “*little cause for concern*”,<sup>120</sup> (Spencer, 1997: 112). Pese a la publicación de dichas conclusiones, los argumentos de las enfermedades importadas por los inmigrantes, y de la “carga” que su presencia representaba para el sistema sanitario público fueron de nuevo utilizados por algunos MP Conservadores para presionar a favor de la aprobación de legislación que restringiese la entrada de inmigrantes procedentes de la Commonwealth<sup>121</sup>.

Paralelamente al endurecimiento en los controles externos (política migratoria más restrictiva), el acceso de los extranjeros al sistema sanitario público británico se endureció también con un incremento de los controles internos. Por una parte a través de la circular, “*Memorandum of Guidance on the Hospital Treatment of Overseas Visitors*”, de 1963 en la que por primera vez el Ministerio de Sanidad proporcionaba “*advice*” a las autoridades sanitarias locales acerca de la conveniencia de tratar a los “*non-ordinary residents*” como pacientes privados del NHS, cobrándoles así el importe de la atención médica dispensada. Esta circular trataba de separar, de facto, la mera presencia en territorio

---

<sup>120</sup> Esta conclusión resulta especialmente destacable teniendo en cuenta que el Ministro de Sanidad en ese momento era Enoch Powell, personaje que incrementaría notablemente su perfil político a finales de la década de los 60 al galvanizar en torno a su persona a los sectores más duros de la derecha xenófoba británica.

<sup>121</sup> En una de sus intervenciones en dicho debate el MP Conservador, Sir Cyril Osborne citaba laudatoriamente un editorial del periódico liberal *The Observer* en el que se afirmaba, “*The seeds for such a crisis are already present (...) among the workers who are directly involved in the social strains of competing with immigrants for houses, hospital beds and social services. Certainly, we want more of all of these; but, again, there is a limit to what is possible. And although race and colour should not complicate these problems it is hypocrisy to pretend that they do not*” (Hansard, Vol.649, 1962: 726).

británico, del derecho de acceso al NHS, y pretendía introducir tasas para los no residentes de un modo cuando menos “alegal”<sup>122</sup>, ya que no recurría al mecanismo estatutario establecido para tal fin (el desarrollo de la sección 17 de la 1949 NHS Act). El refuerzo de los mecanismos de control internos se completó a través de la circular ECN473 enviada a los GPs, y en la que les informaba que no tenían la obligación de incluir en sus listas de pacientes a aquellas personas que “*had no connection of residence with this country*”; aunque de hecho tampoco les impedía hacerlo si lo consideraban oportuno (Cohen, 1984: 25).

En este primer intento de fijación de límites al acceso a las prestaciones del NHS las autoridades sanitarias no afinaron excesivamente en su definición del concepto de “residencia permanente”, que aparecía relacionado con la prueba de una “*connection*”, o “*links of birth or residence*” con el RU, mezclando así de modo poco preciso criterios de residencia con criterios de pertenencia “étnica” a las nación británica. Esta definición del derecho de acceso al NHS se iría afinando con el tiempo, para ofrecer una versión basada estrictamente en criterios de residencia. La responsabilidad de implementar las directrices proporcionadas por dichas circulares quedaba totalmente en manos de las autoridades sanitarias locales, de los profesionales médicos, y en última instancia del personal sanitario encargado de atender a los pacientes en la ventanilla de entrada de los centros sanitarios. Los tratamientos en caso de urgencia, incluidos bajo el título de política del “buen samaritano”, quedaban excluidos de dicho sistema de tasas, lo que a su vez abría una nueva puerta para interpretaciones subjetivas respecto a qué constituía una urgencia,

---

<sup>122</sup> La falta de respaldo legal a dicha circular, y por lo tanto a los intentos de cobrar tasas a los extranjeros asistidos por el NHS, era reconocida en 1982 por el entonces Ministro de Sanidad Kenneth Clarke durante uno de los debates parlamentarios de la *Charges to overseas visitors Regulations*, “*Charges have sometimes been collected in a rather haphard way. If the patient had refused to pay there was almost certainly no legal basis upon which the charges could have been recovered*” (Hansard, Vol.27, 1982: 252).

y qué tratamientos habían de quedar excluidos de dicha categorización. Esta delegación de responsabilidades, característica de la estructura organizativa del NHS, introducía en última instancia un amplio margen para la discrecionalidad, y derivó en una aplicación completamente asistemática de las instrucciones publicadas por las autoridades ministeriales. En este contexto aparecieron las primeras preguntas parlamentarias relativas a la negación de atención sanitaria a extranjeros en centros hospitalarios del NHS (Hansard, Vol.679, 1963: 921).

El incremento de los controles externos e internos en los límites de inclusión del NHS supuso de nuevo la momentánea desaparición del tema del “abuso”, y del coste para el sistema sanitario público del tratamiento de los extranjeros, de la agenda política británica. El debate sobre el control de las fronteras ante la llegada de inmigrantes portadores de enfermedades contagiosas experimentó sin embargo un pico de atención política tras la llegada del Partido Laborista al poder en 1964. La creciente politización del tema de la inmigración en el RU incrementó la sensación de “porosidad” de las fronteras, perceptible en el aumento de la preocupación por el tema de las enfermedades infecciosas importadas por los inmigrantes, y por la inadecuación de los mecanismos de control sanitario en las fronteras británicas. Así, como se puede apreciar de nuevo en el gráfico 1, el tema del incremento del control de las fronteras ante la llegada de inmigrantes presuntamente portadores de enfermedades contagiosas fue profusamente utilizado como arma política para atacar al recién elegido gobierno laborista.

La 1962 *Commonwealth Immigration Act* había establecido la obligatoriedad de un control médico en frontera para todos los inmigrantes que llegasen al RU con un permiso de trabajo, pero eximía a aquellos que llegaran en un proceso de reagrupación familiar. Ante la politización del tema del control sanitario de las fronteras, el Ministerio de Sanidad anunció la instalación de un aparato de Rayos X en el aeropuerto de Londres (por donde entraban al RU el 60% de los inmigrantes). Esta medida fue considerada insuficiente por los MPs Conservadores que,

basándose en informes de la BMA<sup>123</sup> y del *London Boroughs' Committee*, presionaron al Ministro para establecer exámenes médicos en los países de origen, previos a la salida de los inmigrantes hacia el RU (Hansard, Vol. 715, 1965: 259). El gobierno inició entonces una ronda de conversaciones con los gobiernos de los países emisores de flujos migratorios, y en febrero de 1968 el Ministro de Sanidad anunciaba ante la Cámara de los Comunes que eran ya más de 30 los convenios firmados con países de la Commonwealth y territorios dependientes para el establecimiento de estructuras de control médico en el país de origen, y que las negociaciones continuaban abiertas para extender dicho esquema a otros países (Hansard, Vol. 758, 1968: 64).

Tras estas medidas el tema del control médico de fronteras prácticamente desapareció del debate político, para reaparecer algunos años más tarde, esta vez con un enfoque radicalmente distinto. Con el Partido Conservador en el poder, y aplicando una política de férreo control de las fronteras, la polémica en torno al control sanitario pasó a estar relacionada con la protección de la intimidad y el derecho a la salud de los potenciales inmigrantes ante inspecciones médicas consideradas particularmente intrusivas y vejatorias<sup>124</sup>.

### *3.1.3.2. El acceso de los "overseas visitors" al NHS en la agenda política de principios de los 1980s*

---

<sup>123</sup> La BMA aprobó en su congreso anual de 1959 una resolución en la que mostraba su preocupación por la llegada masiva de inmigrantes procedentes de la *Commonwealth* sin supervisión médica previa.

<sup>124</sup> Los tests de virginidad y las inspecciones ginecológicas utilizados como indicio del estado civil de las supuestas esposas (1979); las radiografías óseas para determinar la edad de supuestos menores candidatos a la reagrupación familiar (1980); y la utilización de análisis de ADN para establecer el parentesco de los potenciales inmigrantes (1989), despertaron las protestas de grupos defensores de los derechos de los inmigrantes y terminaron por ser prohibidos o estrictamente controlados por las autoridades británicas.

Durante la legislatura Tory 1970-74, el tema del acceso de los extranjeros al NHS desapareció virtualmente del debate político, a pesar de la discusión y aprobación de la *1971 Immigration Act*, Ley que contribuyó en gran medida a la eliminación de la excepcionalidad británica en política migratoria con la desaparición del tratamiento diferenciado a los ciudadanos de la Commonwealth, y que restringía aún más el derecho de instalación en el RU de los inmigrantes procedentes de dichos países. Los cambios organizativos introducidos en la estructura del NHS durante el siguiente período de gobierno laborista (1974-79) tampoco introdujeron ninguna modificación en la delimitación de los límites de inclusión del NHS; aunque el tema del coste del tratamiento de los “*overseas visitors*” por el NHS reapareció con fuerza en el Parlamento al final de dicha legislatura.

A iniciativa del MP Conservador John Pardoe, la Cámara de los Comunes volvió a debatir a finales de 1978 el tema del acceso al NHS por parte de extranjeros no residentes<sup>125</sup>. Según este MP, el escaso desarrollo de las convenciones bilaterales con otros países, y la garantía de tratamiento sanitario a toda persona en situación de urgencia resultaba injusta para los ciudadanos británicos (que no recibían el mismo trato en sus viajes al extranjero), y extremadamente onerosa para los contribuyentes; “*Being a Good Samaritan is one thing, but being taken for a permanent ride by the rest of the world is quite another*” (Hansard, Vo.957, 1978: 1148). Su propuesta era el establecimiento de una tasa o póliza de aseguramiento obligatoria para todo extranjero de visita en el RU, a través de la cual se financiaría la provisión de servicios sanitarios a no residentes por parte del NHS.

La respuesta a dichas propuestas por parte del Subsecretario de Estado de Salud y Seguridad Social, el laborista Eric Deakins, destacaba el hecho de que la *1949 NHS Act* (modificada por la *1977 NHS Act*) estipulaba que el beneficiario potencial de dicho

---

<sup>125</sup> Pese a que se habían planteado preguntas orales y escritas relacionadas con el coste del acceso de los extranjeros al NHS en repetidas ocasiones, este tema no había sido objeto de un debate en la Cámara de los Comunes desde la discusión de la *1949 NHS Act*.

servicio era “*the people of England and Wales*”, y que dicha definición de la cobertura del NHS había llegado a ser interpretada como “*referred not to nationality, or to people’s ultimate origins, but to their residence in this country. (...) not only people who are permanently resident in either of these countries but people who have come here with the intention of becoming permanently resident, people coming for the purpose of employment, and people coming to stay for prolonged periods*”. El interés de esa delimitación de la población legítimamente cubierta por el NHS estribaba en su relativa generosidad (la mera intención de permanecer permanentemente en el RU autorizaría a una persona a acceder a los servicios sanitarios del NHS), y en la aplicación rigurosa de un criterio de residencia sin veleidades de “*ius sanguinis*” como las presentes en la circular de 1963<sup>126</sup>. Deakings continuaba explicitando las circunstancias en las cuales alguien no residente en el UK podía acceder a los servicios del NHS de modo gratuito, incluyendo las personas procedentes de los más de 20 países con los que existía una convención bilateral firmada, aquellas procedentes de otros países de la CEE, y finalmente las que no procediendo de ninguno de esos países, requiriesen atención de urgencia. Las razones para el tratamiento de estos últimos serían obviamente humanitarias, pero también de orden administrativo, y de nuevo planteó las dificultades que un sistema universalista como el NHS encontraba para identificar quién no está legítimamente cubierto por dicho sistema; “*there is no quick and simple way in which one can tell who is ordinarily resident*”. El coste de establecer y mantener actualizado un sistema de

---

<sup>126</sup> La consecuencia última de la estricta aplicación de dicho criterio de residencia era la negación de tratamiento gratuito en el NHS a ciudadanos británicos que hubiesen fijado su residencia fuera del RU. La prensa británica se hizo eco de numerosos casos en los que personas de origen británico no residentes en el RU, especialmente mujeres casadas con hombres extranjeros, habían recibido facturas por el importe de los tratamientos recibidos en el sistema sanitario público, o se les había negado el acceso a hospitales del NHS.

verificación de cobertura sería muy superior al supuesto ahorro que de él se derivaría<sup>127</sup>.

La repentina reactivación del interés del Partido Conservador por el tema del coste de la atención sanitaria de los “*overseas visitors*” en los últimos meses de gobierno laborista presagiaba una repetición de la táctica de descalificación de un aspecto periférico del sistema sanitario, a partir del cual extender la crítica al NHS en su conjunto, estrategia ya aplicada a finales de la década de los 1940s con relativo éxito por dicho partido. La llegada del Partido Conservador al poder en mayo de 1979 implicó en efecto un cambio sustancial en el modo de enfocar el tema del acceso de los “*overseas visitors*” al NHS, con la colocación de este tema en primera línea del debate político. Como puede apreciarse en el gráfico 1, la presencia de este tema en las discusiones parlamentarias de los años subsiguientes se hizo abrumadora. Los argumentos a favor y en contra de la elaboración de una normativa restrictiva específica acerca de los límites de inclusión del NHS reprodujeron milimétricamente los desplegados durante los debates de creación del sistema sanitario público británico en la década de los 1940s: abusos, contribuyentes indignados, falta de reciprocidad, posibilidad de recaudar recursos adicionales para el sistema, argumentos esgrimidos por los Tories para justificar la necesidad de dicha normativa; escasa entidad de los posibles abusos, negativo balance coste-beneficio de cualquier tipo de medida de control introducida en un sistema universalista, extrema dificultad en la implementación de dichas medidas, creación de mayores márgenes de arbitrariedad favorecedores de discriminaciones, y en última instancia contradicción de la filosofía universalista del sistema, esgrimidos por los laboristas

---

<sup>127</sup> Dicho responsable concluía su intervención afirmando; “*I am aware that the use of the Health Service by visitors from abroad is an emotive subject. It is not merely the hon. Member and his constituents who write and express their concern on a subject about which they feel strongly. I receive letters during the course of the year from Members of Parliament and others on this subject. Looking at the matter dispassionately it seems that the present policy is both sensitive and right*” (Hansard, Vo.957, 1978: 1156).

para oponerse a la introducción de medidas restrictivas en el rango de cobertura del NHS. En esta ocasión, sin embargo, la determinación del Partido Conservador para elaborar una normativa restrictiva era clara y su mayoría parlamentaria absoluta.

Como también ocurriera a principios de los 1960s, el desarrollo de normas restrictivas en la definición de los límites de inclusión del NHS corrió paralelo al desarrollo de legislación en el mismo sentido en el ámbito de la extranjería y la inmigración. En este caso se trataba de la promulgación de la *1981 British Nationality Act*, legislación que acabó de modo definitivo con la excepcionalidad británica en la atribución de su nacionalidad, terminando así el lento proceso de definición de los mecanismos de delimitación del *demos* británico (es decir quienes están legitimados para residir libremente en el RU disfrutando de todos los derechos sociales, civiles y políticos) en línea con el resto de los países de Europa Occidental.

En el debate de política presupuestaria realizado en marzo de ese mismo año, y en medio de una discusión acerca de la contribución a la financiación del sistema de las tasas pagadas por los pacientes del NHS, el Secretario de Estado de Sanidad, Patrick Jenkin, anunciaba la intención de su Departamento de establecer una cláusula por la cual todo extranjero que no hubiese residido en el RU durante al menos tres años, y que no estuviese cubierto por los acuerdos bilaterales firmados por el RU, sería tratado como paciente privado por el NHS, debiendo por tanto asumir íntegramente el coste de los tratamientos recibidos en el sistema sanitario público británico. La existencia de listas de espera para algunas intervenciones y tratamientos, y la constatación de los “abusos generalizados”, justificarían el desarrollo de las cláusulas previstas en la legislación para introducir dichas tasas, las cuales deberían contribuir con unos 5 millones de libras anuales al presupuesto del NHS (Hansard, Vol.1000, 1981: 1015).

Tanto el contexto elegido para anunciar el desarrollo de una regulación que había permanecido en estado latente durante más de treinta años (debate de los presupuestos del estado), como la

naturaleza de los beneficios esperados de la aplicación de la futura norma (cuantificados en millones de libras), o los mecanismos de implementación de la misma (aplicación de una tasa), atestiguan el enfoque de “racionalidad económica” desde el que se pretendía plantear la crítica al funcionamiento del NHS en relación con el acceso de “*overseas visitors*” a dicho sistema. Esta medida entroncaba además con la vieja querencia del Partido Conservador hacia la imposición de tasas para el uso del NHS, a la que ya hicimos referencia anteriormente.

En abril el DHSS hizo circular un borrador de su propuesta sobre los nuevos límites de acceso al NHS -HN(81)13-, y en junio estableció un grupo de trabajo con objeto de recabar las reacciones de las diferentes partes afectadas por dicha normativa (incluyendo a representantes de la profesión médica, autoridades sanitarias regionales y locales, sindicatos, *Community Health Councils*, y a la *Commission for Racial Equality* -CRE-). La mayoría de las alegaciones presentadas por estos actores se mostraron contrarias al desarrollo de dicha normativa, al considerar que resultaría impracticable en términos organizativos y de gestión, y al entender que daría pie a prácticas discriminatorias hacia las minorías étnicas asentadas en el RU (Cohen, 1984: 7). La BMA sin embargo se declaró favorable a la adopción de medidas que acabasen con el “abuso” al sistema sanitario público por parte de extranjeros que no deberían recibir tratamiento gratuito del NHS. Las conclusiones finales de dicho comité, apoyando los argumentos generales de la propuesta del gobierno, y proponiendo algunas modificaciones para facilitar su aplicabilidad, fueron presentadas el 22 de febrero de 1982 ante la Cámara de los Comunes por Norman Fowler, el nuevo Secretario de Estado de Servicios Sociales. Según Fowler la nueva regulación permitiría eliminar la discriminación contra las minorías étnicas que se habría estado produciendo hasta ese momento por la falta de instrucciones precisas respecto a como aplicar las directrices

proporcionadas por el gobierno central<sup>128</sup> (fundamentalmente la circular de 1963), gracias a la aplicación de un procedimiento estandarizado que facilitaría la identificación fácil y rápida de las personas no cubiertas por el NHS. Entre las modificaciones introducidas al proyecto inicial del gobierno estaban la extensión del derecho de acceso al NHS a toda persona llegada al RU con un permiso de trabajo (muy pocas habida cuenta del cierre de fronteras a la inmigración económica), y la reducción del requisito de residencia para la exención del pago de las tasas de utilización del NHS de tres a un año para el resto de los extranjeros. Pese a esta reducción en el número de potenciales afectados por la regulación propuesta, la previsión gubernamental de la suma que se esperaba recaudar con el nuevo esquema se elevaba hasta los 6 millones de libras anuales.

Apuntando claramente el carácter populista de esta normativa Fowler destacaba el “sentido común” de la misma y afirmaba no comprender la oposición del Partido Laborista a la aprobación de dicha medida; *“The British public will wellcome this common sense move. I think that they will be puzzled by the Opposition’s attitude and by the way in which they apparently regard this common sense way of getting new funds for the NHS”* (Hansard, Vol.18, 1982: 597).

El 17 de marzo se debatía de nuevo el tema del acceso a los servicios del NHS por los extranjeros, esta vez a partir de una enmienda a la totalidad presentada por el Partido Laborista. Entre los argumentos allí presentados por el principal partido de la oposición para mostrar lo inoperativo de las medidas propuestas destacaban los datos de una encuesta elaborada por el *Central*

---

<sup>128</sup> El informe del *working party* afirmaba; *“Because the checks currently used by many hospitals appear to be based on little more than intuition of hospital staff that a patient may not be resident in this country, there is a distinct risk that they may be being applied in a way which discriminates against members of ethnic minorities living here. We therefore feel that there are strong arguments for laying down a uniform procedure for establishing a patient’s eligibility and that this procedure should be administered universally”* (Hansard, Vol.20, 1982: 418).

*Management Service* (servicio estadístico del Ministerio de Sanidad) a requerimiento del *working party* encargado de estudiar las propuestas gubernamentales. Según dicha encuesta, realizada a usuarios de 10 hospitales británicos, 8.071 de los 8.152 pacientes entrevistados (99%) eran beneficiarios del NHS sin la menor sombra de duda. De los 81 restantes, 15 eran ciudadanos de otros países de la CEE, 3 eran españoles (país que se encontraba en ese momento en un estadio muy avanzado de las negociaciones para su incorporación a la CEE), y al menos otros 4 procedían de países con los que el RU tenía firmado convenios bilaterales. Entre los 59 restantes (0,7% del total) 12 se habían negado a contestar, algunos deberían ser tratados de urgencia, y otros deberían ser atendidos en cualquier caso por sufrir enfermedades infecto-contagiosas, todo lo cual dejaba un margen máximo de 0,5% de pacientes que no reunirían los requisitos estipulados para acceder a los servicios del NHS (Hansard, Vol.20, 1982: 412).

Para el Partido Laborista, y dejando de lado consideraciones éticas relativas a la conveniencia de tratar a toda persona presente en suelo británico que lo requiriese tal y como se pretendía con la creación del NHS, los costes de establecer un sistema de control de elegibilidad excederían con mucho los supuestos ahorros derivados de cobrar los tratamientos proporcionados a ese 0,5% de pacientes<sup>129</sup>. El principal partido de la oposición señalaba además que en contextos de gran carga de trabajo y ante una tarea burocrática rutinaria (como lo sería la aplicación de una encuesta de elegibilidad a la cual el 99,5% de los preguntados contestaría afirmativamente), la actitud “racional” de los funcionarios de admisión de los hospitales terminaría siendo la de interrogar únicamente a las personas que “pareciesen” extranjeras por su origen étnico, o por su acento, lo cual daría lógicamente pie a una actitud discriminatoria gravemente sentida por las minorías étnicas

---

<sup>129</sup> Calculando 2 minutos de entrevista para valorar la elegibilidad de cada paciente para ser tratado gratuitamente por el NHS, y extrapolando al número de pacientes tratados en 1980 (cerca de 28 millones), el MP Laborista Laurie Pavitt calculaba unas 900.000 horas de trabajo extra anuales, equivalente al trabajo de unos 450 administradores (Hansard, Vol.20, 1982: 422).

del RU<sup>130</sup>. Otra consecuencia de dicho cuestionamiento de elegibilidad sería la introducción de desincentivos para acudir a un médico ante los primeros síntomas de una enfermedad por parte de aquellas personas con una situación migratoria más ambigua<sup>131</sup>, lo cual terminaría redundando en una complicación de los cuadros sintomáticos, y en un encarecimiento final de los tratamientos médicos proporcionados por el NHS, además de incrementar los riesgos para la salud pública. Ante la perspectiva de que el personal sanitario o administrativo del NHS hubiese de desempeñar un papel de control que rozaría las atribuciones propias de un oficial de inmigración, los sindicatos mayoritarios en el NHS expresaron también su oposición a la implementación de dichas medidas. La respuesta del Ministro de Sanidad a los impedimentos presentados por la oposición y por los representantes de los diversos colectivos potencialmente encargados de implementar dichas medidas reiteraba el carácter populista de dicha normativa; *“this is a perfectly commonsense measure which does not give rise to any of those fanciful fears and will be widely appreciated by the British public once it is understood”* (Hansard, Vol.20, 1992: 444).

---

<sup>130</sup> Reforzando este argumento la CRE se mostraba de hecho abiertamente contraria a la introducción de dicho cuestionario que consideraba introduciría un elemento adicional de discriminación y aseguraba, *“this is not the time to impose further stress on the ethnic minorities of this country”*. La *Association of Community Health Councils*, y diversas autoridades sanitarias regionales y locales expresaron preocupaciones similares. Como el *Brent Health District* afirmaba; *“Our experience suggests that the mere process of assessing eligibility is looked upon as discriminatory notwithstanding the fact that all patients are expected to submit to the test”* (Hansard, Vol.20, 1982: 434).

<sup>131</sup> Como afirmaba un MP Laborista; *“Many people, who are subject to the immigration rules, have a complicated immigration status. It is difficult enough for experts in immigration law (...) to resolve the immigration status of some people (...) Yet some of the complexities will be applied to discover whether people are exempt from the charges inherent in the new procedure. The difficulty of applying the system and the need for Health Service staff to understand it fully and to have special training makes me wonder whether the whole thing is worth while”* (Hansard, Vol.20, 1982: 434).

El 1 de octubre entraba en vigor la *National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1982*, que fue remitida a las autoridades sanitarias regionales y locales acompañada de una guía en la que se proporcionaban instrucciones detalladas del modo en que dicha normativa debía ser aplicada. En dicha regulación, en la que no estaba incluida la atención primaria desarrollada por los GPs, se recordaba también a los médicos generalistas que deberían tratar a los “*overseas visitors*” como pacientes privados. Los extranjeros con menos de un año de residencia en el RU, y que no hubiesen llegado al RU con un permiso de trabajo o estuviesen cubiertos por algún convenio bilateral serían tratados por el NHS bajo esta normativa<sup>132</sup>, y recibirían una facturación idéntica a la de los pacientes privados del sistema sanitario público, estando excluidos de dicha facturación los tratamientos de urgencia, así como los relacionados con enfermedades infecto-contagiosas (incluidas las enfermedades de transmisión sexual), y los tratamientos psiquiátricos de las personas recluidas. El manual de aplicación de dicha normativa establecía una compleja tipología de tratamientos, así como los costes que por los mismos habría de facturarse a los pacientes no cubiertos por el NHS.

Era precisamente esta última particularidad de la regulación sobre tasas para “*overseas visitors*” (el establecimiento de un listado de precios para cada tratamiento proporcionado por el NHS) lo que daba credibilidad a las acusaciones laboristas de que este esquema era fundamentalmente un mecanismo diseñado por el gobierno conservador para introducir subrepticamente mecanismos de “*pricing*” (fijación de precios de los diferentes

---

<sup>132</sup> La relación completa de exenciones ocupaba 9 páginas de la guía de aplicación de dicha regulación, en las que se explicitaba al detalle una infinidad de situaciones posibles en relación con la elegibilidad para ser tratado gratuitamente por el NHS. Además de los arriba mencionados conviene señalar que también estaban eximidos de pago los inmigrantes llegados en procesos de reagrupación familiar, los refugiados políticos y los solicitantes de asilo, o jubilados con pensiones británicas y con residencia en el extranjero.

tratamientos proporcionados por el sistema sanitario público)<sup>133</sup> en el interior de un sistema que hasta esa fecha había sido regido por criterios macroeconómicos, y financiado fundamentalmente a través de presupuestos globales procedentes de los impuestos generales del estado.

Esta actuación del gobierno de Thatcher (en su primera legislatura en el poder, dentro de un período de gobiernos conservadores que duraría más de 17 años), ha de ser contextualizada en el marco de lo que sería la filosofía de actuación de los gobiernos conservadores hacia el sistema sanitario público en los años subsiguientes: reforma de las estructuras del sistema para mejorar la capacidad de control gubernamental sobre su periferia, intento de incrementar la eficiencia del sistema, y de obtener el máximo “*value for money*” de los recursos invertidos por el estado. Recordemos que entorno a esas mismas fechas el NHS comenzó un importante proceso de reorganización interna con dos objetivos prioritarios: el incremento de la capacidad de control por parte de la autoridad central frente a una periferia hasta entonces prácticamente independiente en sus decisiones sobre la utilización de los recursos disponibles; y la introducción de indicadores de actividad a partir de los cuales se pudiese trabajar con objetivos prefijados anualmente, así como calcular de un modo más exacto el coste de los distintos tipos de intervenciones.

El caso de la política que nos ocupa representó, una vez más, la utilización de un tema periférico (el rango de cobertura del NHS) que entroncaba con otro fenómeno que (independientemente de su verosimilitud) resultaba especialmente sentido por buena parte de la ciudadanía británica (el “abuso” de los esquemas de

---

<sup>133</sup> Como señalaba la MP Laborista Cwyneth Dunwoody en uno de los debates sobre la introducción de tasas para los “*overseas visitors*”, “*The creation of a large and detailed price structure is a costly hammer with which to crack a tiny nut, unless the real reason behind the whole charade is to dismantle the NHS as a free service and put in place after the next general election a system that will force everyone to pay for some of the services that they receive under the NHS.*” (Hansard, Vol.27, 1982: 248).

protección social por parte de los extranjeros), con objeto de articular una crítica de mayor calado al funcionamiento y a las estructuras tradicionales del sistema sanitario público<sup>134</sup>, y a partir de ahí introducir nuevos mecanismos de trabajo en el seno del NHS. En la práctica, de hecho, las *Charges to Overseas Visitors Regulations* fueron, junto con el ejercicio de la medicina privada en los hospitales públicos, los primeros esquemas diseñados para trabajar con un mecanismo de fijación de precios en el seno del NHS, algo que se extendería al conjunto de las prestaciones de dicho sistema algunos años más tarde con la introducción de los “*quasi-markets*”, y la separación de las funciones de provisión y financiación de los servicios sanitarios.

La utilización de este tipo de enfoques de intervención indirecta serían característicos de la actuación del Partido Conservador en relación al NHS, ya que como señala Klein, este ámbito de políticas sería para este partido (especialmente durante la década de los 1980s), “*an exercise of walking on egg shells*” (Klein, 1995: 141)<sup>135</sup>. En cualquier caso la funcionalidad de ese tipo de aproximaciones desapareció a finales de la década cuando la publicación de “*Working for patients*” marcó la ruptura definitiva del espejismo de consenso básico sobre el NHS que había rodeado a este sistema durante los primeros 40 años de su existencia, dejando el terreno político franco para una

---

<sup>134</sup> Durante los primeros años de gobierno conservador en la década de 1980 las estructuras del Estado de Bienestar británico, incluyendo el sistema sanitario público, fueron objeto de un ataque sistemático por parte del partido en el gobierno. Como señala Klein, “*From 1980 to 1982 the DHSS was the target of a series of reports from the Social Services and Public Accounts Committees of the House of Commons which cruelly documented and scathingly criticised its failure to find out what was happening at the periphery*” (Klein, 1995: 143).

<sup>135</sup> El Partido Laborista tuvo durante la década de los 1980 uno de sus baluartes de apoyo social en la defensa del NHS, a lo cual el Partido Tory hubo de responder con declaraciones expresas de apoyo al espíritu representado por el sistema sanitario público, independientemente de las críticas que le dirigían, o de los planes para su reforma que proponían. Como señala este autor, “*If public opinion did not influence policy-making positively or directly, it helped to shape ministerial perceptions of political feasibility*” (Klein, 1995: 141).

confrontación abierta entorno a la naturaleza y características que habría de tener el sistema sanitario británico del siglo XXI.

#### *3.1.4. Disonancias entre políticas y prácticas*

Tras repasar la evolución del diseño de las políticas británicas en relación al acceso de los extranjeros a las prestaciones del sistema sanitario público, dedicaremos esta sección a realizar un breve análisis de la implementación de dichas políticas.

Introducidas en momentos muy específicos de la evolución del NHS<sup>136</sup>, las dos principales medidas políticas dirigidas a limitar el rango de cobertura del NHS estuvieron marcadas por su fuerte carácter simbólico. La naturaleza simbólica de la primera de dichas medidas queda claramente reflejada en el hecho de que su potencialidad restrictiva no fuese desarrollada hasta más de treinta años después de su introducción en la legislación del NHS. La segunda de dichas actuaciones, un intento de aplicación práctica de las restricciones definidas en 1949, fue aprobada con la intención de transmitir a la población británica el mensaje de que se habían tomado las medidas adecuadas para evitar que el NHS continuase siendo ilegítimamente utilizado por extranjeros carentes del derecho a la atención gratuita en dicho sistema sanitario. Pese a la adopción de dicha normativa, las autoridades sanitarias eran plenamente conscientes de que la implementación de dicha regulación por un sistema sanitario definido como universal, y gestionado tradicionalmente de acuerdo a un criterio de presencia en territorio y sin mecanismos de control de elegibilidad, resultaría sumamente compleja. Una serie de factores de orden organizativo, administrativo y de gestión estrictamente

---

<sup>136</sup> Mientras que la restricción “potencial” del acceso al NHS para los extranjeros fue regulada durante el período de creación de dicho sistema; el desarrollo efectivo de dicha restricción en forma de normativa legal fue elaborada al comienzo del proceso de grandes transformaciones en la estructura del sistema sanitario público británico acometida a lo largo de la década de los 1980s.

práctica del sistema sanitario público británico en sus actividades cotidianas hacían extremadamente difícil la aplicación efectiva y homogénea de las medidas encaminadas a cobrar las prestaciones sanitarias proporcionadas a los extranjeros considerados “visitors”.

Como señalaba el informe del *working party* encargado de estudiar la situación del acceso de los “overseas visitors” a las prestaciones del NHS, la circular de 1963 “*Memorandum of Guidance on the Hospital Treatment of Overseas Visitors*”, había sido aplicada de un modo extremadamente irregular en los diferentes centros sanitarios británicos<sup>137</sup>, con el consiguiente efecto negativo sobre la igualdad de trato que se exigía al NHS. El objetivo de la regulación de 1982 debía ser por tanto el de sistematizar los mecanismos de control de elegibilidad, de modo que se evitase el “abuso”, al tiempo que se homogeneizaba el tratamiento dado a todos los pacientes del NHS en las puertas de acceso al sistema.

El primero de los problemas para alcanzar dicha estandarización de los procedimientos residía en la propia estructura organizativa y de atribución de responsabilidades del sistema sanitario británico. Como ya vimos anteriormente, su estructura descentralizada (con la convivencia de cuatro entidades territoriales en el RU -Inglaterra, Irlanda, Gales y Escocia-; así como diversos niveles de responsabilidad regional y local -RHA, AHA, y DHA-), había constituido una fuente permanente de tensiones entre el centro (gobierno central encargado de las decisiones de gasto sanitario a nivel estatal), y la periferia del sistema sanitario británico (gestionada con un gran margen de autonomía por los profesionales sanitarios empleados en los

---

<sup>137</sup> Dicho *working party* realizó una investigación en cuatro hospitales, en base a la cual concluyó que, “*the checks made on patients to establish illegible overseas visitors were infrequent and irregular; (...) the registration of patients was largely carried out by clerical officers, many of whom were not aware of any restrictions on NHS treatment of overseas visitors, (...) patients were often questioned about eligibility only if they had given a foreign place of birth or address or were of foreign appearance*” (Hansard, Vol. 20, 1982: 418).

centros, bajo supervisión de las autoridades regionales y locales responsables últimos ante el Ministerio de Sanidad).

Los intentos de mejora de los mecanismos de *accountability* y control sobre la periferia del sistema habían dado pie a la reforma de 1974, y estaban también en la base de los cambios introducidos en la estructura organizativa del NHS en 1982 (entorno a las mismas fechas en que se aprobaba las *Charges to Overseas Visitors Regulations*), reforma en la que se eliminó uno de los niveles territoriales intermedios de gestión del sistema sanitario (las *Area Health Authorities*), y se incrementó el control de las actividades de cada centro sanitario a través del establecimiento de indicadores de actuación (*performance indicators*). La consecuencia inmediata de todos esos cambios fue una alteración sustancial en las estructuras de atribución de responsabilidades en el seno del NHS y, como consecuencia de ello, una sobrecarga en la agenda de prioridades de los distintos niveles institucionales del sistema. El panorama institucional se complicaba aún más por la existencia de un ambiente laboral crecientemente crispado, con unos profesionales médicos que veían erosionada su capacidad de control sobre el NHS como consecuencia de la reforma managerialista introducida por el gobierno; y unos colectivos de personal auxiliar y de enfermería dispuestos a incrementar su peso específico en un sistema sanitario que hasta esa fecha había sido gestionado fundamentalmente de espaldas a sus intereses.

Así, las autoridades regionales y locales, y los gestores de los centros hospitalarios hubieron de hacerse responsables de la implementación de las *Charges to Overseas Visitors Regulations* en un contexto de sobrecarga de la agenda institucional, en el cual la aplicación de un cuestionario de elegibilidad a todos los potenciales pacientes (de los cuales se sabía que una media de 99,5% estarían plenamente legitimados para beneficiarse de la atención sanitaria de dicho sistema) recibiría una prioridad relativamente baja. Este caso se ajustaría al descrito por Lipski cuando señala que en contextos de cambio institucional y de sobrecarga de directrices, “*If everything receives priority, nothing does*” (Lipski, 1980: 19). Esta situación era reconocida por el

propio Ministro cuando ante una pregunta parlamentaria acerca de las dificultades de implementación de la regulación sobre las tasas para los “*overseas visitors*”, respondía asumiendo las múltiples obligaciones de las autoridades sanitarias locales en un contexto de cambio institucional y de conflicto laboral, y afirmando que apoyaba a dichas autoridades en su atribución de una baja prioridad a la implementación de la comprobación de elegibilidad previa a la utilización de los servicios del NHS<sup>138</sup>.

En ese contexto, el grado de cumplimiento de dicha normativa varió grandemente entre las diferentes autoridades sanitarias regionales y locales, y algunas llegaron a afirmar que no lo aplicarían, o que dejarían de hacerlo tras comprobar su más que relativa eficacia. Este último fue el caso del DHA de Bath que en julio de 1983 anunció públicamente su intención de dejar de aplicar los procedimientos de comprobación de elegibilidad para tratamiento gratuito por el NHS<sup>139</sup>. La realidad era que, pese a las reformas introducidas con objeto de aumentar el control de la periferia del sistema sanitario por parte de las autoridades ministeriales, no existía mecanismo efectivo de control alguno al alcance del gobierno central para forzar a las autoridades regionales o locales a implementar las directrices diseñadas desde

---

<sup>138</sup> En el contexto de un debate convocado por el Partido Laborista para solicitar información al gobierno acerca del funcionamiento de las *Charges to Overseas Visitors Regulations* unos meses después de su entrada en vigor, el Ministro afirmaba, “*Not every DHA has introduced the new procedures at the same time. In October last year, we were in the middle of the NHS pay dispute, which was a much higher priority on management and staff time. (...) I also hope that those authorities are not devoting undue effort to checking the working of the system...*”. (Hansard, Vol. 36, 1983: 721).

<sup>139</sup> Un año después de la entrada en vigor de dicha normativa, y ante la negativa de diversas autoridades sanitarias regionales y locales a aplicar el procedimiento de comprobación de elegibilidad y a solicitar el pago de dichas tasas el Ministro de Sanidad afirmaba, “*I am concerned by the apparent failure of some health authorities to collect charges from overseas patients who are liable to pay. (...) I have asked our officials to make inquiries of those authorities that do not appear to be implementing the new procedures. I would expect the auditors to question authorities who appear to be forgoing potential income*” (Hansard, Vol. 48, 1983: 499).

el centro, por lo que la decisión de aplicar las *Charges to Overseas Visitors Regulations* permaneció en manos de las distintas instancias periféricas del NHS.

El segundo gran bloque de obstáculos a la introducción de las tasas a los “*overseas visitors*” estaba vinculado con la difícil compatibilidad de los procedimientos introducidos por dicha normativa, con las prácticas organizativas de trabajo tradicionales del sistema sanitario británico a nivel micro. Como ejemplo paradigmático de “*street level bureauacracy*”, los empleados del NHS disfrutaban de un considerable grado de discreción en el ejercicio de sus tareas, lo cual no implica por supuesto que no debiesen obedecer normas, regulaciones y directivas jerárquicamente estructuradas; sino que en aplicación del considerable grado de autonomía en su trabajo del cual disponían, aplicaban su propia escala de prioridades para afrontar la gran cantidad de directrices e instrucciones canalizadas hacia la base de la estructura desde los núcleos decisores.

En el caso concreto de la aplicación efectiva de las políticas encaminadas a introducir el cobro de tasas a los “*overseas visitors*”, dicha discrecionalidad otorgaba, en términos generales, una baja prioridad a dicha normativa. En un sistema como el NHS, caracterizado desde su creación a mediados de la década de 1940s, por unas prácticas de admisión a los centros sanitarios basadas en la presunción de derecho a la cobertura gratuita, la implementación sistemática y sostenida de un mecanismo de control de elegibilidad por parte del personal sanitario encargado de recibir a los potenciales pacientes del NHS resultaba, de partida, altamente improbable. La inexistencia de documentos de identificación estandarizados que permitiesen distinguir a los “*ordinarily residents*”, de los “*overseas visitors*” complicaba considerablemente la implementación de dicha medida<sup>140</sup>.

---

<sup>140</sup> La propuesta de introducir un sistema nacional de identificación, o en su defecto un sistema de identificación para el sistema nacional de salud, planteada por el *working party* encargado de estudiar la redacción de las *Charges to Overseas Visitors Regulations*, fue descartada de plano por distintos Ministros del gobierno ante la tradicional y radical oposición de la opinión pública

El mecanismo para detectar a las personas que habrían de ser facturadas de acuerdo con dicha regulación estaba dividido en dos fases. En la primera se había de preguntar al potencial paciente si había residido en el RU durante los últimos 12 meses. Si la respuesta a esta pregunta era afirmativa el personal del hospital debía asumir que el paciente estaba automáticamente autorizado a utilizar los servicios del NHS sin más requerimientos o preguntas. Tan solo en caso de respuestas negativas o dudosas se debería continuar con la entrevista, preguntando entonces al paciente si pensaba residir permanentemente en el RU, y cuanto tiempo llevaba en ese país. La segunda fase del cuestionario, mucho menos estandarizada que la primera, debía ser aplicada en caso de respuestas poco claras a las dos últimas preguntas, y quedaba al cargo de un oficial administrativo de grado superior que debía determinar el estatus del potencial paciente en relación con el ámbito de cobertura del NHS. El manual de aplicación de dicho cuestionario, elaborado por el Ministerio de Sanidad, hacía especial hincapié en que todos los potenciales pacientes fuesen sometidos exactamente a las mismas preguntas, y en que no se realizase ningún proceso de selección previa por parte del personal sanitario encargado de las admisiones, con objeto de evitar posibles prácticas discriminatorias<sup>141</sup>.

Como coincidían en señalar buena parte de las fuerzas políticas y sociales contrarias a la aplicación de las *Charges to Overseas Visitors Regulations*, la actitud “racional” de los funcionarios de admisión de los hospitales en contextos de gran carga de trabajo, y ante una tarea burocrática extremadamente rutinaria (como lo sería la aplicación de una encuesta de

---

británica a la introducción de cualquier mecanismo generalizado de identificación (Cohen, 1983: 42).

<sup>141</sup> Dicho *Manual of Guidance* afirmaba, “*Ministers would find it totally unacceptable for the process of establishing liability to impose a special burden of proof on any group of people living in this country. It is important that the selection of patients for detailed inquiry must not be influenced by the personal characteristics of the patient -such as colour, accent, or name*” (HC(82)15, September 1982).

elegibilidad que sería respondida afirmativamente por la inmensa mayoría de los interpelados), sería precisamente la de interrogar únicamente a las personas que “pareciesen” extranjeras por su origen étnico, o por su acento, lo cual daría lógicamente pie a comportamientos discriminatorios<sup>142</sup>.

Otra de las limitaciones de dicho procedimiento de determinación de elegibilidad era su escasa fiabilidad ya que se basaba totalmente en la credibilidad de la palabra dada por los potenciales pacientes, sin ningún mecanismo de comprobación adicional. Si estos mentían a la primera pregunta (afirmando que llevaban más de 12 meses residiendo en el RU aun cuando eso no fuese cierto), el cuestionario debía terminar, y el NHS debería hacerse cargo del coste del tratamiento proporcionado a ese paciente. Ante la perspectiva de tener que hacer frente a una factura por el importe del tratamiento sanitario, los incentivos para responder afirmativamente a esa primera pregunta, aún cuando la respuesta no fuese cierta, serían extremadamente altos<sup>143</sup>.

Esa dificultad añadida en el proceso de identificación de los “*overseas visitors*” llevó a algunas autoridades sanitarias locales a plantear la conveniencia de solicitar la presentación de pasaportes en aquellos casos “dudosos”, cayendo una vez más en la falsa asociación entre derecho de acceso a la cobertura del NHS, y pertenencia a la comunidad nacional británica. Siendo el criterio de elegibilidad la residencia “estable” en el territorio británico, la nacionalidad debería resultar absolutamente irrelevante a la hora de decidir sobre el derecho del potencial paciente a ser tratado

---

<sup>142</sup> Como señalaba el informe del *working party* encargado de estudiar la viabilidad de la introducción de tasas para los “*overseas visitors*” tratados por el NHS, “*No procedure can be totally discrimination-proof and a lot can depend on the attitude of the staff and the way in which the questions are asked.*” (Hansard, Vol.20, 1982: 419).

<sup>143</sup> Los flujos de información entre las comunidades inmigrantes funcionan de modo extremadamente eficaz, ya que de ellos depende con frecuencia propia supervivencia del inmigrante, por lo que es de esperar que estas redes proporcionarían rápidamente las claves a los potenciales pacientes del NHS respecto a como responder a las preguntas del cuestionario de elegibilidad para obtener el tratamiento gratuito en el sistema sanitario público.

gratuitamente por el NHS. Ante esto, las autoridades sanitarias introdujeron indicaciones en el *Manual of Guidance* respecto al correcto uso de pasaportes como documentación relevante a la hora de probar la elegibilidad para la cobertura gratuita por el NHS. Según dichas indicaciones, “*Passports should not be requested, in view of the difficulty of correctly interpreting the information contained in them, except to verify that a person belongs to a European Community or Reciprocal Agreement country*” (HC(82)15, septiembre de 1982).

La posibilidad de contactar telefónicamente con el Ministerio del Interior (*Home Office*) para consultar sus bases de datos, y confirmar así la validez de la información proporcionada por los potenciales pacientes en la segunda fase del cuestionario de comprobación de elegibilidad (en principio siempre con la autorización del interesado, en su presencia, y con el compromiso de no transmitir más datos a dichas autoridades que el nombre y la fecha de nacimiento de esa persona), fue también incluida en subsiguientes versiones de dicho *Manual of Guidance*, provocando un fuerte rechazo por parte de los grupos de defensa de los inmigrantes y de los derechos individuales, que veían en esta medida un avance hacia la creación de un estado policial, y hacia el cruce sistemático de las bases de datos de las distintas administraciones, con el consiguiente riesgo de limitación de los derechos y libertades individuales.

El rechazo de los sindicatos mayoritarios en el NHS a la aplicación de esos mecanismos de control de elegibilidad nos da también una idea de la actitud contraria de al menos una parte importante de los trabajadores del sistema sanitario público a la implementación de dichas medidas, lo cual contribuiría también a reducir la prioridad atribuida a dicha regulación.

Habida cuenta del relativo margen de actuación de los empleados del sistema sanitario encargados de determinar la elegibilidad de los potenciales pacientes<sup>144</sup>, de la inexistencia de

---

<sup>144</sup> Como señala Lipski, “*While eligibility for public service benefits often may seem cut-and-dried, a considerable part of eligibility is in fact problematic.*”

documentación acreditativa que identificase claramente a los beneficiarios legítimos del sistema, de la ruptura con las prácticas tradicionales de funcionamiento en las admisiones de los centros sanitarios públicos, de los múltiples inconvenientes y dificultades derivados de la aplicación de dicha norma, de los escasos resultados que previsiblemente se podrían derivar de la misma (al menos en la mayoría de centros sanitarios donde la presencia de potenciales “*overseas visitors*” fuese escasa), y de la relativamente negativa disposición de los trabajadores del sector sanitario a dicha normativa, la aplicación sistemática y uniforme de la misma resultaba extremadamente improbable.

Desde la aprobación de la *Charges to Overseas Visitors Regulations* el Partido Laborista, persuadido de que los costes relacionados con el establecimiento de un sistema de control de elegibilidad excederían los supuestos ahorros derivados del cobro de los tratamientos proporcionados al 0,5% de potenciales pacientes extranjeros legalmente excluidos de la cobertura del NHS, solicitó información al gobierno en diversas ocasiones respecto a las cantidades que estaban siendo recaudadas a través de esta regulación, tratando así mismo de obtener información respecto a la actitud de los distintos responsables del sistema sanitario (a nivel regional, de distrito, hospitalario, de atención primaria al cargo de los GPs, etc) respecto a dichas medidas, y del coste que había supuesto para el NHS la identificación, facturación y cobro de dichas tasas.

El gobierno conservador reconoció en 1986 que la estimación inicial de la recaudación de dichas tasas (según la intervención del Ministro ante el Parlamento, estimada en unos 6 millones de libras anuales), había sido excesivamente alta. Para justificar la diferencia entre las cifras avanzadas durante la discusión de dicha regulación, y los datos de las tasas realmente recaudadas, el

---

*Rules and regulations provide only a measure of guidance in determining eligibility*” (Lipski, 1980: 60). Según este autor, el papel de los “*street level bureaucrats*” resulta fundamental a la hora de determinar (más allá de regulaciones siempre parciales y ambiguas), la definitiva elegibilidad de un potencial beneficiario de un servicio público.

gobierno especuló con la posibilidad de que las tasas impuestas hubiesen tenido un efecto disuasorio sobre los potenciales defraudadores, que de este modo habrían abandonado su intención de desplazarse hasta el RU para obtener tratamiento médico gratuito de modo fraudulento; o bien que les hubiesen reconducido hacia los canales para la práctica de la medicina privada en el NHS, lo cual no hubiese quedado registrado por los poco sofisticados mecanismos de generación de datos relativos a la aplicación de dicha regulación (Hansard, Vol.96, 1986: 73).

Los datos publicados esporádicamente, y reunidos en la tabla 2 señalan que el año de mayor recaudación fue 1985-86, con 2,2 millones de libras esterlinas cobradas en tasas a extranjeros por los tratamientos dispensados por el NHS, con un significativo descenso al año siguiente (siempre lejos de las previsiones gubernamentales iniciales). A partir de ese momento no se publicaron más datos agregados acerca de las cantidades facturadas a extranjeros por los tratamientos recibidos del NHS.

Tabla 2. Ingresos por tasas cobradas a "overseas visitors"

<b>Año*</b>	<b>Cantidad recaudada</b>	<b>Deudas pendientes</b>	<b>Cantidad adeudada</b>
1982-83	381.000	-	-
1983-84	1.590.000	-	-
1984-85	1.810.000	-	-
1985-86	2.200.000	445	168.000
1986-87	1.809.000	607	343.000

Fuente: elaboración propia con datos procedentes de Hansard.

\* Datos anuales desde entrada en vigor el 1-10-82.

El carácter descentralizado de la aplicación de dicha regulación, y por tanto de la recaudación de dichas tasas, sirvió una vez más al gobierno para argumentar la dificultad y el coste

que supondría obtener y sistematizar dicha información<sup>145</sup>. Similares problemas se planteaban a la hora de tratar de obtener información respecto al coste que la identificación, facturación y cobro de dichas tasas podían haber supuesto para las instituciones sanitarias británicas.

Tras la promulgación de la *National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations* en 1982, el gobierno conservador publicó actualizaciones anuales hasta 1989, y posteriormente en 1991 y 1994. Una actualización del *Manual of Guidance* fue también publicada en 1988. En estos nuevos documentos se añadían ligeras modificaciones al texto original, como la ampliación del listado de países miembros de la CEE, o del de aquellos con los que existía un convenio bilateral. La parte más importante de dichas actualizaciones era sin embargo el incremento de las tasas que habían de ser pagadas por los “*overseas visitors*” tratados por el NHS. La actualización realizada en 1988 resultó también especialmente importante ya que excluía el tratamiento del SIDA de entre las enfermedades de transmisión sexual cubiertas sin consideración de elegibilidad por el sistema sanitario público británico. Esta exclusión estaba motivada por criterios evidentemente económicos, dado el altísimo coste de los tratamientos proporcionados a las personas afectadas por esta enfermedad.

La rápida pérdida de interés en los aspectos prácticos de la aplicación de dicha regulación, y la relativamente escasa voluntad política mostrada por el gobierno en la evaluación de los procesos de implementación de la misma, apoyarían la hipótesis de la politización de un aspecto tangencial del NHS, fronterizo con las políticas migratorias, como una maniobra encaminada a obtener réditos políticos. En un contexto marcado por el escaso margen de

---

<sup>145</sup> En el debate planteado por el Partido Laborista para repasar el funcionamiento de la nueva regulación el Ministro de Sanidad afirmó de hecho su esperanza de que las autoridades sanitarias locales, “*are not devoting undue effort to checking the working of the system and collating the statistics. (...) I have no intention of organising a massive statistical collecting operation, which merely impose a high administrative cost.*” (Hansard, Vol.36, 1983: 721).

politización posible en las políticas hacia el NHS (por el fuerte apoyo popular de dicho sistema), la politización del acceso de extranjeros al NHS habría conseguido enlazar dos temas especialmente sentidos por la población británica: la inmigración, y los “abusos” a los esquemas de protección social del Estado de Bienestar.

Para el Partido Laborista, el tema de las tasas a los “*overseas visitors*” se convirtió en un ejemplo más de tasas impuestas y regularmente incrementadas por los gobiernos conservadores, y consecuentemente demandaron su supresión en sucesivas mociones parlamentarias (1984 y 1987) en las que se trató del tema de las tasas a los “*overseas visitors*” junto al resto de tasas existentes (odontología, oftalmología, prescripciones farmacéuticas)<sup>146</sup>. Una vez llegado al poder en 1997, el Partido Laborista adoptó una política de perfil bajo ante el tema de las tasas, y en particular respecto a las tasas hacia los “*overseas visitors*” (ni las incrementaron, ni trataron activamente de promover la aplicación de la regulación al respecto). Si para el Partido Conservador en el gobierno el beneficio político potencial derivado de la utilización de dicho tema estribaba, no tanto en la aplicación de la Ley, como en la introducción del tema en la agenda política; para el Partido Laborista en el poder la reactivación de dicho tema tan solo podría acarrear costes políticos.

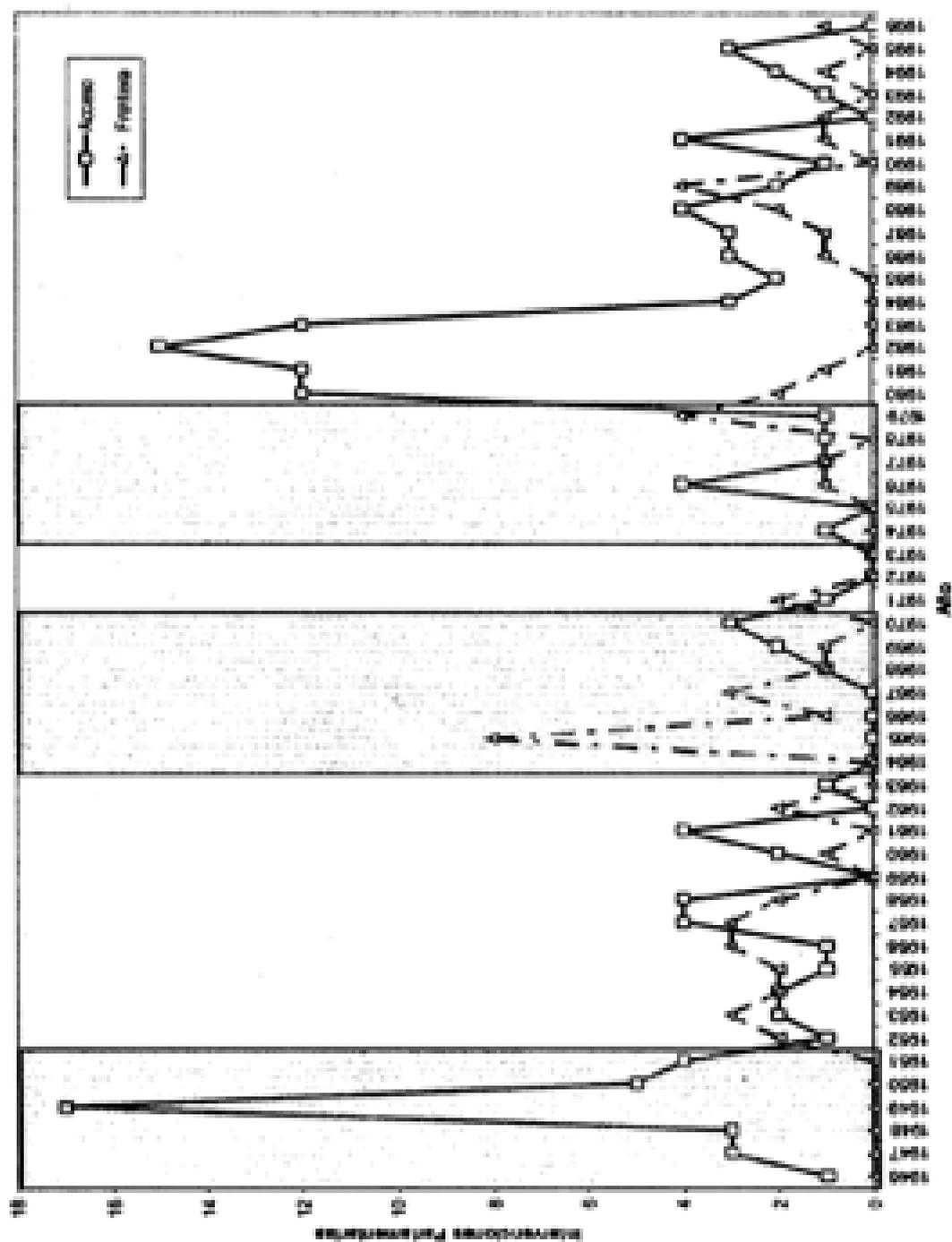
Por la propia estructura organizativa del sistema sanitario público británico, las *Charges to Overseas Visitors Regulations* introdujeron una limitación más teórica que real al acceso de los extranjeros a las prestaciones del NHS. Como había ocurrido con la circular del 1963, la regulación de 1982 tuvo una aplicación complicada y desigual, que la falta de interés político en su implementación no contribuyó a paliar. Los réditos políticos de

---

<sup>146</sup> En el debate parlamentario sobre las tasas celebrado en abril de 1987, el MP Laborista Frank Dobson llegó a afirmar en relación con las tasas, “*It is the Labour party’s policy, on being returned to office, to reduce them substantially immediately and to phase them out in the lifetime of one Parliament*” (Hansard, Vol. 114, 1988: 406).

dicha normativa habían sido ya recogidos antes de su aplicación, por lo que desde entonces ha languidecido como una traba en la cobertura de un sistema sanitario, por lo demás, de clara vocación universalista.

Gráfico 1. Evolución de las intervenciones parlamentarias sobre acceso de extranjeros al SNS, y control sanitario de fronteras



Las zonas sombreadas corresponden a legislaturas de mayoría laborista  
 Fuente: elaboración propia con datos de Hansard.

### **3.2. Francia**

*“Trop souvent, pour faire triompher la loi sur les circulaires ou le droit sur les pratiques, il faut entamer un contentieux. Mais même en cas de succès, les conséquences sont longues à se faire sentir”.*

Danielle Lochak, *Plein Droit*, 1999: 9.

El sistema de protección social francés combina una serie de lógicas contrapuestas que lo hacen extremadamente complejo, por lo que la literatura comparativa internacional ha pasado generalmente de puntillas sobre este caso. El estudio del tratamiento del concepto de igualdad en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público en relación con la variable nacionalidad constituye sin embargo un aspecto suficientemente concreto como para permitirnos afrontar con perspectivas de éxito la comparación con los casos británico y español.

El peso de las herencias institucionales implicó una expansión extremadamente gradual de la cobertura sanitaria en Francia (tradicionalmente vinculada a la participación en el mercado laboral) tras la IIª GM. La creciente implicación estatal en el ámbito del aseguramiento sanitario, a través de un proceso de superposición de esquemas de carácter asistencial, trató de hacer frente a la flagrante inconsistencia entre un discurso universalista, y unas prácticas de cobertura sanitaria claramente excluyentes. El estudio de la evolución del rango de cobertura del sistema sanitario nos proporcionará un claro ejemplo de la tendencia hacia la universalización, y hacia la relativización de la lógica de aseguramiento, experimentada por los esquemas de protección social franceses en los últimos años.

La variable de la politización, que analizamos en la sección anterior para el caso británico, estuvo también presente en el tratamiento de las políticas sanitarias de igualdad hacia las poblaciones de origen inmigrante en el caso francés, inicialmente a través de la utilización del tema del “abuso” del sistema sanitario

público (y su plasmación normativa en forma de restricciones al acceso a dicho sistema por parte de los colectivos en situación administrativa precaria), y más tarde mediante la movilización de los agentes sociales opuestos a los fenómenos de exclusión social aparecidos en Francia a lo largo de la década de los 1990s.

Finalmente observaremos como, contrariamente a lo ocurrido en el caso británico, las trabas al acceso de algunos colectivos de origen inmigrante al sistema sanitario público francés introducidas a principios de los 1990s, se encontraban en consonancia con las prácticas de control de elegibilidad tradicionalmente aplicadas por el sistema de aseguramiento francés, por lo que la implementación de las mismas resultó más exitosa que las medidas restrictivas introducidas en el RU unos años antes. Esa misma propensión a la restricción, derivada de los equilibrios institucionales encargados de gestionar el sistema de seguridad social, actuó también como freno a las políticas de extensión del rango de cobertura sanitaria aplicadas a finales de los 1990s; dificultando de este modo la consecución del objetivo de universalización de la atención sanitaria.

Comenzaremos el desarrollo de esta sección con un breve repaso del proceso de asentamiento de poblaciones de origen inmigrante en Francia, para a continuación centrarnos en el estudio de la filosofía sobre la que se basó el sistema de *Securité Sociale*, señalando las principales transformaciones sufridas por dicho sistema a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Continuaremos con un análisis del tratamiento político del acceso de los extranjeros al sistema sanitario; para concluir con un breve análisis de los múltiples obstáculos a la aplicación de un esquema de cobertura verdaderamente universal derivados de las pautas de funcionamiento interno de las organizaciones encargadas de garantizar el aseguramiento sanitario de la población residente en Francia.

### *3.2.1. Políticas de inmigración y nacionalidad en Francia*

Desde los inicios de la III<sup>a</sup> República, en los años 70 del siglo XIX, las autoridades francesas buscaron, de modo más o menos activo, el asentamiento de nuevos pobladores en suelo francés. El control de su propia fecundidad por parte de las mujeres francesas había hecho descender considerablemente la tasa de natalidad, por lo que el temor a una creciente superioridad demográfica (y por tanto militar y económica) de Alemania, llevó a las autoridades de este país a favorecer la llegada de inmigrantes (principalmente belgas, italianos, polacos y españoles). Al término de la II<sup>a</sup> guerra mundial las necesidades demográficas (esta vez más directamente vinculadas a la economía) volvieron a hacerse sentir, por lo que junto a una política pro-natalista, las autoridades francesas de la post-guerra propiciaron de nuevo el desarrollo de políticas activas favorecedoras de la inmigración<sup>147</sup>.

La voluntad de promover los flujos migratorios hacia Francia, el control teórico sobre los mismos, y una actitud efectiva de *laissez-faire*, serán la pautas definitorias de las actuaciones de la administración francesa ante la inmigración hasta finales de la década de lo 1960s. La ONI, agencia pública dependiente de los ministerios de trabajo y de población, debía ejercer el monopolio sobre la importación de mano de obra extranjera, y constituir el marco administrativo a través del cual gestionar los flujos migratorios procedentes de países vecinos, y de las antiguas colonias. En la práctica, esta agencia se limitó fundamentalmente a regularizar la situación de los trabajadores introducidos en el país por los empleadores, o llegados a Francia por sus propios medios<sup>148</sup>.

---

<sup>147</sup> La creación de un ministerio de la población, el ofrecimiento a prisioneros de guerra alemanes para que se asentasen en Francia (ofrecimiento retirado ante el escándalo provocado al publicitarse dicha medida), y la creación de la ONI (*Office National d'immigration*) en 1945 con el fin de canalizar la llegada de mano de obra extranjera a Francia, fueron algunas de las medidas adoptadas en ese período para favorecer la "re población" del país.

<sup>148</sup> En 1968, el 80% de las entradas permanentes registradas por la ONI hacían referencia a regularizaciones, y tan solo el 20% restante a inmigrantes llegados a Francia a través de la intervención activa de esta agencia (Tapinos, 1992).

El punto de inflexión en la tendencia de mínima intervención estatal en el ámbito de la inmigración puede ser fechado en febrero de 1969 con la publicación del informe Calvez por el *Conseil Economique et Social (CES)*. Las líneas básicas de dicho informe giraban en torno a la necesidad de abandonar la actitud de *laissez-faire*, y de articular una política integral que tomase en consideración las implicaciones políticas, económicas y sociales de la presencia en Francia de más de tres millones de extranjeros<sup>149</sup> (aproximadamente el 6% de la población). Pese a que el gobierno aún dudó algún tiempo en establecer una política migratoria restrictiva, la convulsión provocada por la primera crisis del petróleo en 1973, y la llegada del conservador Giscard d'Estaing a la Presidencia de la República en 1974, supusieron finalmente el cierre de las fronteras a la entrada de trabajadores extranjeros. Desde ese momento, los principales flujos migratorios hacia Francia estuvieron fundamentalmente vinculados a los procesos de reagrupación familiar de los inmigrantes previamente asentados, y a las solicitudes del estatuto de refugiado.

Hasta principios de la década de los 1980s, los aspectos relacionados con la inmigración fueron mantenidos fuera del debate político y gestionados fundamentalmente por funcionarios y burócratas. Buena prueba de ello es que todas las medidas adoptadas hasta esa fecha, incluyendo la circulares que establecieron el cierre de fronteras a la inmigración económica en 1974, se situaban por debajo del rango de ley, y eran aplicadas sin debate parlamentario previo. La explicación a esa relativa despolitización del fenómeno de la inmigración ha sido relacionada con el proceso de descolonización, y en particular con las actitudes diferenciales de los distintos partidos políticos

---

<sup>149</sup> Dicho informe hacía también referencia a los cambios producidos en la composición y el origen de los inmigrantes llegados en los últimos lustros, destacando la creciente presencia de inmigrantes de origen africano, y su "inadmisibilidad" en el seno de la sociedad francesa.

respecto al proceso de pérdida gradual de las colonias<sup>150</sup> (Lapeyronnie, 1993: 137).

La fulgurante aparición del *Front National*<sup>151</sup> (FN) en la escena política francesa a principios de la década de los 1980s supuso la consagración del “problema de la inmigración” como uno de los temas centrales en la agenda política, forzando al resto de las fuerzas políticas a posicionarse públicamente sobre este tema, e incentivando la utilización de la inmigración como arma política<sup>152</sup> (Schnapper, 1992). Pese a que los programas de la izquierda y la derecha tradicional no diferían excesivamente acerca de los objetivos a alcanzar en relación con la inmigración (cierre efectivo de las fronteras, persecución de la inmigración ilegal, puesta en marcha de incentivos al retorno, e integración de

---

<sup>150</sup> Mientras la derecha consideraba las colonias como un estorbo para la modernización del país y defendía la inmigración como una necesidad para el desarrollo de la economía francesa; la izquierda, por su vocación “universalista”, se mostraba más favorable al mantenimiento del imperio, y mostraba una actitud más reticente hacia la inmigración por sus connotaciones de explotación y de competencia para su bases electorales. La precariedad del equilibrio alcanzado en la vida política francesa pasó por excluir la inmigración del debate político, desconectándolo así del debate sobre la descolonización y el racismo propuesto por una pujante extrema derecha. De ese modo, la política de inmigración en Francia adoptó un perfil bajo destinado a obtener los beneficios económicos buscados con la importación masiva de mano de obra extranjera, sin despertar con ella sentimientos adversos en el seno de la sociedad de acogida.

<sup>151</sup> Fundado por Jean-Marie Le Pen en 1974, y convertido en un partido populista y xenófobo, el FN fue ganando peso en el panorama político francés a lo largo de la década de los 1980s. En el ámbito electoral pasó de un 11% de los votos en las elecciones al Parlamento Europeo de 1984, hasta un 15,3% en las elecciones presidenciales de 1995. En el plano ideológico consiguió banalizar un discurso revisionista y biologicista, y colocar el tema de la inmigración en el centro del debate político durante buena parte de la década de los 1990s.

<sup>152</sup> Según Naïr la irrupción del tema de la inmigración en la competición política francesa debe ser contextualizado en un escenario marcado por la desaparición del tradicional antagonismo económico entre izquierda y derecha; “*Dès que la droite a gagné la bataille du modèle de développement économique (libéralisme), elle déplace la conflictualité politique vers les problèmes de société, et tout spécialement vers les couches sociales les plus exposées. L’immigration devient ainsi un test politique majeur pour tous les partis*” (Naïr, 1992).

las poblaciones de origen inmigrante ya asentadas), los intentos de pactar una política de inmigración entre todas las fuerzas políticas democráticas fracasaron sistemáticamente a causa del interés de los partidos en mantener abierto el debate político sobre este tema, actitud de la cual el FN resultó principal beneficiario (Silverman, 1991; Schnapper, 1992). La política de “no política” adoptada por las autoridades francesas desde el fin de la IIª guerra mundial fue así sustituida desde principios de la década de los 1980s por una verdadera fiebre reguladora<sup>153</sup>, que en la práctica significaba ligeros retoques en la política migratoria encaminados a mostrar a los respectivos electorados que se estaba actuando sobre los “problemas de la inmigración”, al tiempo que se asumía la existencia de un acuerdo implícito entre los partidos de la órbita democrática acerca del marco general que debía regir la política migratoria francesa<sup>154</sup>.

El principal giro en dicho ámbito de políticas se produjo con la aprobación de la *Loi sur l'entrée et le séjour des étrangers en France* de agosto del 1993 (conocida como Ley Pasqua por su promotor el Ministro del Interior Charles Pasqua) por el gobierno conservador de Edouard Balladur. Esta Ley, particularmente restrictiva, vino acompañada de un cambio importante en el código de la nacionalidad eliminando el automatismo derivado de la aplicación del *ius solis* (vigente en Francia desde 1889) con objeto de obligar así a los jóvenes de origen inmigrante de segunda generación a expresar su voluntad de adquirir la nacionalidad francesa al llegar a la mayoría de edad (Hansen y Weil, 2001: 64). La explicación de la adopción de estas medidas

---

<sup>153</sup> Tan solo entre 1981 y 1986 se dictaron 16 leyes, 79 decretos, 62 sentencias y 215 circulares o instrucciones relacionadas con aspectos relativos a la inmigración (Lapeyronnie, 1992).

<sup>154</sup> Como señala Favell, dicho consenso se sustentaba en buena medida en la voluntad de los partidos democráticos de actuar en el ámbito de la política migratoria sin asumir públicamente las premisas de la extrema derecha; “*Both the left and the centre-right felt a need not to be seen to give way to the nationalist exclusionary politics of the far right, while maintaining a strongly state-centred idea of the political maintenance of public culture and institutions*” (Favell, 1998: 55).

hay que buscarla en el contexto de creciente politización del fenómeno de la inmigración en el que los partidos de la derecha tradicional, amenazados por la pujanza electoral del partido de Le Pen, desplazaron su discurso hacia posiciones más restrictivas de los derechos de los inmigrantes (asumiendo parte de los planteamientos del FN, y trasladándolos al ámbito de las políticas públicas) con objeto de capitalizar parte del voto conservador movilizado por la extrema derecha (Tribalat y Taguieff, 1998: 16).

El retorno del Partido Socialista al poder en 1997 supuso la elaboración de un nuevo marco regulador de la inmigración y la nacionalidad, más acorde con la tradición francesa de incorporación de las poblaciones de origen inmigrante (basado en buena medida en mecanismos de naturalización y naturalización relativamente generosos), pero demostrando una vez más la propensión al establecimiento de una suerte de consenso tácito en este ámbito de políticas entre los partidos mayoritarios, ya que algunas de las medidas más contestadas de las Leyes introducidas por Pasqua fueron mantenidas (Leruth, 1998: 47).

Como se puede observar en la tabla 3, el número de personas residentes en Francia directamente relacionadas con la experiencia migratoria (incluyendo tanto a los extranjeros residentes, como a las personas que han obtenido la nacionalidad francesa por naturalización) representaban al menos el 9,5% de la población francesa en 1990<sup>155</sup>. Esa importante presencia de personas de origen inmigrante se fue consolidando en distintas oleadas tras el fin de la IIª GM: primero las personas procedentes de los países más cercanos del Sur de Europa (Italia, Portugal y España), más

---

<sup>155</sup> De nuevo, como en el caso británico, esas cifras reflejan tan solo parte del colectivo de personas de origen inmigrante, ya que la tradicional aplicación del principio del doble *ius solis* en la legislación francesa ha implicado la inclusión automática de los niños nacidos en Francia de padres a su vez nacidos en territorio francés (incluyendo las antiguas colonias antes de su independencia) en la categoría de “nacidos franceses”. Además, la oposición frontal de las autoridades francesas a cualquier intento de recopilar información acerca del origen étnico de sus ciudadanos impide la obtención de una imagen más clara acerca de la composición étnica de la población francesa.

tarde los inmigrantes procedentes de las antiguas colonias del Norte de África (Argelia, Marruecos y Túnez) y de otros territorios antiguamente colonizados por Francia fundamentalmente del África Subsahariana. Más recientemente los flujos migratorios hacia Francia han diversificado considerablemente sus áreas geográficas de origen, destacando los grupos procedentes de Europa del Este, Turquía, o China.

Tabla 3. Población francesa de origen extranjero

	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nacidos franceses</b>	51.248.754	<b>90.5</b>
<b>Nacionalizados franceses</b>	1.777.955	<b>3.1</b> (100.0)
UE	1.020.468	(57.4)
Otros europeos	270.802	(15.2)
Africanos	304.854	(17.1)
Asiáticos	154.059	(8.7)
Otros	27.762	(1.6)
<b>Extranjeros</b>	3.607.590	<b>6.4</b> (100.0)
UE	1.308.888	(36.3)
Otros europeos	148.790	(4.1)
Africanos	1.652.870	(45.8)
Asiáticos	417.020	(11.6)
Otros	80.022	(2.2)
<b>Total población</b>	<b>56.634.299</b>	<b>100.0</b>

Fuente: INSEE, censo, marzo 1990.

### 3.2.2. Creación del sistema de aseguramiento sanitario

Contrariamente a lo ocurrido en el Reino Unido, la expansión de la cobertura sanitaria a la totalidad de la población en Francia fue el resultado de un proceso gradual y extremadamente lento. Desde las primeras declaraciones de intenciones universalizadoras realizadas tras la IIª GM, hasta la aplicación de los últimos esquemas de aseguramiento diseñados para garantizar la cobertura

sanitaria a los colectivos excluidos del sistema sanitario francés, hubieron de transcurrir más de 50 años.

Si en el caso del NHS británico el contexto socio-político tras la IIª GM favoreció la aplicación de una estrategia rupturista, y con ello la expansión de la cobertura hasta el conjunto de la población, la evolución del sistema sanitario francés representó un claro ejemplo de incrementalismo, con un mayor peso de las herencias institucionales del sistema de seguridad social de la entreguerras. Tras la fuerte influencia del modelo germano de protección social en el desarrollo de los primeros esquemas de aseguramiento obligatorio en Francia en las postrimerías del siglo XX, la creación del sistema de seguridad social tras la IIª GM estuvo marcada por la asunción de los principios teóricos básicos del *Beveridge Report*<sup>156</sup>. Los instrumentos finalmente utilizados para el desarrollo del sistema de protección social francés estuvieron sin embargo abiertamente reñidos con la consecución de los objetivos inicialmente planteados. Como Palier señala acertadamente, se intentó alcanzar los objetivos del modelo de Beveridge (especialmente en lo relativo a la universalidad de la cobertura sanitaria)<sup>157</sup>, a través de un sistema de aseguramiento bismarckiano (diseñado en principio para cubrir a los trabajadores y a sus familias), lo cual condujo a la exclusión sistemática de amplias capas de la población de los esquemas de protección social engarzados en el sistema de seguridad social (Palier, 1997: 150).

---

<sup>156</sup> El *Conseil National de la Résistance*, una suerte de gobierno en la sombra, había diseñado la organización de la IVª República desde su exilio británico. Pierre Laroque, miembro de dicho *Conseil* y principal arquitecto del proyecto de SS, trazó los rasgos generales del nuevo esquema de aseguramiento social inspirándose en la filosofía del *Beveridge Report*. El proyecto de sistema de seguridad social diseñado por Laroque pretendía caracterizarse por la aplicación del principio de las tres Us (unidad, universalidad y uniformidad) prestado de dicho informe.

<sup>157</sup> El derecho a la salud pasó a ser considerado un derecho fundamental, quedando reflejado en el preámbulo de la Constitución de 1946, donde se afirmaba, “*la Nation garanti à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle...*”.

Esa aparente contradicción entre los fines supuestamente perseguidos, y los medios realmente aplicados, resulta parcialmente explicada por la conceptualización del sistema de seguridad social como una pieza más dentro de una amplia y compleja estructura cuyo objetivo último era la regulación de las principales variables económicas y sociales a través de un alto grado de intervención estatal. Siguiendo una adaptación particular de los principios corporatistas, el estado se había de convertir en garante del pleno empleo, permitiendo así que la participación en el mercado de trabajo pudiera actuar como puerta de acceso a unos programas de protección social con vocación universalista (Borgetto y Lafore, 2000: 21). Este esquema implicaba también un reparto de ámbitos de influencia en el que los sindicatos, y en menor medida la patronal, actuaban como gestores de un sistema de SS financiado fundamentalmente a través de cotizaciones derivadas de la participación en el mercado de trabajo<sup>158</sup>.

El limitado margen de actuación real del que disponía el estado para diseñar y aplicar un proyecto de sistema sanitario que contraviniese los intereses de algunos colectivos organizados de la sociedad francesa<sup>159</sup>, condicionó también de modo importante la

---

<sup>158</sup> El nuevo sistema había de ser administrado por un consejo gestor constituido a través de elecciones sindicales y patronales. Los sindicatos se convirtieron así en una pieza clave en la gestión de las instituciones encargadas de hacer funcionar los distintos esquemas de la *Securité Sociale*.

<sup>159</sup> Como señala Immergut, la evolución del sistema sanitario público francés estuvo marcada por la dinámica de confrontación jurisdiccional entre el poder ejecutivo y el legislativo. Tanto la capacidad de los gobiernos para promover legislación, como la de los grupos de interés para bloquearla, dependía de la relativa autonomía de ambos poderes. Tan solo en contextos en los que el ejecutivo pudo cortocircuitar al Parlamento (situaciones relativamente excepcionales y coincidentes con momentos de cambio institucional), se pudo avanzar en la constitución de un sistema público de salud complejo. En condiciones normales, los grupos de interés organizados eran capaces de movilizar apoyos parlamentarios que dividían coaliciones de gobierno e impedían la aprobación de legislación. El resultado de esta dinámica fue el desarrollo de un sistema sanitario de tipo mixto, a mitad de camino entre un sistema de aseguramiento obligatorio, y un sistema nacional de salud (Immergut, 1992: 80).

(un tanto esquizofrénica) naturaleza del sistema sanitario finalmente creado. Las principales consecuencias de esa situación fueron el mantenimiento de una lógica de aseguramiento individual; la expansión gradual del ámbito de cobertura a través de la acumulación de esquemas de aseguramiento diseñados para cubrir a colectivos específicos; la gran complejidad en la estructuración y vertebración del sistema; y el desarrollo de una lógica de control de acceso que marcaba sus prácticas de funcionamiento interno, y determinaba las relaciones entre las instituciones sanitarias y los ciudadanos-pacientes.

De modo similar a lo que vimos en el caso británico, las narraciones relativas al desarrollo de mecanismos de protección social de vocación universalista en Francia estuvieron a menudo basadas en lecturas épico-patrióticas del proceso de diseño de dicha legislación. Así, tanto el desarrollo de un sistema de aseguramiento obligatorio tras la Gran Guerra<sup>160</sup>, como la elaboración de un marco normativo en el que se sentaran las bases para una mayor implicación estatal en el bienestar de la población al término de la IIª GM<sup>161</sup>, habrían formado parte de la respuesta

---

<sup>160</sup> Con la reintegración a Francia de Alsacia y Lorena tras más de 30 años de ocupación alemana los políticos franceses hubieron de afrontar un dilema: eliminar el sistema de seguridad social del que habían disfrutado dichas provincias durante sus años de pertenencia a Alemania (provocando de este modo un sentimiento de agravio entre unas poblaciones a las que se pretendía reintegrar en la Nación francesa), o extender dichos sistema al conjunto del país. Ante esa tesitura, la creación de un sistema de aseguramiento obligatorio de ámbito nacional habría sido percibida por la clase política francesa como una cuestión de supervivencia para el propio estado-nación (Immergut, 1992: 90).

<sup>161</sup> En su intervención ante la Asamblea Constituyente el 6 de agosto de 1946, el Ministro de Trabajo y SS de la época, Ambroise Croizat, afirmaba que el sistema de *Securité Sociale* había nacido, “*de la terrible épreuve que nous venons de traverser*”. La exposición de motivos de las *Ordonnances* de 1945 también vinculaba la creación de ese esquema de aseguramiento a “*l’élán de fraternité et de rapprochement des classes qui marque la fin de la guerre*” (Rosanvallon, 1995: 52). Para autores como Rosanvallon, la vinculación entre desarrollo de políticas de protección social y ciudadanía es muy clara, “*l’appartenance à la cité est indissociable d’une arithmétique simple: les obligations de la collectivité envers chacun de ses membres sont la contrepartie*

gubernamental al sacrificio de la comunidad nacional frente a la agresión bélica externa. La correlación entre situaciones de conflicto bélico (o de grave alteración del orden social y político), y saltos cualitativos en el ámbito de las políticas de protección social parece bastante consistente; sin embargo, los mecanismos causales y procedimentales por los cuales dichos cambios de políticas se producirían (o el sentido en que éstas evolucionarían) no parecen suficientemente explicados por la existencia de un mayor “sentimiento de solidaridad colectiva”, o de “pertenencia a una comunidad nacional”. Sin duda, la voluntad de cohesionar a la comunidad nacional y de reforzar al estado-nación constituyeron poderosos argumentos que motivaron a los gobiernos a crear programas de protección social para sus ciudadanos, pero un análisis de las políticas finalmente puestas en práctica requiere prestar una mayor atención a los factores que contribuyeron a dar forma a dichas políticas, a los distintos actores implicados en los procesos de elaboración y aplicación de las mismas, así como a los procesos concretos a través de los cuales se implementarían dichos programas.

Las *Ordonnances de la Sécurité Sociale* (SS), el marco regulador que sentaba las bases del nuevo sistema de seguridad social, fueron promulgadas en octubre de 1945. Esta normativa pretendía propugnar la creación de un sistema unificado de aseguramiento social a través de la

fusión de todos los programas y fondos aseguradores previamente existentes. Con ello se trataba de diseñar un sistema de protección social homogéneo, y de lograr una mayor centralización de la financiación del sistema de SS. En relación a la cobertura del nuevo sistema, dicha normativa pretendía extender los límites de aseguramiento al conjunto de los trabajadores y sus familiares.

El retorno a la normalidad democrática, con la constitución de la IV<sup>a</sup> República, supuso el reestablecimiento del acceso

---

*de l'implication de ceux-ci. C'est parce que les citoyens sont prêts à mourir pour la patrie que celle-ci a une dette à leur égard*" (Rosanvallon, 1995: 49).

privilegiado de los distintos grupos de interés al poder legislativo, con lo que pronto se reprodujeron los patrones de bloqueo institucional que habían caracterizado al sistema político de la III<sup>a</sup> República. La movilización política de los diferentes grupos que se veían contrariados por las *Ordonnances* de 1945 propició la introducción de sustanciales modificaciones en dicha normativa, siguiendo generalmente una filosofía continuista respecto a las prácticas y patrones de organización del sistema de aseguramiento sanitario de la anteguerra. Entre dichos cambios, y como resultado de las presiones ejercidas por algunos colectivos laborales que se negaban a formar parte del mismo régimen asegurador que los asalariados, se terminaron creando una serie de esquemas de aseguramiento diferenciados para artesanos, comerciantes, agricultores y profesionales liberales, dando así al traste con el intento de creación de un régimen de seguridad social único, e institucionalizando el marco corporatista que ha regido el sistema de protección social francés hasta nuestros días.

La profesión médica tuvo también bastante éxito en su propósito de imponer los aspectos centrales de su modelo de medicina liberal<sup>162</sup>; con lo que el nuevo sistema de aseguramiento sanitario hizo suyo el objetivo de preservar la libertad de los pacientes en la selección de médico, de mantener a los médicos de atención primaria como trabajadores autónomos, y de no asignarles el papel de “*gatekeepers*” del sistema sanitario<sup>163</sup> (como se consiguió en el RU con los GPs con la creación del NHS).

---

<sup>162</sup> El código deontológico profesional, ideario liberal de la profesión médica elaborado en 1927, definía la medicina como una práctica altamente individualizada basada en una relación directa y privada entre doctor y paciente. Sus puntos básicos, definidos a modo de premisas éticas eran: libre elección de médico por el paciente, estricto secreto profesional en la relación médico-paciente, absoluta libertad médica en la elección del tratamiento, y fijación de los honorarios médicos en negociación directa entre paciente y médico sin intervención de terceras partes.

<sup>163</sup> Además de esto, los médicos consiguieron que sus honorarios fuesen negociados por las organizaciones profesionales y los fondos territoriales de la SS a nivel departamental, al tiempo que se aseguraron un elevado margen de autonomía en el ejercicio de su profesión, y especialmente en lo relativo a

En el ámbito de la atención sanitaria secundaria la continuidad fue también la pauta general, ya que los centros hospitalarios no fueron nacionalizados, y los hospitales públicos dependientes de las distintas administraciones (estatal, regional, departamental, y municipal), continuaron coexistiendo con los centros sanitarios privados, con y sin ánimo de lucro<sup>164</sup>. La gestión de los hospitales públicos fue asignada a un consejo de administración generalmente presidido por el alcalde del municipio en que se encontrase el centro. Aunque la labor de dichos consejos era controlada por las distintas autoridades sanitarias (sobre todo en lo relativo a inversiones de capital y política de personal), en la práctica los hospitales disponían de un elevado grado de autonomía de gestión en todas las decisiones de funcionamiento corriente. En ese contexto, la elaboración de una política hospitalaria coordinada y vertebrada territorialmente resultó una tarea bastante compleja debido a los bloqueos y contenciosos permanentes entre autoridades locales y representantes del gobierno central a la hora de decidir la ubicación de un nuevo centro, o el cierre de un hospital ya existente.

En términos generales, esas concesiones a los distintos grupos de interés tuvieron importantes repercusiones en el funcionamiento del sistema sanitario, incluyendo una mayor complejidad organizativa (y con ello mayores costes de administración); un considerable incremento del gasto sanitario

---

tratamientos y prescripciones proporcionados a sus pacientes (una libertad que en los años subsiguientes contribuiría a convertir en infructuosos los intentos de contención del gasto sanitario realizados por las autoridades sanitarias francesas.

<sup>164</sup> En 1992 los hospitales públicos representaban el 65% de las camas disponibles en el sistema hospitalario francés. El sector hospitalario privado en su conjunto representaba en esas mismas fechas el 35% de las camas, pero entre ellas casi el 65% del total de las camas destinadas a enfermedades de mediana y larga duración. El sector hospitalario privado comercial ha estado tradicionalmente orientado hacia los tratamientos de corta duración y mayor rentabilidad, mientras que los centros sin ánimo de lucro (hospitales antiguamente confesionales o vinculados a mutuas, fundaciones o asociaciones caritativas) han tenido un mayor peso específico en el sector de los cuidados de mediana y larga duración.

por las dificultades para limitar los incrementos en las retribuciones de los facultativos; y la aparición de un creciente co-pago que recaía sobre los pacientes<sup>165</sup>.

Dado el gran número de responsabilidades atribuidas a la *Securité Sociale* francesa, su esquema organizativo resultó también extremadamente complejo. Desde la reforma introducida en 1967 dicho sistema quedó dividido en cuatro grandes ramas administrativa y financieramente autónomas: vejez, familia, accidentes laborales y enfermedad. La rama encargada de asumir los riesgos vinculados a la enfermedad era la *Assurance Maladie* (AM), que reproducía la división por fondos profesionales característica del sistema de SS. Así el *Régime Général*<sup>166</sup>(RG), era coordinado a nivel nacional por la *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie* (CNAM)<sup>167</sup>, por debajo de la cual se encontraban las *Caisses Régionales d'Assurance Maladie* (CRAM) a nivel regional, y las *Caisses Primaires d'Assurance Maladie* (CPAM) a nivel departamental<sup>168</sup>.

---

<sup>165</sup> En aquellos departamentos donde no se había logrado firmar un convenio que regulase dichas retribuciones el porcentaje de co-pago llegó a ser en algunos momentos de hasta el 70% de los honorarios (Immergut, 1992: 110).

<sup>166</sup> El RG era el fondo de aseguramiento más importante, ya que cubría a cerca del 80% de la población asegurada, incluyendo a los asalariados del comercio y de la industria, así como a sus familiares. Además se crearon otros fondos relativamente importantes como la *Mutualité Sociale Agricole* (MSA) que cubría en torno al 9% de la población asegurada (agricultores y sus familias), o la *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes* (CANAM), que cubría al 6% de la población asegurada (empleados autónomos, artesanos, comerciantes y profesionales liberales). Junto a los grandes, coexistían una infinidad de fondos de menor tamaño que cubrían a grupos profesionales como empleados públicos, estudiantes, militares, mineros, ferroviarios o pescadores.

<sup>167</sup> El consejo de administración de la CNAM está compuesto de 25 miembros, la mitad de los cuales son elegidos por los sindicatos y un cuarto por la patronal. La misión principal de esta organización es la supervisión financiera del conjunto del sistema, así como el desarrollo de campañas de prevención en el ámbito laboral y social a nivel nacional.

<sup>168</sup> Las CRAMs son las encargadas de gestionar el presupuesto hospitalario de su área de actuación, así como de coordinar las tareas de la CPAM. Estas

Desde su creación, el sistema sanitario francés estableció una clara diferenciación entre la provisión de la atención sanitaria, y la financiación de la misma. Así, cuando un paciente acude al médico de su elección (generalista, o directamente al especialista sin ningún filtro previo) debe adelantar el coste de los honorarios, de los medicamentos, y de cualquier otro servicio sanitario que le sea prescrito (excepto los derivados de la hospitalización). La AM le reembolsa posteriormente una parte de la suma adelantada (una media del 75% del coste total de la atención sanitaria). Para hacer frente al 25% restante, conocido como “ticket moderador”<sup>169</sup>, los asegurados pueden suscribir un seguro complementario con una mutualidad, o con una compañía de seguros comerciales.

A comienzos de la década de 1970 la preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social en general, y del sistema de aseguramiento sanitario en particular, introdujo el tema del equilibrio presupuestario en la agenda política francesa<sup>170</sup>; y a partir de 1975 se suceden los planes para afrontar los problemas financieros de la SS, y para frenar el crecimiento del gasto sanitario<sup>171</sup>. Pese a lo numeroso de dichas

---

últimas son las encargadas de la afiliación de los asegurados, y de la gestión de las diferentes prestaciones del sistema de aseguramiento sanitario.

<sup>169</sup> Dicho “ticket moderador” tiene por objeto contener la demanda de servicios sanitarios al introducir un mecanismo de co-pago por parte del paciente. En realidad el posible efecto disuasorio de esta medida desaparece de modo prácticamente total por la existencia de los seguros complementarios.

<sup>170</sup> La estructura de incentivos existentes en el sistema sanitario francés facilitaba el incremento del gasto: médicos de cabecera retribuidos en función del número de visitas realizadas, directores de hospital cuyo prestigio depende del tamaño y de los equipamientos de su centro, médicos especialistas interesados en incrementar el peso específico de sus departamentos, sindicatos interesados en el incremento de la plantilla y la mejora de las retribuciones, autoridades municipales presentes en los consejos de administración de los hospitales sensibles a la presión local para agrandar dichos centros, pacientes persuadidos de que más prescripciones y visitas médicas equivalen a mejor salud (Majnoni, 1989: 17).

<sup>171</sup> El listado de dichos planes, diseñados y aplicados bajo presidentes y gobiernos de distinto signo político resulta extenso: 1975 plan Durafour, 1976 plan Barre, 1977 y 1978 planes Veil, 1979 plan Barrot, 1981 plan Questiaux,

iniciativas, no se introdujeron transformaciones radicales en la organización del sistema sanitario, sino tan solo cambios procedimentales con los que se trataba de actuar sobre la oferta de servicios sanitarios<sup>172</sup>, o de frenar el incremento de la demanda<sup>173</sup>.

En 1971, en uno de esos intentos por incrementar el control sobre el gasto sanitario, el sistema de “convenciones” para la fijación de los honorarios médicos (que hasta esa fecha había funcionado de modo descentralizado) fue finalmente trasladado al ámbito nacional. En 1981 la profesión médica consiguió sin embargo recuperar parte del terreno perdido en su particular pulso con el estado al lograr introducir en dichas “convenciones” una cláusula por la cual aquellos médicos que lo desearan pudieran pasarse al llamado “*secteur II à honoraires libres*”, en el que podrían superar las tarifas de honorarios oficiales “*avec tact et mesure*”<sup>174</sup>. El número de facultativos incluidos en ese esquema creció vertiginosamente en los años subsiguientes (y con ello el gasto sanitario), por lo que las autoridades sanitarias trataron de limitar el número de médicos que pasaban a dicho esquema de “libre mercado” (Duriez y Sandier, 1994: 27).

En el ámbito de la política hospitalaria se modificó el sistema de financiación de los hospitales con la introducción en 1985 de los presupuestos globales fijados anualmente. A través de la Ley hospitalaria de 1991 se introdujo también un control estatal más

---

1982 y 1983 planes Bérégovoy, 1985 plan Dufoix, 1986 y 1987 plan Séguin, 1988 y 1990 planes Evin, 1991 plan Bianco, 1993 plan Veil, y 1995 plan Juppé.

<sup>172</sup> Con objeto de reducir la oferta de servicios sanitarios las autoridades francesas redujeron el número de camas disponibles en el sistema hospitalario, incrementaron el control sobre las inversiones en tecnología médica, y redujeron el número de nuevas admisiones en las escuelas de medicina.

<sup>173</sup> Así, se incrementó el porcentaje de co-pago a asumir por los pacientes a través del “ticket moderador”, y se introdujo el “*forfait hospitaliere*”, una tasa por cada día de hospitalización.

<sup>174</sup> El paciente que desea ser atendido por un médico incluido en dicho *secteur II* es reembolsado por la AM según la tasa oficial negociada entre la SS y la profesión médica, corriendo la diferencia entre el pago realmente realizado y el honorario oficial de su cuenta (o de su seguro complementario si este cubre dicho “*depasement*”).

estricto del funcionamiento de los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, con objeto de racionalizar y garantizar la calidad de los servicios sanitarios proporcionados. Con la adopción de este conjunto de medidas el crecimiento del volumen de servicios sanitarios se ralentizó, aunque como las propias autoridades reconocían, resulta difícil evaluar el impacto preciso de dichas medidas sobre esa ralentización<sup>175</sup>.

El establecimiento de la *Securité Sociale* en Francia como una gran agencia para-estatal autónoma de la administración del estado, y gestionada directamente por los agentes sociales, supuso una adaptación de los principios corporatistas a las características particulares de la sociedad francesa, y marcó de modo importante la evolución posterior de las políticas de protección social en ese país. Frente al papel central desempeñado por el Parlamento y el gobierno británicos en la definición de las políticas de protección social en el RU, tanto el poder legislativo como el ejecutivo francés han ejercido tradicionalmente un control mucho más limitado sobre la gestión de la SS, por lo que la separación entre los programas de aseguramiento social incluidos en dicho sistema, y el ámbito de las políticas públicas ha estado bastante marcada. Esto llevó además a que gobiernos y partidos planteasen los temas relacionados con la SS como algo situado fuera del debate político, y que cualquier intento de reforma de los mecanismos de protección social se realizase en un contexto de relativo consenso político, pero en abierta confrontación con los agentes sociales (especialmente los sindicatos, erigidos en guardianes del *status quo*).

Ese orden de cosas permaneció incuestionado hasta finales de los 1970s, momento a partir del cual la frontera entre el sistema de seguridad social y el ámbito de las políticas públicas comenzó

---

<sup>175</sup> Las políticas aplicadas para contener el incremento del gasto hospitalario, o los acuerdos con laboratorios fabricantes, farmacéuticos y médicos para frenar el imparable incremento del gasto farmacéutico parecen haber tenido un impacto positivo sobre dicha evolución del gasto. Más difícil resulta sin embargo evaluar el impacto del conjunto de dichas medidas tanto sobre la demanda “innecesaria”, como sobre la equidad del sistema.

lentamente a difuminarse, tanto por la aplicación de nuevas políticas sociales<sup>176</sup> (total o parcialmente implementadas a través de las estructuras de la SS), como por una creciente implicación estatal en la gestión y financiación de la SS. En un contexto caracterizado por altas tasas de desempleo, gran incertidumbre respecto a la evolución futura de la economía, y una creciente polarización en la distribución de la riqueza, la vinculación de los esquemas de protección social a la participación en el ámbito laboral forzó a las autoridades galas a desarrollar nuevos tipos de políticas sociales de carácter universalizador en la periferia del sistema de aseguramiento tradicional que garantizase una red básica de protección contra la exclusión social (Palier, 1997: 162).

Esto se hizo particularmente evidente en el ámbito del aseguramiento sanitario, donde la cobertura real del sistema sanitario público quedaba lejos del objetivo de universalidad expresado en las declaraciones de principios fundacionales del sistema de *Securité Sociale*. La aplicación del sistema de aseguramiento obligatorio había expandido la cobertura del sistema de SS al 65% de la población en 1945, llegando hasta el 76% de la población en 1960. El problema estribaba en que una vez incluido el conjunto de los trabajadores y sus familiares, la base profesional sobre la que se articulaba dicho sistema no permitía avanzar más hacia la universalización, por lo que hubo de diseñarse un nuevo esquema a través del cual la intervención pública pudiese cubrir los huecos dejados por el mercado de trabajo. Con esta filosofía se creó el programa de *Assurance*

---

<sup>176</sup> Uno de los programas pioneros de este nuevo tipo de esquemas de protección social en Francia fue el *Revenue Minimum d'Insertion* (RMI), un esquema de rentas mínimas de carácter universal establecido en 1988 por el gobierno socialista de François Mitterrand. Otros programas como las *Politiques de la Ville*, dirigidas a la rehabilitación social y urbanística de barrios desfavorecidos (donde con frecuencia se concentran las poblaciones originarias de la inmigración), o las políticas de inserción y formación sociolaboral financiadas por el estado a través de partidas presupuestarias, e implementadas con la participación de las autoridades locales y de organizaciones del tercer sector, apuntaban en la misma dirección de lucha contra el fenómeno de la exclusión social.

*Personnelle*, encuadrado en la Ley de *Généralisation de la Sécurité Sociale* de 1978, y que establecía que aquellas personas que no pudieran afiliarse a la AM (por no ser población activa, ni depender de una persona inserta en el mercado laboral), pudiesen acceder al sistema de aseguramiento sanitario (cotizando personalmente por su aseguramiento, o siendo asumidas dichas cotizaciones por las administraciones públicas si el asegurado carecía de recursos)<sup>177</sup>. Estas medidas abrieron la puerta a una implicación estatal más directa en la extensión de la cobertura del sistema sanitario público, adoptando para ello la lógica de la acumulación de esquemas de aseguramiento propia del sistema de SS consolidado tras la IIª GM.

El establecimiento de la *Contribution Sociale Généralisée* (CSG)<sup>178</sup> por el gobierno socialista de Michel Rocard en 1990, supuso también un cambio considerable en la filosofía sobre la que se había asentado tradicionalmente el sistema de aseguramiento social en Francia, al establecer un impuesto de carácter general cuya recaudación habría de servir para financiar las nuevas políticas de lucha contra la exclusión social. La implicación “puntual” del estado en la financiación del déficit de la SS en 1993; la instauración del control parlamentario sobre los presupuestos de la SS en 1995 (hasta ese momento gestionados de

---

<sup>177</sup> De los más de 610.000 afiliados a la *Assurance Personnelle* en 1998, tan solo unos 57.000 (en torno al 9%) cotizaban personalmente por dicha afiliación, siendo el resto financiado por los departamentos o por la administración central (Marié, 2000: 11).

<sup>178</sup> Este nuevo impuesto, aplicado sobre la práctica totalidad de las rentas (trabajo, capital, transferencias del estado), pretendía financiar los nuevos compromisos estatales en el ámbito de las políticas sociales, y descargar a las empresas de parte de sus cotizaciones al sistema de SS que les restaba competitividad en los mercados internacionales. Aprobado con grandes dificultades en el Parlamento, fue fijado inicialmente en el 1,1%, para ser elevado por el gobierno conservador de Balladour al 2,4% en 1993. En mayo de 1997 era elevado por el gobierno socialista de Jospin hasta el 3,4%.

modo totalmente autónomo por los agentes sociales)<sup>179</sup>; el establecimiento de un límite de gasto para el sistema de SS votado en el Parlamento; y la imposición por decreto de penalizaciones a los médicos que superasen determinados límites de gasto definidos por las autoridades sanitarias<sup>180</sup>, constituyeron otras iniciativas de profundización de la tendencia a la creciente interferencia gubernamental en el funcionamiento del sistema de aseguramiento sanitario francés.

Tanto la creación de programas de protección social desvinculados de las cotizaciones al sistema de SS, como la mayor implicación estatal directa en la financiación de los esquemas de protección social, han sido percibidos como indicadores de una tendencia hacia la convergencia del modelo de protección social francés con los modelos de protección social liberales (Palier, 1997: 164; Béland y Hansen, 2000: 56); en ocasiones explicada como una cesión a las aspiraciones de la tecnocracia de establecer un mayor control estatal sobre el sistema de SS (Majnoni, 1989: 240). La paradoja de estas políticas es que resultan mucho más próximas al modelo anglosajón de tratamiento de la pobreza, que al modelo bismarckiano de aseguramiento social que se supone tratan de reforzar.

### *3.2.3. El contexto de la politización del acceso de los extranjeros a la sanidad pública en Francia*

Los temas relacionados con la gestión, funcionamiento y financiación del sistema de seguridad social tan solo aparecen en la agenda política francesa a mediados de la década de los 1970s, fundamentalmente como consecuencia de la clara desconexión existente entre la esfera política (parlamentaria y gubernamental),

---

<sup>179</sup> La introducción de dicho control parlamentario supuso la necesidad de reformar la Constitución en abril de 1996, y hacer frente a la oposición frontal de los sindicatos a dicha medida (Béland y Hansen, 2000: 58).

<sup>180</sup> La aplicación de esta medida quedó bloqueada por una sentencia del Tribunal Constitucional.

y la propia estructura de la *Securité Sociale*; ocupando un papel central en la misma tan solo a principios de los 1990s cuando dicha barrera comienza a difuminarse.

El tema del acceso de las poblaciones de origen inmigrante al sistema sanitario público francés también tardó en hacer acto de presencia en la agenda política francesa. La atribución del derecho de acceso al sistema sanitario fundamentalmente a través de la participación en el mercado laboral (y por lo tanto de la contribución económica a la financiación de dicho esquema de aseguramiento), contribuyó de modo importante a sustraer el tema del acceso de los extranjeros a las prestaciones del sistema sanitario de la arena política. En ese contexto poco propicio para la politización del tema de la utilización del sistema sanitario por extranjeros, la idea del “abuso” jugó un papel mucho menor que en el caso británico. Si en el RU la introducción de este tema en la agenda política se produjo inmediatamente después de la creación del NHS, obedeciendo fundamentalmente a intereses partidistas, en el caso francés la movilización respecto a este tema no se produjo hasta cuarenta años después de la creación del sistema sanitario público. La explicación principal a dichas diferencias reside en la propia naturaleza de los equilibrios institucionales encargados de garantizar la cobertura de los sistemas sanitarios públicos, y particularmente en el grado de extensión de dicha cobertura. Así, la politización del tema del acceso de los extranjeros a las prestaciones del sistema sanitario público francés no se produjo hasta el momento en que la cobertura de dicho sistema no se hubo expandido hasta acercarse a la universalidad que había caracterizado al NHS británico desde su creación.

### *3.2.3.1. Expansión de la cobertura sanitaria en la periferia del sistema, y politización del acceso de los extranjeros al sistema sanitario*

Como hemos visto, el sistema de protección social francés se desarrolló en base a un equilibrio institucional en el que la SS

asumía el grueso de las responsabilidades, y era complementado con algunos programas asistenciales financiados con cargo a los presupuestos de las distintas administraciones públicas. Dicho sistema de seguridad social había sido creado en nombre de la “*solidarité nationale*”<sup>181</sup>, aunque en la práctica había funcionado tradicionalmente en base a una lógica de “*solidarité professionnelle*”<sup>182</sup> (Duriez y Sandier, 1994: 19; Béland y Hansen, 2000: 51). Dado el carácter fundamentalmente laboral de la inmigración experimentada por Francia en el período comprendido entre la IIªGM y principios de la década de los 1970s, el acceso de los inmigrantes a la atención sanitaria estaba garantizado fundamentalmente por su participación en el mercado de trabajo. Así, mientras los trabajadores procedentes de países con los que Francia hubiese firmado acuerdos bilaterales de asistencia mutua disfrutaban prácticamente de los mismos derechos que los franceses, el resto de los trabajadores inmigrantes accedían a la protección del esquema de aseguramiento al que estuviesen afiliados, pero les estaba vedado el acceso a los esquemas de asistencia social financiados con fondos públicos. En el caso de que un inmigrante requiriese atención hospitalaria urgente sin estar afiliado a la SS, ésta era proporcionada gratuitamente por razones humanitarias (Svahn, 1984: 90). En ese contexto, la utilización de los servicios sanitarios por los extranjeros no constituía un aspecto susceptible de ser utilizado políticamente, por lo que el tema permanecía ausente de la agenda política.

Como vimos en la sección anterior, a finales de la década de los 1970s comenzó a instaurarse un nuevo equilibrio en el que las

---

<sup>181</sup> Concepto próximo al ideal Beveridgiano que propugnaba la existencia de un vínculo de solidaridad entre distintos grupos sociales dentro de una comunidad política. La aplicación consistente de dicho principio hubiese conllevado la evolución hacia un sistema de cobertura universal financiado por el estado a través de impuestos como el NHS británico.

<sup>182</sup> Basado en la existencia de una relación de solidaridad entre miembros de una misma comunidad profesional, era financiado a través de contribuciones de empresarios y trabajadores, y proporcionaba prestaciones relacionadas con el nivel de las contribuciones previas.

políticas sociales de carácter no contributivo y vocación universalista, diseñadas y financiadas por el estado, fueron adquiriendo un mayor peso específico en el ámbito de la protección social en Francia. De modo paralelo a la introducción de esos nuevos programas, el anclaje de los inmigrantes extranjeros en el sistema de protección social francés comenzó a estar sometido a tensiones. El principal problema de la “reintroducción” del criterio de “*solidarité nationale*” en la atribución de prestaciones sociales estribaba en la posibilidad de que se considerase a los inmigrantes como externos a dicha comunidad de solidaridad, y quedasen de ese modo excluidos de la cobertura proporcionada por los nuevos esquemas. De hecho, las desigualdades tradicionalmente existentes entre extranjeros y franceses en el acceso a algunos programas de protección social de naturaleza no contributiva habían sido oficialmente justificadas en base a la naturaleza de “*solidarité*”, y no de “*assurance*”, de dichos programas<sup>183</sup>.

Durante la década de los 1970s, y debido a la transformación de la naturaleza de los flujos migratorios derivada del cierre de fronteras a la inmigración económica (aceleración de los procesos de reagrupación familiar, mayor visibilidad pública de la inmigración irregular), el tema del balance global de la inmigración para la sociedad francesa comenzó a aparecer en la agenda política<sup>184</sup>. El incremento del índice de dependencia<sup>185</sup> entre los colectivos inmigrantes, y el consiguiente aumento de los costes sociales, fueron entonces utilizados como argumentos para propugnar el cierre total de las fronteras. Pese a esto, el acuerdo tácito existente entre los partidos políticos mayoritarios para mantener fuera de la esfera política los temas relacionados con la inmigración consiguió reducir el alcance de dichos debates.

---

<sup>183</sup> En concreto la *Allocation aux Adultes Handicapés* (AAH), y el subsidio complementario del *Fonds National de Solidarité* (FNS).

<sup>184</sup> Así, en 1976 la Asamblea Nacional solicitó el primer informe de evaluación del coste de la presencia de trabajadores extranjeros en Francia.

<sup>185</sup> Proporción entre los activos y las personas dependientes en una determinada población.

Como ya vimos anteriormente el proceso de universalización de la cobertura sanitaria en Francia tuvo uno de sus hitos más importantes en la Ley de *Généralisation de la Sécurité Sociale* de 1978. En este marco legislativo la variable nacionalidad<sup>186</sup> continuaba condicionando de modo importante las posibilidades de acceso a los nuevos esquemas de aseguramiento (Bourdillon y Lombraill, 1988: 10). Para los no nacionales se planteaban tres situaciones en relación a su elegibilidad para el acceso a dicho esquema. Por un lado, los refugiados políticos reconocidos como tales por las autoridades francesas, los oriundos de alguno de los países con los que Francia hubiese firmado un convenio bilateral (incluidos todos los de la CEE), y los nacionales de países que hubiesen pertenecido a la antigua *Union Française*<sup>187</sup> (UF), eran equiparados a los franceses, y por lo tanto podían acceder a la *Aide Médicale* en igualdad de condiciones que estos. Por otra parte, los nacionales de los países no incluidos en ninguna de las categorías anteriores podían (teóricamente) acceder a la *Aide Médicale à domicile* (AMD) y a la *Aide Médicale hospitalière* (AMH) a partir de los tres años de residencia ininterrumpida en Francia (independientemente de la legalidad de dicha presencia en territorio francés). Finalmente, el acceso al sistema sanitario de aquellos extranjeros que no cumpliesen las condiciones anteriores quedaba circunscrito a la *Aide Médicale hospitalière*, que garantizaba la atención médica dispensada en hospitales públicos<sup>188</sup>.

---

<sup>186</sup> Como estipulaba el artículo 179 de dicha Ley, “*tout français malade privé de ressources suffisantes peut recevoir (...) les soins que nécessitent son état*”.

<sup>187</sup> Este vínculo post-colonial tenía un gran número de implicaciones, tanto en el ámbito de las políticas migratorias, como en el trato recibido por los nacionales de estos países en la antigua metrópoli. En el caso de la *Aide Médicale* afectaba a los nacionales de Laos, Argelia, antiguas colonias africanas de habla francesa, así como a los vietnamitas y camboyanos asentados en Francia antes de 1959.

<sup>188</sup> De modo similar funcionaba uno de los programas de protección social más emblemáticos derivados de la aplicación de una filosofía no contributiva, el *Revenu Minimum d'Insertion*. Establecido en 1988, su reglamento de aplicación

El *Conseil Constitutionnel* declaró inconstitucional el requisito de nacionalidad exigido para la concesión de ciertas prestaciones no contributivas en una sentencia fechada el 22 enero de 1990, pero durante más de ocho años (hasta la aprobación de la Ley Chevénement en 1998) los poderes legislativo y ejecutivo hicieron caso omiso a la opinión de la judicatura<sup>189</sup>, y no eliminaron de la normativa dicha disposición discriminatoria (Lochak, 1995: 6). Estas prácticas discriminatorias (en algunos casos de naturaleza abiertamente ilegal) limitando el acceso de los extranjeros a las prestaciones no contributivas constituían un claro ejemplo del diferente prisma desde el que era percibido el acceso de los extranjeros a las prestaciones propias de esquemas de aseguramiento (por las que se había contribuido previamente de modo nominal), frente a aquellas que eran financiadas a través de impuestos generales y que quedaban así, en gran medida, reservadas a los nacionales.

Entre agosto de 1981 y abril de 1984, una serie de preguntas parlamentarias dirigidas al Ministro de Asuntos Sociales y de la

---

estipulaba que tan solo podían acceder a dicha prestación aquellos extranjeros con permiso de trabajo, y más de tres años de residencia legal e ininterrumpida en territorio francés. Los solicitantes de asilo, los indocumentados, así como los inmigrantes poseedores únicamente de un permiso de residencia fueron excluidos de dicho programa con la intención explícita de evitar la aparición de un “efecto llamada”, y colaborar de ese modo con las políticas migratorias restrictivas del estado francés (Urban, 1991: 324). Al definir dichos criterios de exclusión establecían de nuevo un nexo entre una prestación de carácter universalista, y una relación activa con el mundo del empleo (al menos para los extranjeros), desvirtuando en cierto sentido la filosofía última de dicho programa.

<sup>189</sup> Durante ese intervalo varias sentencias de diversas instancias judiciales se fueron acumulando, pero los inmigrantes no pudieron hacer valer sus derechos de modo general ya que las cajas del sistema de SS negaban sistemáticamente dichas prestaciones amparándose en sus reglamentos internos de funcionamiento. Como señala Lochak, “*La cour de cassation l’a dit, la Cour de Luxembourg l’a dit: rien n’y a fait, les caisses ont continué à leur refuser, sauf lorsque les intéressés entamaient un contentieux*” (Lochak, 2001: 18). En el ámbito local, una sentencia del *Conseil d’État* de junio de 1989 anuló también la discriminación por nacionalidad establecida por el ayuntamiento de Paris en un programa de ayuda a la familia.

Solidaridad Nacional por diputados conservadores trataron de introducir en la agenda política el tema del coste para el sistema sanitario público de la hospitalización de “extranjeros insolventes no residentes”<sup>190</sup>. Alguna de esas preguntas trataba también de alertar sobre las consecuencias para la salud pública de la llegada de inmigrantes indocumentados portadores de enfermedades infecto-contagiosas<sup>191</sup>. Fueron sin embargo intentos bastante tímidos de politizar el tema del acceso de los inmigrantes al sistema sanitario público, a los cuales el gobierno respondió de un modo considerablemente taimado al proponer, amparándose en un decreto de 1959, la exigencia de un adelanto de los gastos de hospitalización a los extranjeros no residentes (con objeto de disuadirles de recurrir a la hospitalización en Francia cuando esto no fuese estrictamente necesario), al tiempo que recordaba que los centros hospitalarios estaban legalmente obligados a atender a cualquier persona que lo necesitase y que requiriese sus servicios (Urban, 1991: 328).

La utilización del término “extranjeros insolventes no residentes” ocultaba en realidad dos fenómenos bien diferenciados<sup>192</sup>: por una parte reflejaba el difícilmente cuantificable fenómeno de la llegada de extranjeros a Francia con la intención de ser tratados por el sistema sanitario de ese país; por otra indicaba la existencia de un número importante de inmigrantes indocumentados (generados por el cierre oficial de las fronteras a la inmigración económica).

Mientras que en el ámbito político este tema se enfocaba desde un planteamiento de “abuso” del sistema sanitario público por parte de extranjeros; para los hospitales se trataba

---

<sup>190</sup>Ver *Journal Officiel de la Assemblée Nationale* del 18-10-1982 question 15910; 10-1-1983 question 21840; 31-1-1983 question 20579; 11-7-1983 question 20579; 16-4-1984 question 9278; 23-4-1984 question 41360.

<sup>191</sup> Ver *Journal Officiel de la Assemblée Nationale* del 16-4-1984 question 30171.

<sup>192</sup> De modo similar a lo ocurrido en el RU, el tema fue sin embargo tratado en la esfera política de modo monolítico como una utilización abusiva del sistema sanitario público por parte de extranjeros.

fundamentalmente de un problema de financiación de los tratamientos de personas no cubiertas por los esquemas de aseguramiento existentes. Las presiones cruzadas (creciente necesidad de recursos para ajustarse al paulatino envejecimiento de la población y al desarrollo tecnológico<sup>193</sup>; e introducción de presupuestos globales prefijados para frenar el crecimiento del gasto sanitario), obligaban a los hospitales a incrementar el control de sus gastos, y por tanto a introducir un mayor rigor en los mecanismos de control de elegibilidad en las admisiones, lo cual afectó de modo especialmente negativo a los grupos más desfavorecidos que utilizaban el hospital como principal puerta de acceso al sistema sanitario (Mestiri, 1987: 59). Así, los responsables de los hospitales públicos de París pasaron del rechazo de los argumentos xenófobos que acusaban a los inmigrantes (especialmente magrebíes) de “invadir” los hospitales franceses a mediados de los 1970s; a reconocer una década más tarde que *“l’importance des restes à recouvrer sur les États étrangers constitue un poids insupportable pour la trésorerie de l’Assistance Publique”*. A modo de simple orientación (poco representativa de lo que ocurría a nivel nacional dado el efecto atracción de la capital), el número de extranjeros indocumentados hospitalizados en París habían pasado de representar el 0,7% de las hospitalizaciones en 1972, hasta el 4,7% en 1982<sup>194</sup>. En conjunto, los impagos por extranjeros suponían en torno al 3% del

---

<sup>193</sup> La introducción de nuevas tecnologías médicas provocaba una transformación de las actividades hospitalarias, cada vez más sofisticadas, costosas, y necesitadas de personal altamente especializado que alejaba a los centros hospitalarios de sus actividades tradicionales, más próximas a los colectivos precarizados (Ménoret-Calles, 1997: 74).

<sup>194</sup> Si el número total de admisiones se había multiplicado por 1,2 las admisiones de extranjeros lo habían hecho por 2,3, y las de extranjeros indocumentados por 8,7. Respecto al total de extranjeros hospitalizados en ese período, los indocumentados habían pasado de representar el 7%, hasta constituir el 26,4% (Svahn, 1984: 37).

presupuesto total del sistema hospitalario parisino a principios de la década de los 1990s<sup>195</sup>.

Los hospitales que aceptaban atender a los extranjeros indocumentados debían encargarse de realizar los trámites administrativos necesarios para tratar de recuperar el coste de los tratamientos proporcionados, lo cual constituía un procedimiento incierto, complejo, largo, y que en el mejor de los casos suponía recibir el pago de la AMH un año más tarde (Ménoret-Callet, 1997: 97). Las perspectivas de obtener el coste del tratamiento del sistema de SS francés, de la seguridad social del país de origen del paciente, o del propio paciente eran aún más inciertas.

Los incentivos económicos establecidos para el personal administrativo de los hospitales con el objetivo de acelerar la resolución de los expedientes de cobro llevaban también a la no tramitación de los expedientes de AMH correspondientes a personas no aseguradas y sin recursos (por ser especialmente lentos y complejos de tramitar); lo cual contribuía a reforzar aún más el discurso que vinculaba la atención a estas personas precarizadas con el incremento de las dificultades financieras de los centros hospitalarios (Lasne, 1996: 7).

Los incentivos para negar la atención sanitaria a las personas en situación administrativa precaria eran claros<sup>196</sup>, por lo que en múltiples ocasiones estas personas eran rechazadas de modo más o

---

<sup>195</sup> Según la CNAM, los tratamientos hospitalarios a extranjeros no cobrados a finales de 1990 suponía unos 1.400 millones de francos, de los cuales unos 900 correspondían a hospitales parisinos (Latour, 1991: 52).

<sup>196</sup> En 1991, la revista "*Décisions Santé*" publicó un informe exhaustivo de las prácticas hospitalarias hacia los pacientes insolventes en el que afirmaba, "*en cas de non solvabilité, la tendance actuelle est de refuser l'hospitalisation, sauf pour les admissions d'urgence*". En 1993, *Médecins Sans Frontières* (MSF) publicaba su informe "*L'hôpital hors-la loi*", en el que denunciaba las prácticas excluyentes de los hospitales públicos franceses; "*Nous disons aujourd'hui que l'exclusion des soins est organisée, qu'elle est intentionnelle, ciblée, élective, opérante. Nous disons que cette exclusion ne laisse de traces ni dans les registres des urgences, ni dans ceux des admissions, ni à l'accueil des mairies, qu'elle ne génère ni contentieux, ni plainte devant les tribunaux: c'est une exclusion propre et silencieuse, sans aucun risque pour ceux qui la pratiquent*" (Lasne, 1996: 6).

menos explícito en las ventanillas de los hospitales, o enviados hacia los dispensarios gratuitos abiertos por las organizaciones del tercer sector para atender dichas situaciones de exclusión<sup>197</sup> (Lamour, 1994a: 13).

Pese a la reformas introducidas en el sistema de *Aide Médicale* en 1978, más de un millón de personas seguían fuera del sistema de aseguramiento sanitario público diez años más tarde. En ese contexto, y con el objetivo de cubrir las necesidades sanitarias más perentorias de esos colectivos, surgieron los centros de atención primaria gratuita de las ONGs. Así en 1979 se creaba el primero de dichos centros, a cargo del *Comité Médical pour les Exilés* (Comede) con la misión de facilitar la apertura de derechos sanitarios a los solicitantes de asilo<sup>198</sup> (Maille, y Veisse, 2000: 1). En febrero de 1985 se creaba el *Relais Médical aux Délaissés* (REMEDE), una asociación sin ánimo de lucro que ofrecía atención social y sanitaria gratuita a todos aquellos que no tuvieran acceso a las prestaciones del sistema sanitario francés<sup>199</sup>. En 1986 se ponía en marcha la “*Mission France*” de *Médecins du Monde* (MDM), que llegaría a tener más de 30 dispensarios en toda Francia<sup>200</sup>. Finalmente, en 1987 *Médecins sans Frontières*

---

<sup>197</sup> La elusividad de dichas prácticas implicaba que no existiese jurisprudencia de condenas a facultativos o a hospitales por no atender a extranjeros en situación irregular (Urban, 1991: 326).

<sup>198</sup> El endurecimiento de las políticas de asilo, y la supresión del derecho a trabajar para los solicitantes de asilo, había complicado considerablemente la situación de este colectivo, convirtiendo el adelanto de los honorarios médicos y del coste de los medicamentos, así como el “ticket moderador”, en un umbral infranqueable para el acceso de estos colectivos a las prestaciones del sistema sanitario público al que en principio tenían derecho, por lo que los dispositivos de atención sanitaria gratuitos del Comede se convirtieron prácticamente en la única alternativa para este colectivo.

<sup>199</sup> Esta organización desarrollaba su trabajo desde un dispensario compartido con la *Croix Rouge*, y un camión móvil que se desplazaba sobre una ruta predeterminada y fija. En 1993 el número de consultas anuales superaba las 11.000, en la mayoría de los casos inmigrantes indocumentados.

<sup>200</sup> En 1993 MDM trabajaba en Francia con más de 80.000 expedientes, y realizaban unas 240.000 consultas anuales. Tan solo el consultorio central de París había manejado hasta esa fecha más de 34.000 expedientes de pacientes

(MSF) seguía el ejemplo de otras ONGs con la apertura de su *Mission Solidarité France*, basada en unidades móviles y dispensarios estables en las grandes ciudades francesas, y fundamentalmente en la conurbación parisina<sup>201</sup>. La mayoría de estos programas puestos en marcha por las ONGs eran total o parcialmente financiados por las administraciones públicas a través de los fondos destinados a la lucha contra la pobreza y la exclusión social.

Una característica común a la gran mayoría de los programas desarrollados por esas organizaciones era la no especificidad de su trabajo con inmigrantes, a los cuales consideraban uno más de los colectivos precarizados excluidos del sistema sanitario (al igual que indigentes, drogadictos, prostitutas, personas en situaciones de marginalidad, etc). Ese tratamiento de los problemas de acceso al sistema sanitario de los extranjeros dentro de una lógica de lucha contra la exclusión social, y de espaldas a la especificidad de la situación de los colectivos inmigrantes, era el resultado de la adaptación por estas organizaciones del marco filosófico republicano inspirador del modelo de integración francés (Soysal, 1994: 5; Favell, 1998: 41). Pese a la voluntad de la mayoría de dichas organizaciones de obviar la variable nacionalidad en sus análisis del fenómeno de la exclusión sanitaria en Francia, una gran mayoría de los pacientes de dichos dispensarios gratuitos eran extranjeros<sup>202</sup>, buen número de entre ellos inmigrantes en situación de irregularidad administrativa.

---

precarizados, un tercio de ellos derivados directamente desde hospitales públicos hacia los dispensarios de esta ONG (Ménoret-Callet, 1997: 119).

<sup>201</sup> Pese a declararse contraria a la creación de este tipo de centros de atención especializada para los excluidos, MSF decide establecer dicho programa con tres objetivos prioritarios: proporcionar atención sanitaria a los excluidos del sistema sanitario, reintegrarlos en la medida de lo posible en los mecanismos normalizados, y analizar las causas de la exclusión en Francia con objeto de dar testimonio y luchar así contra dichos procesos de exclusión (Lasne, 1991: 12).

<sup>202</sup> Los estudios sobre este tema han sido siempre realizados a nivel local, por lo que los resultados obtenidos no son extrapolables al conjunto del país. Pese a esto, proporcionan una imagen aproximada del perfil de las poblaciones excluidas del sistema sanitario. Un breve resumen de las conclusiones de dichos

El *Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi* constituyó en 1987 un grupo de trabajo para evaluar el problema de la exclusión del sistema sanitario público en Francia. Las conclusiones del informe redactado por dicha comisión (*Rapport Ravol*), fueron trasladadas por las autoridades sanitarias a una circular publicada en febrero de 1988. Entre otros aspectos, dicha circular conminaba a los organismos encargados de tramitar las solicitudes de *Aide Medicale* (básicamente los *Centres Communales d'Action Sociale* -CCAS- dependientes de las autoridades locales), a interpretar el requisito de residencia en Francia de un modo laxo, y a no tomar en consideración la regularidad de la misma<sup>203</sup>. Este informe señalaba además la incongruencia de que, mientras los asalariados disfrutaban de una afiliación automática a la SS tramitada por los empleadores, las personas en situación de mayor precariedad social hubiesen de encargarse personalmente de tramitar los complejos expedientes de apertura y mantenimiento de derechos, con el consiguiente riesgo de exclusión que de ello se derivaba.

En julio de 1992 se reformaba la *Aide Medicale* retomando algunas de las recomendaciones del *Rapport Ravol*. Esta nueva normativa reformaba el acceso a dicho esquema de asistencia transformándolo en un derecho (condicionado como siempre al cumplimiento de unos requisitos de renta y residencia), y

---

estudios nos da un margen de entre el 62% (Mizrahi et. al., 1993: 4), y el 84% (Chauvin, 1999: 11) de extranjeros entre los usuarios de dichos centros de atención sanitaria gratuita.

<sup>203</sup> Dicha circular afirmaba que el criterio de residencia de los extranjeros, “*est considérée comme satisfaite dès lors que ceux-ci se trouvent en France et y demeurent dans les conditions qui présentent un minimum de permanence et de stabilité. Il y a lieu de prendre en compte notamment la situation de fait de l'intéressé (anteriorité de résidence en France, domiciliation habituelle, environnement familial et professionnel...) sans qu'il y ait lieu de lui opposer, le cas échéant, l'irrégularité de séjour*”. Dicha recomendación estaba basada en la sentencia del Conseil d'État de 8 de enero de 1981 que estipulaba que para poder acceder a las prestaciones del sistema de protección social, “*il faut que la personne réside en France dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité*” (Assemblée Nationale, 1996: 222).

estableciendo la posibilidad de plantear recurso administrativo ante las decisiones de la administración al respecto. Los condicionamientos de nacionalidad se vieron también considerablemente suavizados en esta Ley que estipulaba que, “*toute personne résident en France a droit pour elle-même et les personnes à sa charge à l’aide médicale pour les dépenses de soins qu’elle ne peut supporter*” (Duriez y Sandier, 1994: 22). Según la nueva regulación, la *Aide Médicale* podía funcionar como complemento de la AM para cubrir el “ticket moderador”, o bien asumiendo el total del coste del aseguramiento de las personas sin recursos. Además, ofrecía la posibilidad de una admisión preventiva, inmediata y de duración anual, previa a la constatación del derecho a la cobertura por dicho esquema, lo cual generó grandes expectativas entre las organizaciones que luchaban contra la exclusión en el ámbito sanitario ante la posibilidad teórica de introducir un mecanismo de presunción de derecho en las prácticas de control de elegibilidad de las agencias de la SS.

A través de este esquema se consiguió extender el margen de cobertura del sistema sanitario hasta el 99,4% de la población francesa en 1992, con un 83% de la población cubierta simultáneamente por la AM y por algún esquema de aseguramiento complementario. Pese a esto, la falta de voluntad política<sup>204</sup> (y por lo tanto la carencia de recursos suficientes para hacer frente a los problemas derivados de la combinación de las lógicas de aseguramiento y de asistencia), hizo que los derechos establecidos por la nueva legislación sobre *Aide Médicale* permanecieran en buena medida en un estadio teórico.

---

<sup>204</sup> De hecho, cuando existió una voluntad clara de aplicar la Ley, ésta sirvió para garantizar el pleno acceso al sistema sanitario. Ese fue el caso de los kosovares acogidos en Francia durante el conflicto en esa zona de la antigua Yugoslavia, cuya llegada a Francia fue preparada con un circular del Ministerio de Solidaridad que urgía a las agencias de la SS a garantizar la afiliación a la *Aide Médicale* de los recién llegados según el procedimiento de apertura inmediata de derechos, y por una duración de un año. Es decir, estrictamente lo recogido en la Ley de 1992 (Maille y Veisse 2000: 3).

La pretensión de conseguir la plena universalización de la cobertura sanitaria expandiendo el esquema de la *Aide Médicale* planteaba una serie de problemas de difícil resolución<sup>205</sup>, derivados de la complejidad y segmentación de las estructuras de la SS<sup>206</sup> y de los dispositivos de ayuda social<sup>207</sup>, de la legislación, y de los procedimientos de cada agencia encargada de la tramitación de las distintas solicitudes<sup>208</sup> (Maille y Veisse 2000: 2). Esta situación permitía las prácticas restrictivas o ilegales de las administraciones, y favorecían el desconocimiento de los derechos y procedimientos tanto por parte de los interesados, como de los profesionales sanitarios y sociales que debían tramitar sus expedientes, y que ante la complejidad de los mismos recurrían de modo casi automático a los dispositivos caritativos sin

---

<sup>205</sup> Los cambios vitales (de situación profesional, estado civil, o domicilio) provocaban situaciones de “ruptura de derechos” por la complejidad del entramado de esquemas aseguradores y de asistencia social, creando así espacios de vacío administrativo en los que las personas no podían hacer valer su derecho de acceso al sistema sanitario (o a otros esquemas de la SS). La relativa generalización del aseguramiento complementario garantizaba el acceso completo al sistema sanitario a una mayoría de la población, pero el “ticket moderador” continuaba actuando como elemento limitador del acceso a la asistencia sanitaria para un porcentaje importante de la población que carecía de seguro de cobertura complementaria.

<sup>206</sup> Como señalaba un informe del *Haut Comité de la Santé Publique*, “*Le problème ne réside, sauf pour une partie de la population en situation de grande précarité, ni dans la rareté de l’offre, ni dans l’absence de prise en compte administrative, ni dans l’absence de possibilité de recours aux soins. Ce sont plutôt la complexité du système médico-social, l’éclatement des compétences et l’inadaptation du système aux différentes caractéristiques des populations qui constituent autant d’obstacles pour le recours aux soins des populations défavorisées*” (citado en Ménoret-Calles, 1997: 62).

<sup>207</sup> La asistencia social relacionada con el acceso a los servicios sanitarios dependía de distintas administraciones en función de la situación del paciente. Así, el *Conseil Général* del departamento se hacía cargo de los costes de la *Aide Médicale* departamental para las personas con domicilio fijo; mientras que la DASS asumía los costes de la *Aide Médicale Etat* para las personas sin domicilio fijo.

<sup>208</sup> Los reglamentos de ayuda social, los baremos para atribución de ayudas, los documentos exigidos para la afiliación a la SS, o a la *Aide Médicale*, variaban en cada agencia local encargada de dichas tareas de gestión administrativa.

agotar los márgenes de derechos teóricamente abiertos a dichas personas<sup>209</sup>. La actitud obstruccionista de algunas administraciones de la SS que bloqueaban los expedientes de personas en situación de precariedad social y administrativa (negativa a tramitar solicitudes, demandas abusivas de documentos justificativos, etc) dificultaba aún más la apertura de derechos en aquellos casos en que esto era posible, lo cual obligaba a recurrir a la vía contencioso-administrativa. Como consecuencia de esta situación, tan solo los más determinados perseveraban hasta conseguir hacer valer sus derechos (Gisti, 2000: 102).

La fallida aplicación de la reforma de la Ley sobre la *Aide Médicale* de 1992, especialmente en su objetivo de alcanzar la universalización efectiva de la cobertura sanitaria, provocó un incremento de los clientes de los dispensarios gratuitos establecidos por las ONGs. Una circular ministerial del 17 de septiembre de 1993, recordaba al personal sanitario que, "*l'hôpital doit rester un lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits*", y que "*il n'appartient pas aux membres du corps médical de refuser de donner les soins que requiert l'état du patient si celui-ci se présente sans prise en charge*" (Lamour, 1994a: 18); al tiempo que emplazaba a los hospitales a crear estructuras especializadas en el tratamiento de la precariedad y la exclusión social con objeto de eliminar los obstáculos que las personas en esa situación encontraban para hacer valer sus derechos de acceso al sistema sanitario. Para ello establecía la posibilidad de firmar acuerdos directos entre los hospitales y la administración sanitaria central para la financiación de los

---

<sup>209</sup> Como señalaba el Gisti, "*c'est ainsi que, dans le faits, parallèlement à des droits non appliqués, la 'charité' a tendance à se développer aux dépens du 'droit'*". Entroncando con una larga tradición de crítica al voluntarismo en los sistemas sanitarios, esta organización cuestionaba la actuación de los dispositivos *précarité* organizados por las ONGs de modo rotundo; "*Incapables d'assurer la continuité des soins, ces dispositifs servent d'alibi à l'absence de politique contre l'exclusion malgré une pratique experte des solutions personnalisées et autres bricolages des offres de soins. Ils contribuent ainsi à la pérennisation de dysfonctionnements inacceptables*" (Gisti, 1999: 9).

servicios sanitarios, consultas externas y medicamentos proporcionados a esos colectivos (Ménoret-Calles, 1997: 77). En ese contexto, algunos centros sanitarios públicos crearon y desarrollaron, en el seno de las mismas estructuras hospitalarias, esquemas especiales de recepción para personas excluidas de los canales normalizados de atención sanitaria<sup>210</sup>. No se trataba de establecer estructuras paralelas que supusieran una “medicina para pobres”, sino de canalizar a las personas en situación de exclusión social hacia los distintos servicios internos del hospital, eliminando las barreras financieras y administrativas que dificultasen su acceso efectivo a la atención sanitaria normalizada. A través de estos esquemas se daba cobertura institucional a las prácticas informales por las cuales el personal sanitario había atendido a las personas en situación de precariedad administrativa a espaldas de la administración de los centros, y sin hacer constar los tratamientos proporcionados en los informes oficiales de actividad hospitalaria (Ménoret-Calles, 1991: 85). La clientela de estos esquemas especiales venía derivada en buen número de ocasiones de los consultorios gratuitos de las ONGs, y en torno al 50% eran inmigrantes en situación administrativa precaria.

La aprobación por el gobierno conservador de Edouard Balladur de la Ley Pasqua en agosto de 1993 supuso un importante retroceso en el proceso de lenta expansión de los derechos sociales de los extranjeros, al condicionar el acceso a las prestaciones de la SS (incluyendo la cobertura sanitaria) a la legalidad de la residencia en territorio francés<sup>211</sup>. Hasta esa fecha

---

<sup>210</sup> La pionera de dichas estructuras fue el llamado “*espace Baudelaire*”, puesto en marcha en febrero de 1992 en el hospital *Saint Antoine* de París por el doctor Jacques Lebas, (antiguo presidente de MDM). Animados por el satisfactorio resultado de este esquema (y por las líneas especiales de financiación del Ministerio), buen número de hospitales parisinos y de otras grandes ciudades francesas siguieron dicho ejemplo.

<sup>211</sup> El artículo L 115-6 de esta Ley estipulaba que “*les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de Sécurité Sociales que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France ou si elles sont*

la regularidad o irregularidad administrativa del extranjero era indiferente para las cajas de la SS, que (al menos teóricamente) afiliaban a los inmigrantes indocumentados siempre que dispusieran de un contrato de trabajo en vigor<sup>212</sup>.

El tema del acceso de los inmigrantes a las prestaciones del sistema de protección social francés había sido de hecho utilizado específicamente por el FN para atacar las políticas de inmigración “excesivamente generosas” existentes en Francia basándose en el denominado “*Rapport Madoz*”<sup>213</sup>, en el que se denunciaba el enorme coste que para Francia representaba la presencia de importantes comunidades de origen inmigrante. En ese contexto de creciente politización del fenómeno de la inmigración la derecha tradicional desplazó su discurso hacia posiciones restrictivas asumiendo con objeto de atraer el voto de los sectores más conservadores de la sociedad francesa tentados por el discurso xenófobo del FN.

Tras la aprobación de la Ley Pasqua, y según se iban aplicando controles y dejando de renovar títulos, buen número de personas en situación administrativa irregular fueron perdiendo el derecho de acceso al sistema sanitario a través de la cobertura de

---

*titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour*” (Gisti, 2000: 101).

<sup>212</sup> En la práctica eso dependía por supuesto de que el empleador pagase las contribuciones a la SS por ese trabajador, lo cual resultaba harto infrecuente habida cuenta de los incentivos para defraudar derivados de la situación de irregularidad administrativa de esos trabajadores (Urban, 1991: 339).

<sup>213</sup> El argumento central de dicho “informe” giraba en torno al coste social y económico que suponía para Francia la presencia de los inmigrantes. Basándose en una interpretación sesgada de los datos, y en un manejo interesado de las estadísticas Pierre Milloz, director del “consejo científico” del FN, y autor de dicho trabajo, concluía que la desproporción entre lo aportado por los inmigrantes a la sociedad francesa, y el coste que éstos suponían para la sociedad de acogida arrojaba un balance extremadamente negativo (y cuantificable en unos 211.000 millones de francos anuales, aproximadamente la mitad de los ingresos del impuesto sobre la renta). Además, calculaba en un millón los empleos ocupados por extranjeros a despecho de los desempleados franceses. La fórmula cualitativa para resolver ambos problemas era obviamente la “repatriación” de los inmigrantes, y la aplicación de la “*préférence nationale*”.

la AM (el mecanismo “normal”). Los efectos de estas medidas se vieron además agravados por las prácticas ilegales de los organismos gestores de la SS. Según una sentencia del *Conseil Constitutionnel* del 13 de agosto de 1993, que recordaba lo establecido por el propio código de la SS, las cajas de la SS debían mantener vigentes los derechos sociales de una persona durante los 12 meses posteriores a la desaparición de las condiciones por las que se abrió inicialmente el derecho a dichas prestaciones. En la práctica las CPAM, siguiendo las indicaciones de varias circulares emitidas por el Ministerio y por la propia CNAM, cancelaban dichos derechos desde la misma fecha en que expiraba el permiso de residencia del trabajador inmigrante. El *Conseil d'État* se manifestó en tres ocasiones contra dichas medidas restrictivas de los derechos de los inmigrantes irregulares, pero las autoridades no llegaron a publicar nuevas circulares anulando las anteriores, de modo que las prácticas ilegales continuaron produciéndose pese a las denuncias de las asociaciones de defensa de las poblaciones de origen inmigrante.

La denegación ilegal de derechos a los inmigrantes irregulares por parte de las agencias de la SS se había venido produciendo de hecho desde mucho antes de la aprobación de la Ley Pasqua, por lo que en realidad esta legislación tan solo vino a legitimar dichas prácticas. Como Gerard Moreau, director de la *Direction de la Population et des Migrations* (DPM) reconocía durante su comparecencia ante la *Commission d'enquête sur l'immigration clandestine et le séjour irrégulier d'étrangers en France* organizada por la *Assemblée Nationale* a finales de 1995, “*Un certain nombre de caisses d'assurance maladie ont anticipé sur la loi de 1993, c'est-à-dire qu'elles refusaient les prestations maladie aux adultes en situation irrégulière alors qu'aucun texte réglementaire ne le leur permettait et sans que les tutelles les en aient empêchées pour tout dire, car les tutelles prenaient leurs responsabilités. Nous le savions, mais nous pensions qu'il fallait que le législateur 'bouge', si je puis dire, et il a fini par bouger. L'assurance maladie n'est plus remboursée aux étrangers adultes en situation irrégulière*”(Assemblée Nationale, 1996: 72). Como

señalaba Moreau las prácticas restrictivas ilegales<sup>214</sup>, conocidas por las autoridades, no eran corregidas ya que desde determinadas instancias de la administración se creía necesaria una restricción de los derechos de acceso a la AM como la finalmente adoptada por la Ley Pasqua en 1993.

La Ley Pasqua afectó también al funcionamiento interno de las administraciones de la SS que, por primera vez en su historia, debían recoger información acerca de la nacionalidad de sus afiliados, pudiendo acceder a los ficheros de la Prefectura y de la DDASS para verificar la regularidad de la residencia de los afiliados. Los funcionarios de las distintas administraciones tenían además la obligación de notificar a la policía la presencia de extranjeros en situación irregular, bajo amenaza de sanciones por “*aide au séjour des irréguliers*”. La aplicación de estas disposiciones dio pie a temores (y en algunos casos a prácticas verificadas) de notificación a la policía de los datos de inmigrantes irregulares a los que se había denegado la afiliación por parte de alguna agencia de la SS<sup>215</sup>. En otras ocasiones los funcionarios públicos denunciaron abiertamente el carácter represivo de dichas medidas y, amparándose en su propia deontología profesional,

---

<sup>214</sup> Como señala Lipski, “*It is naive to accept the rhetoric of public officials that their actions have the incidental effect of limiting or discouraging client demands. Rather, the opposite assumption is more useful analytically and more accurate empirically; namely, that public employees and higher officials are aware of the implications of actions taken that effectively increase or decrease client demand. They may deny such intentions publicly, of course, since their jobs require obeisance to norms of public service. They may not favour such policies personally, and they may regret that funding limitations preclude being able to serve more clients. Nonetheless, it is appropriate to assume that public agencies are responsible for rationing implications of their actions*” (Lipski, 1980: 104).

<sup>215</sup> A modo de ejemplo, la CPAM del departamento de *Bouches-du-Rhone* recomendaba a sus empleados que en caso de denegación de una solicitud de afiliación por situación irregular del solicitante se enviase notificación al interesado, y copia a la Prefectura.

explicitaron su rechazo a la aplicación de dichas cláusulas de la Ley<sup>216</sup>.

Tras la aplicación de esta ley, el acceso de los inmigrantes irregulares a las prestaciones del sistema sanitario público francés quedó reducido a la *Aide Médicale*<sup>217</sup>. El borrador inicial de la Ley Pasqua había intentado reducir el ámbito de aplicación de la *Aide Médicale*, de modo que los inmigrantes indocumentados tan solo pudiesen acceder a la atención hospitalaria en caso de urgencias, o de enfermedades infectocontagiosas. El rechazo radical de estas medidas por parte de la oposición<sup>218</sup>, y la opinión contraria de la propia Ministra de Sanidad Simone Veil, mantuvo sin embargo la cobertura de la *Aide Médicale* en las mismas condiciones vigentes hasta ese momento.

A mediados de 1996, las conclusiones del informe elaborado por la *Commission d'enquête sur l'immigration clandestine et le séjour irrégulier d'étrangers en France*, constituida por una mayoría de diputados conservadores, volvían a insistir sobre la supuestamente excesiva generosidad de la regulación de la *Aide Médicale*; sobre el incentivo que esto suponía para la permanencia en Francia de inmigrantes indocumentados; así como sobre la conveniencia de restringir las prestaciones hacia esos colectivos a

---

<sup>216</sup> Un claro ejemplo de esto puede verse en la comparecencia de Christophe Devys y Elisabeth Aoun responsables de la agencia hospitalaria de París, ante la comisión parlamentaria antes citada, en la que defendieron el derecho de los empleados públicos a negarse a denunciar a los inmigrantes indocumentados amparándose en su deontología profesional, "*quand elles ne veulent pas donner de renseignements, nous ne pouvons pas les y obliger, leurs règles déontologiques priment*" (Assemblée Nationale, 1996: 227).

<sup>217</sup> *Hospitaliere* si llevaban menos de tres años de residencia en Francia, *Hospitaliere* y *Domiciliere* cuando pudieran demostrar una residencia ininterrumpida en territorio francés superior a ese tiempo

<sup>218</sup> Según afirmaba una declaración del Partido Socialista ante el *Conseil Constitutionnel*, y firmada por personalidades importantes de dicho partido como Chevènement, Fabius o Lang, "*les prestations sociales et surtout d'aide sociale sont constitutionnellement dues à toute personne qui remplit les conditions d'obtention qu'impose leur objet, et de ce point de vue la nationalité ne constitue pas un critère admissible (...) ni davantage le caractère régulier ou irrégulier du séjour en France*" (citado en Gisti, 2000: 105).

la atención de urgencias, y al tratamiento de las enfermedades infectocontagiosas<sup>219</sup>.

### *3.2.3.2. Elaboración de la Ley de Couverture Maladie Universelle (CMU)*

El tema de la universalización de la cobertura sanitaria reaparece con fuerza en la agenda política francesa en la segunda mitad de la década de los 1990s, en buena medida como respuesta a las consecuencias de las medidas restrictivas introducidas por la Ley Pasqua; y planteado por organizaciones del tercer sector que denunciaban la existencia de desigualdades significativas en el acceso a la sanidad en Francia. Estas expresiones de preocupación se vieron respaldadas por la evidencia empírica generada por una serie de estudios publicados por esas fechas, y que mostraban las dificultades de acceso al sistema sanitario para los sectores más desfavorecidos de la sociedad francesa por la existencia de importantes obstáculos económicos (“ticket moderador”, *forfait hospitalier*, *Secteur II*, adelanto del coste de la atención sanitaria, etc), y administrativo-burocráticos (gran complejidad de los mecanismos de apertura de derechos)<sup>220</sup>. En ese contexto, los

---

<sup>219</sup> Como señalaba la diputada encargada de elaborar dichas conclusiones, Mme. Sauvaigo, “*Compte tenu de la facilité avec laquelle peut être obtenu le bénéfice de l’aide médicale hospitalière et du champ très large des prestations couvertes par cette aide, l’application du dispositif issu de la loi du 24 août 1993 se traduit, en fait, par un simple transfert de la prise en charge des frais médicaux engagés par les étrangers en situation irrégulière de la SS à l’aide sociale (...) cette situation n’est pas acceptable, car le fait que les dépenses considérées incombent aux organismes de sécurité sociale ou aux départements et à l’État est sans aucune incidence sur la perception qu’ont les étrangers des facilités que leur offre notre pays pour accéder à des soins médicaux. Autrement dit, ce n’est évidemment pas le changement d’imputation budgétaire des dépenses de santé que peut en quoi que ce soit diminuer l’attractivité que constitue la possibilité de bénéficier en France de soins médicaux, véritable incitation au séjour même irrégulier*” (Assemblée Nationale, 1996: 95).

<sup>220</sup> Un estudio del CREDES de 1997 estimaba que un 84% de la población disponía de cobertura complementaria que asumía el importe del ticket

dispositivos de precariedad gestionado por las ONGs contribuyeron a paliar las situaciones más drásticas derivadas de dicha exclusión, proyectándose estas organizaciones también como agentes activos en la reivindicación de una universalización efectiva del acceso a la sanidad.

La movilización por la extensión de la cobertura sanitaria para los inmigrantes en situación irregular formaba parte de este movimiento más amplio de lucha contra la exclusión; pero estuvo marcada por sus propios hitos simbólicos y legislativos. Como ya vimos en la sección anterior, la creciente politización del tema de la inmigración, la aplicación de una política migratoria restrictiva, y la existencia de un contexto socio-económico propiciador de procesos de exclusión social, habían contribuido a la aparición de un importante colectivo de inmigrantes en situación administrativa precaria, y sin acceso a una atención sanitaria normalizada. La promulgación de la Ley Pasqua marcó el punto álgido en el proceso de precarización y merma de los derechos de los inmigrantes indocumentados, confiriendo carácter de norma legal a la exclusión de dichos colectivos de la asistencia sanitaria.

La actuación del “*poverty lobby*” defensor de los derechos de los inmigrantes en situación administrativa precaria alcanzó el máximo eco mediático durante la movilización del colectivo de “*sans-papiers*” encerrados en la iglesia de Saint-Bernard en junio de 1996. Los encerrados consiguieron el apoyo de amplios sectores de la sociedad francesa, contrarrestando así en cierta medida el discurso restrictivo sobre la inmigración que había primado en la escena política francesa durante los años precedentes, y obligando a la izquierda moderada a proponer alternativas políticas generosas en un terreno sumamente espinoso.

---

moderador, aunque el porcentaje de no cobertura se elevaba al 51% entre aquellos colectivos con un nivel de renta inferior a 2.000 francos per capita al mes (Borgetto y Lafore, 2000: 32). Además, se calculaba que la complejidad de los circuitos administrativos encargados de gestionar el programa de *Aide Medicale* dejaban a una población estimada en al menos unas 150.000 personas sin ningún tipo de cobertura sanitaria.

La victoria del Partido Socialista en las elecciones generales de junio de 1997 supuso un importante cambio de enfoque en la cuestión de las políticas migratorias, así como en la aproximación al fenómeno de la exclusión social. En el ámbito de la inmigración el gobierno de Lionel Jospin aprobó la Ley Chevènement, con la que se pretendía suavizar algunos de los aspectos más restrictivos de las leyes promulgadas por los gobiernos precedentes. Dicha Ley mantuvo sin embargo la supeditación del acceso a la SS a la legalidad de la residencia, por lo que la legislación sobre universalización del derecho de acceso al sistema sanitario que se planeaba elaborar habría de mantener dicha vinculación entre legalidad de la residencia, y derecho de acceso a los programas de aseguramiento de la SS.

En el contexto de la elaboración y discusión parlamentaria de la *Loi de lutte contre les exclusions* (definida como una de las prioridades políticas del gobierno de Lionel Jospin), el diputado socialista Jean-Claude Boulard fue encargado de redactar un proyecto de ley de *Couverture Maladie Universelle* (CMU) que estableciese una cobertura universal en el marco del *Régime Général* de la AM; suprimiendo los complejos esquemas de aseguramiento (*Aide Médicale, Assurance Personnelle*) que hasta esa fecha habían proporcionado cobertura sanitaria a los sectores más desfavorecidos de la sociedad francesa<sup>221</sup>.

Dicho objetivo de universalización de la cobertura sanitaria podía ser planteado de acuerdo a dos lógicas muy diferenciadas: vinculando estrictamente el derecho de acceso a la residencia (a la británica); o bien utilizando el criterio de residencia de un modo

---

<sup>221</sup> En noviembre de 1995 el gobierno conservador de Alain Juppé ya había propuesto la elaboración de una ley de universalización de la cobertura sanitaria básica en el marco de un proyecto más amplio de reforma del conjunto de los mecanismos de protección social en Francia. Dicho proyecto, que introducía el principio de residencia como complementario al de aseguramiento, y que pretendía homogeneizar el conjunto de los regímenes aseguradores existentes con objeto de igualar los derechos y las prestaciones de toda la población, quedó paralizado en mayo de 1997 por la disolución de las Cámaras y la convocatoria de elecciones.

secundario al de aseguramiento (siguiendo la lógica de superposición de esquemas sobre la base del aseguramiento vinculado a la participación en el mercado de trabajo). Técnicamente tentador, el primer modelo habría supuesto una transformación radical del sistema de aseguramiento establecido en Francia tras la IIª GM, pero se hubiera enfrentado a la oposición frontal de una multiplicidad de intereses perjudicados por un cambio de tal magnitud en la estructura de provisión y financiación de la asistencia sanitaria pública. La única alternativa realmente viable era pues añadir un nuevo esquema de aseguramiento a los ya previamente existentes con el objetivo de taponar las fisuras en el rango de cobertura sanitaria dejadas por el conjunto de esquemas vigentes.

Fiel a esta lógica la Ley CMU no pretendía alterar radicalmente la estructura del sistema de provisión y financiación de servicios sanitarios, ni ampliar el abanico de derechos de los colectivos más desfavorecidos, sino únicamente facilitar el acceso a los derechos ya existentes a las personas excluidas a través de una serie de modificaciones en el funcionamiento del sistema de SS. Gestionada por las mismas agencias del sistema de la SS que se ocupaban de la AM, la CMU debía funcionar como una prestación del estado basada (una vez más) en el criterio de “*solidarité nationale*”, superando el carácter marcadamente discrecional de la legislación sobre asistencia social vigente hasta ese momento.

En su primer informe redactado tras recibir el encargo de elaborar el proyecto de ley de CMU, y presentado en agosto de 1998, Boulard señalaba la necesidad de oponerse a un sistema sanitario a dos velocidades con “filiales” para pobres (una fórmula discursiva cuasi-ritual en las críticas de sindicatos y partidos de izquierda a las reformas del sistema sanitario), al tiempo que criticaba la organización del sistema de aseguramiento sanitario vigente en Francia tanto desde un punto de vista organizativo, como de eficiencia económica. Según esta primera declaración de intenciones, la ley de CMU debería “*permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit, réellement exercé de se*

*soigner*” (citado en Gisti, 2000: 105). Tal y como reclamaban los actores sociales movilizados contra la exclusión social, Boulard proponía un acceso universal al sistema sanitario basado en la residencia, sin consideración de la legalidad de la misma, justificando la necesidad de dicha extensión de la cobertura sanitaria en consideraciones de salud pública<sup>222</sup>.

Contrariamente a lo inicialmente declarado, el proyecto de ley presentado por Boulard unos meses más tarde mantenía la legalidad de la residencia como condición previa a la apertura de derechos a la SS. Pese a repetir incesantemente que el acceso a la atención médica constituye un derecho humano universal, este diputado confesaba durante la primera lectura parlamentaria de su proyecto de ley la inoportunidad de una modificación legislativa en esa dirección; “*en effet, j’avais soulevé cette question dans mon rapport. Cependant, il n’apparaît pas souhaitable, à l’occasion de la CMU, de rouvrir le débat sur les personnes en situation irrégulière. Le critère de régularité de la résidence est aujourd’hui applicable pour l’affiliation au régime de base. Il n’a pas semblé opportun de le modifier*” (Assemblée Nationale, 2e séance, 28 abril 1999: 3767). Frente a los partidos conservadores (que proponían la denegación de toda cobertura para los inmigrantes indocumentados), y a los diputados comunistas (que proponían una total equiparación de derechos para toda persona presente en territorio francés), el gobierno de la “izquierda plural” optó por mantener una posición intermedia que le permitiese aparecer como el defensor de un compromiso entre extremos. Esta postura resultaba coherente con el propósito del gobierno de

---

<sup>222</sup> Como señalaba en su informe preliminar, “*S’agissant de l’accès aux soins, qui ne renvoi pas seulement l’intérêt de la personne mais aussi à l’intérêt de la collectivité d’accueil, compte tenu des problèmes de santé publique, il est possible de se demander si le moment n’est pas venu de mettre fin à deux distinctions: accès à l’hôpital et accès à la médecine de ville (distinction utilisée en matière d’aide médicale aux étrangers); résidence régulière et résidence sans titre de séjour. Ne faut-il pas mettre en oeuvre le seul critère de résidence durable pour ouvrir le droit à l’affiliation au régime de base et l’accès à la couverture complémentaire?*” (citado en Gisti, 2000: 105).

mayoría socialista de reducir la preeminencia del tema de la inmigración en la agenda política francesa tras muchos años de ocupar un lugar central en el debate político de ese país.

Pese al mensaje de firmeza enviado con el mantenimiento de la condición de legalidad de la residencia para la afiliación a la SS, el gobierno hizo importantes concesiones en cuanto al rigor y la intensidad con la que se había de aplicar dicho criterio de regularidad de residencia. Así, el borrador inicial del decreto de aplicación de la nueva Ley, que preveía el condicionamiento del acceso a la CMU a la posesión de un título de residencia de una duración superior a tres meses (al tiempo que elaboraba un listado de los permisos considerados como válidos para certificar dicha residencia), fue modificado de acuerdo con las reivindicaciones de las organizaciones del tercer sector<sup>223</sup>, y adaptado para responder a las críticas del *Conseil d'État*<sup>224</sup>.

Esta combinación de mantenimiento de restricción legal, y relativa flexibilidad en la definición de los mecanismos por los que había de aplicarse dicha restricción nos sitúa de nuevo en un

---

<sup>223</sup> La *Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux* (UNIOPSS), organización que agrupa a la mayoría de asociaciones de acción social y sanitaria sin ánimo de lucro de Francia, actuó como grupo de presión ante las autoridades públicas, las administraciones y los organismos de la SS durante el proceso de elaboración de la Ley de la CMU. Tal y como exigían dichas organizaciones, ni la Ley finalmente publicada a principios de diciembre de 1999, ni la *Guide de la personne-relais* de la CMU (guía de aplicación de la Ley) editada por el Ministerio de Empleo y Solidaridad unas semanas antes de la entrada en vigor de la Ley el 1 de enero de 2000, fijaban de modo explícito el tipo de permiso de residencia necesario para justificar el acceso al sistema sanitario básico, dando así pie a que dicha residencia pudiera ser justificada con una gran variedad de documentos (permisos de toda duración, justificantes de primera demanda de permiso de residencia o de asilo, notificación de cita ante la Prefectura para evaluación de situación administrativa, etc).

<sup>224</sup> En su sentencia relativa a dicha propuesta de decreto el *Conseil d'État* invalidaba la lista restringida de títulos y permisos de residencia propuesta por el gobierno, y la reemplazaba por un requerimiento más laxo definido en términos de “regularidad en relación con la legislación sobre la estancia de extranjeros en Francia en la fecha de su afiliación a dichos esquemas”.

contexto en el que el coste político de introducir modificaciones a una política restrictiva previamente aplicada resulta mayor que el que se deriva de una aplicación laxa (o incluso de la no aplicación), de dicha política (como en el caso de las *charges to overseas visitors* en el RU). El principal inconveniente derivado de esta combinación de políticas estriba en la introducción de un mayor margen para la discrecionalidad (y por lo tanto para la arbitrariedad) administrativa.

Las opiniones de otros colectivos implicados en la provisión de servicios socio-sanitarios fueron también incorporadas a la redacción final del texto de la Ley CMU. Así, mientras en el primer borrador de dicha Ley se planteaba que las personas sin recursos fuesen directamente exoneradas del “ticket moderador”, la oposición de los sindicatos a la creación de un sistema de reembolso modulado por nivel de renta llevó a establecer de nuevo la figura del “*tiers payant*” (en este caso el estado), que se haría cargo de la cobertura complementaria. La profesión médica fue sin embargo la gran ausente durante la elaboración de dicha Ley, lo cual puede tener importantes repercusiones en la aplicación de la CMU, fundamentalmente a nivel de la atención primaria.

El proyecto de ley de CMU se estructuró en base a cinco principios generales: universalidad, inmediatez, automaticidad, continuidad de derechos, y gratuidad condicionada a recursos<sup>225</sup>

---

<sup>225</sup> El principio de universalidad trataba de avanzar en la dirección emprendida más de cincuenta años antes, y de acuerdo con la cual toda persona residente en Francia de modo regular y estable había de estar obligatoriamente afiliada a algún régimen de aseguramiento sanitario del sistema de SS. De acuerdo con los principios de inmediatez y de automaticidad, el acceso tanto a los esquemas de aseguramiento regulados por esta Ley, como a las prestaciones del sistema sanitario, debían ser prácticamente instantáneos desde la presentación de la solicitud de afiliación. El concepto de continuidad de derechos estipulaba que los regímenes profesionales de aseguramiento habían de modificar su funcionamiento de modo que ningún afiliado pudiera ser excluido de un fondo asegurador hasta que éste hubiera sido dado de alta en otro esquema, lo cual implicaba que, una vez dentro, nadie podría salir del sistema de aseguramiento sanitario a no ser que dejase de residir en Francia. Por último, el principio de gratuidad condicionada a recursos implicaba que el acceso al aseguramiento

(Borgetto, 2000: 32). Aplicando esos cinco principios (con grados variables de consistencia), la Ley CMU establece tres esquemas básicos de aseguramiento destinados a garantizar el derecho fundamental de acceso a la atención sanitaria a todo residente en Francia.

El primero de dichos esquemas es el de la CMU de base, que sustituye a la *Assurance Personnelle* y que garantiza la afiliación al *Régime Général* de la *Assurance Maladie* a toda persona residente en Francia de forma estable y regular que no tenga cobertura sanitaria (ya sea a través de su participación en el mercado de trabajo, percepción de subsidio público, o relación de dependencia familiar con alguna persona asegurada)<sup>226</sup>. La presentación de una solicitud de afiliación a la CMU de base bajo condición de residencia debería suponer la apertura automática de derechos, y el acceso inmediato a todas las prestaciones del sistema sanitario francés en las mismas condiciones que cualquier otro afiliado de la AM. Aquellas personas que superen los 42.000 francos anuales de renta han de cotizar a dicho sistema una tasa del 8% de la cantidad situada por encima de dicho umbral<sup>227</sup>. En el momento de redactar esta Ley se calculaba que la correcta aplicación de este esquema permitiría incorporar al sistema

---

sanitario gratuito había de estar garantizado para todas aquellas personas cuyo nivel de renta se encontrase por debajo de un determinado umbral.

<sup>226</sup> Como reconocía la Ministra Aubry en su comparecencia ante la Comisión de Asuntos Sociales del Senado que discutía el proyecto de ley CMU, este esquema está parcialmente basado en los trabajos realizados por el anterior gobierno conservador encaminados a la creación de un mecanismo de aseguramiento sanitario universal de carácter básico (Sénat, n° 376, sesión 26 mayo 1999).

<sup>227</sup> La aplicación del criterio de continuidad de derechos implica que el impago de dicha tasa por parte de un asegurado no autoriza al régimen asegurador del cual dependa a suspender sus derechos, lo cual ejemplifica de modo muy claro la fricción entre la filosofía de aseguramiento propia de un sistema de seguridad social como el francés, y la lógica de derecho de acceso a la asistencia sanitaria característica de un sistema universalista que pretende ser introducida con esta Ley.

sanitario a las más de 150.000 personas residentes en Francia y que carecían de cobertura sanitaria.

El segundo esquema instituido por la nueva Ley es el de la CMU complementaria. La cobertura parcial de los gastos sanitarios a cargo del esquema de la AM derivada de la aplicación del principio de “ticket moderador” generaba una importante barrera de acceso para las personas que no podían financiarse un seguro complementario. La CMU complementaria está diseñada para cubrir los huecos dejados por el antiguo esquema de la *Aide Medicale*. La concesión de la admisión a este esquema, condicionada a la no superación de un umbral de recursos definido a nivel estatal, dispensa del adelanto de los costes de atención médica, y cubre totalmente tanto el “ticket moderador”, como el “*forfait journalier*” hospitalario. Este esquema fue diseñado para incorporar al 10% de la población francesa (unos 6 millones de personas) que corrían el riesgo de renunciar a la atención sanitaria por no poder hacer frente al “ticket moderador”<sup>228</sup>. El acceso al mismo debería ser también más sencillo de lo que lo era el de la *Aide Medicale*, ya que los trámites de apertura de derechos se realizan en la ventanilla única de las CPAMs, y además la Ley estipula un plazo máximo de resolución de las solicitudes de dos meses, con aplicación del “silencio positivo” (según el cual la no respuesta en dicho plazo supone la concesión automática del acceso a la CMU complementaria).

El tercer esquema definido por la Ley CMU es el llamado *Aide Médicale d'État* (AME), heredero del nombre del antiguo programa encargado de asegurar a las personas sin domicilio fijo, reservado a aquellos extranjeros indocumentados, o en situación regular pero que aún no cumplan el requisito mínimo de

---

<sup>228</sup> Como señalaba la Ministra durante el debate parlamentario de la Ley, “*la CMU n’est pas seulement destinée aux exclus. Elle permet a ceux dont l’accès aux soins est particulièrement restreint, pour des raisons qui tiennent à leur revenu, de bénéficier de cette couverture complémentaire complete. Il y aura, bien sûr (...) des exclus, des personnes en fins de droits, mais il y aura aussi des salariés à faible revenus, des artisans, des commerçants, qui ont des faibles revenus et ne peuvent aujourd’hui accéder aux soins*” (Borgetto, 2000: 33).

estabilidad de residencia de tres meses y que por lo tanto estén excluidos de la CMU, y cuya presencia en ese país no sea puramente ocasional<sup>229</sup>. Al igual que ocurría con la antigua *Aide Médicale* desde la aprobación de la Ley Pasqua, la nueva AME ofrece dos rangos de cobertura sanitaria, una total (atención hospitalaria y primaria) para aquellos extranjeros indocumentados que demuestren más de tres años de presencia ininterrumpida en territorio francés; y una cobertura únicamente hospitalaria para aquellos que tan solo puedan justificar una estancia inferior a ese período<sup>230</sup>.

Lo más destacable de este programa es la creación de un esquema oficial de aseguramiento específico para personas que no son oficialmente reconocidas como residentes por las autoridades. De este modo un tanto paradójico se institucionaliza una situación de semi-legalidad que otorga una serie de derechos relativamente restringidos en el ámbito de la sanidad, al tiempo que se limita el acceso al grueso de los derechos sociales, civiles y políticos básicos propios de la ciudadanía.

El sistema de financiación de los nuevos esquemas de aseguramiento ha supuesto una modificación sustancial de la correlación de fuerzas entre actores en el seno del sistema de aseguramiento sanitario francés. Durante la últimas décadas, la voluntad de mantener la vinculación entre cotización y derecho de aseguramiento en un contexto de expansión de la cobertura del

---

<sup>229</sup> Tanto la cláusula de tres meses de residencia ininterrumpida en Francia, como el condicionamiento relativo a la ocasionalidad de dicha presencia tienen por objeto identificar al extranjero de paso, o al turista (equivalente al “*overseas visitor*” británico y que debería estar cubierto por un seguro privado de viaje o por el sistema de seguridad social de su país de origen), del inmigrante extranjero con vocación de permanencia en Francia. En cualquier caso, las urgencias médicas son siempre asumidas por el sistema de SS independientemente del estatus legal de la persona enferma (Circulaire DAS/RV3, 10 enero 2000).

<sup>230</sup> En cualquiera de las dos situaciones la cobertura de la AME incluye a los familiares de los beneficiarios de este esquema, así como la exención del pago adelantado de los gastos sanitarios, siempre condicionado a la no superación de un nivel de renta por parte del solicitante (no explícitamente estipulado y que quedaría al albedrío de la CPAM tramitadora de la solicitud).

sistema de aseguramiento sanitario más allá de la esfera estrictamente profesional había supuesto la aparición de una multiplicidad de flujos financieros entre organismos estatales y los distintos componentes de la nebulosa del sistema de SS<sup>231</sup>. La Ley CMU simplifica considerablemente dichos flujos, al tiempo que establece nuevos mecanismos de compensación para el organismo gestor de la AM para la afiliación de los millones de nuevos beneficiarios de los esquemas de aseguramiento recién creados. Avanzando en la tendencia previamente descrita hacia una creciente implicación estatal en la financiación del sistema de aseguramiento sanitario, las nuevas fuentes de ingresos proceden fundamentalmente de impuestos recaudados por el estado y que pasan a ser parcialmente transferidos a la CNAM<sup>232</sup>. Además de esto, la administración central financia la CMU complementaria y la AME a través de un fondo de nueva creación (el *Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie*), al cual han de contribuir también las mutualidades y sociedades aseguradoras con una tasa equivalente al 1,75% de su volumen anual de negocio sanitario<sup>233</sup>.

---

<sup>231</sup> Así, la *Assurance Personnelle*, gestionada por la CNAM, era financiada por la *Caisse Nationale des Allocations Familiales* (CNAF) si el asegurado recibía el subsidio de apoyo a la familia, por el *Fonds de Solidarité Vieillesse* (FSV) si era beneficiario del subsidio especial para la vejez, por los departamentos para aquellos que no estando en ninguna de las situaciones anteriores tuviesen fijada una residencia estable, y por el gobierno central en el caso de que el asegurado no tuviese un domicilio fijo.

<sup>232</sup> De este modo, las recaudaciones del impuesto sobre los vehículos a motor, así como un porcentaje de los “*sin taxes*” que gravan el consumo de alcohol y el tabaco, y una parte del impuesto CSG han sido transferidos a la CNAM. Estos porcentajes variables son determinados anualmente en los presupuestos generales del estado (fijados para el año 2000 en el 5% del impuesto sobre el alcohol y el 7,58% de la tasa sobre el tabaco).

<sup>233</sup> La dificultad de ajustar a priori el nuevo sistema de financiación al coste de los nuevos esquemas gestionados por la CNAM ha hecho temer a algunos analistas que el balance de aplicación de la nueva Ley pudiera ser netamente negativo para este organismo, con lo que se podría poner en peligro la futura viabilidad financiera del sistema de aseguramiento sanitario, (acelerando quizás

Otra de las consecuencias derivadas de la aplicación de la CMU ha sido una mayor centralización de las competencias sanitarias en manos de la administración central del estado a través de una reabsorción de la responsabilidad sobre la gestión de los programas de aseguramiento complementario, hasta la fecha en manos de los *Conseils Généraux* de los departamentos (Marié, 2000: 9). El objetivo último de esta medida es eliminar las arbitrariedades generadas por la desigual aplicación de la política de *Aide Médicale* por los departamentos, que generaban una importante ruptura en el principio de igualdad, al establecer procedimientos de actuación y umbrales de renta sustancialmente diferentes en distintas partes del país.

La Ley CMU supone un paso considerable en el proceso de desvirtuación de la filosofía de aseguramiento propia de un sistema de seguridad social, y un acercamiento a los modelos de sistemas sanitarios financiados principalmente a través de los presupuestos generales del estado.

#### 3.2.4. Disonancias entre políticas y prácticas

El estudio del sistema sanitario francés presentado en las secciones anteriores nos ha permitido plantear la complejidad de su estructura, así como introducir la noción de la confrontación de filosofías derivada de la tradicional división de funciones entre los organismos responsables de la financiación del sistema, y las organizaciones encargadas de la provisión de servicios sanitarios. Del mismo modo hemos señalado la multiplicidad de agentes implicados en el ámbito de la oferta de prestaciones sanitarias, y sus estructuras de intereses diferenciadas (profesionales médicos, gestores y políticos a nivel hospitalario, médicos de atención primaria concertados con la SS, médicos adscritos al llamado *Secteur II*, ONGs, etc).

---

con ello una mayor implicación directa del estado en la financiación de este sistema de aseguramiento).

Tras la superposición de esquemas asistenciales diseñados por las autoridades sanitarias francesas para universalizar el rango de cobertura del sistema sanitario los huecos aparecidos en dicha cobertura pueden ser atribuidos a dos factores claramente diferenciados: la voluntad política de exclusión de determinados colectivos, y la existencia de intersticios en los equilibrios institucionales por los que algunas categorías precarizadas quedarían excluidas del sistema sanitario público. En las páginas anteriores nos hemos centrado con detalle en las consecuencias de la politización del acceso de los extranjeros al sistema sanitario, por lo que ahora giraremos nuestra atención hacia las prácticas de actuación de los distintos actores y organizaciones implicados en la provisión de servicios sanitarios, y en el impacto que éstas han tenido sobre el rango de cobertura efectivo del sistema sanitario público francés.

Contrariamente a lo ocurrido en el caso del NHS británico, las medidas restrictivas del acceso de los extranjeros al sistema sanitario introducidas a principios de la década de 1990 estaban en concordancia plena con las prácticas de control de elegibilidad tradicionales de las agencias encargadas de la gestión de la SS francesa, por lo que la aplicación de las mismas tuvo bastante más éxito que el obtenido por medidas de similar naturaleza en el RU. De hecho, dicha normativa restrictiva vino tan solo a refrendar algunas prácticas informales de negación de derechos aplicadas por las agencias de la SS a las que hicimos referencia en páginas anteriores. Las prácticas expansivas de la CMU han supuesto de hecho una ruptura del “*habitus*” de las agencias de la SS, por lo que la incertidumbre permanece en relación con las posibilidades reales de que el sistema de aseguramiento sanitario francés se adapte a la filosofía de presunción de derecho y universalidad que se pretendía implantar con la Ley CMU.

Como ya vimos anteriormente, los incentivos para la exclusión de pacientes en situación administrativa precaria por parte de los hospitales se fueron incrementando según se reforzaban los constreñimientos presupuestarios. La ineficiencia de las circulares (en las que se conminaba a los hospitales a continuar cumpliendo

la función de vía de acceso preferente al sistema sanitario para las poblaciones más precarizadas) para alterar dichas estructuras de incentivos llevaron a las autoridades sanitarias a financiar la creación de consultas médico-psico-sociales específicas encargadas de facilitar la normalización de la situación administrativa de los pacientes más precarizados. Pese a esto, dos años después de la creación de la figura jurídica de las PASS (*Permanances d'Accès aux Soins de Santé*), la mayoría de los hospitales públicos aún no habían establecido un programa de este tipo, y tan solo aquellos hospitales que no habían esperado al requerimiento oficial para crear dichos esquemas especializados cumplían con los requerimientos de las autoridades sanitarias estatales.

El papel de la profesión médica en la provisión de atención sanitaria a las poblaciones precarizadas presenta similares claroscuros. Pese a la existencia de numerosos ejemplos de atención médica voluntaria y sin ánimo de lucro durante los años en que la legislación denegaba la atención sanitaria normalizada a los colectivos inmigrantes en situación administrativa precaria, los márgenes de arbitrariedad abiertos por los espacios de “no derecho” aparecían también claramente vulnerables a la denegación de atención médica en otros muchos casos<sup>234</sup>. El éxito de la profesión médica en imponer su modelo de práctica liberal de la medicina en el ámbito de la atención primaria en Francia (complejizada por la existencia de mecanismos de co-pago, y de avance de los costes de tratamiento), implicó el mantenimiento de una relación monetaria entre médico y paciente, y con ello la

---

<sup>234</sup> Noëlle Lasne, durante años directora de la *Mission Solidarité France de Médecins sans Frontières* (MSF), se mostraba extremadamente crítica con el mito de que, “*si l'on est 'vraiment malade', on se fait 'finalement soigner'*”. Según ella, esta falsa idea, sustentada sobre la hipótesis errónea de que la ética médica actúa como mecanismo inhibitor de las dificultades de acceso al sistema sanitario, es la que permitía reproducir los patrones de exclusión sanitaria para amplios sectores de la población. Como afirmaba irónicamente, “*Puisque chaque médecin, lié par le serment d'Hippocrate, a une obligation de soin, les exclus des soins, ça n'existe pas*” (Lasne, 1991: 13).

pervivencia de las barreras financieras de acceso para los colectivos más desfavorecidos (que no eran reembolsados por los esquemas de aseguramiento sanitario, y por lo tanto habían de asumir la totalidad del coste de la consulta) entre ellos los inmigrantes en situación mas precarizada; generando simultáneamente una estructura de incentivos poco favorable a la práctica altruista de la medicina por parte de los facultativos. Esta situación se vio agravada en el caso de los facultativos incluidos en el llamado *Secteur II* (de honorarios libres), donde se constató la negación sistemática de atención médica a personas sin recursos procedentes de los esquemas de aseguramiento público de carácter asistencial (ya que la cobertura de aseguramiento de dichas personas es limitada y ajustada a las convenciones firmadas entre las autoridades sanitarias y la profesión médica, y por lo tanto no cubre los honorarios fijados libremente por estos facultativos).

Entre esta compleja red de instituciones y actores implicados en la definición efectiva del rango de cobertura del sistema sanitario público francés, el papel de las ONGs resultó fundamental. Si en ocasiones estas organizaciones atendían a los pacientes excluidos de la atención primaria, o rechazados por los hospitales; en otras actuaban en connivencia con profesionales sanitarios de su confianza en los centros hospitalarios a los que derivaban a sus pacientes necesitados de atención hospitalaria. Además, como ya vimos anteriormente, estas organizaciones intervinieron también como grupo de presión en la escena política para conseguir la inclusión de estos colectivos precarizados en el "*droit commun*". Así, en febrero de 1999 un grupo de organizaciones del tercer sector constituyeron el *Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers* (ODSE)<sup>235</sup>, con el objetivo de supervisar el proceso de elaboración y discusión del proyecto de ley de CMU; de influir en el mismo para tratar de garantizar el

---

<sup>235</sup> La composición de dicho grupo ha sido variable a lo largo de su hasta ahora corta vida, pero entre los miembros fundadores y aún activos se encuentran organizaciones y asociaciones dedicadas a la defensa de los derechos de los inmigrantes desde su trabajo en los ámbitos socio-sanitario (*Medecins du Monde*, *Comede*, *Cimade*), y jurídico (*Gisti*, o *MRAP*).

reconocimiento del derecho universal a la atención sanitaria de acuerdo con lo propugnado por una serie de Acuerdos, Tratados y Declaraciones internacionales ratificados por el estado francés<sup>236</sup>; así como de evaluar el grado de aplicación del nuevo marco normativo una vez aprobado.

La valoración general de la Ley CMU realizada por el ODSE tras la aprobación de esta Ley fue positiva en términos generales, pese a lo cual señalaron una serie de limitaciones en la implementación de la misma que podrían hipotecar la consecución del objetivo de universalización de la cobertura sanitaria (como ya había ocurrido en varias ocasiones desde la promulgación de las *Ordonnances* de 1945). Dichas críticas quedan enmarcadas en dos grandes grupos de cuestiones: la limitación del derecho de acceso al sistema sanitario para algunas categorías de extranjeros en situación administrativa precaria a través de la creación de un esquema residual de aseguramiento (la AME); y la importancia de la supervisión y el control de las prácticas administrativas en la implementación de la nueva normativa.

Como señalan Maille y Veisse (responsables de las áreas jurídica y sanitaria del Comede), la AME puede suponer la sustitución de la precariedad social por la precariedad administrativa como factor de exclusión (Maille y Veisse, 2000: 3). La expansión de la cobertura sanitaria a colectivos que hasta esa fecha veían limitado su acceso real a las prestaciones del sistema sanitario público por su precaria situación económica es valorada positivamente, pero el mantenimiento de la excepcionalidad para los inmigrantes indocumentados es percibido como una última e innecesaria etapa en el larguísimo proceso de universalización de la sanidad en Francia. Como señala además el *Réseau d'alerte sur les inégalités*, la especificidad derivada de la

---

<sup>236</sup> Entre el largo elenco de acuerdos internacionales sobre los que el ODSE argumenta el derecho a la atención sanitaria universal podemos destacar la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, la Convención nº 118 de la OIT, o la Convención Europea de Asistencia Social y Médica auspiciada por el Consejo de Europa y firmada en 1954.

creación de un esquema residual reservado para los inmigrantes indocumentados supone la institucionalización de un sistema de diferenciación de trato entre nacionales y extranjeros contrario al ordenamiento jurídico básico de la República (Lévy, Mony y Volovitch, 1999).

El Gisti además señala que la AME, al ser un programa destinado a una clientela tríplemente excluida (en su condición de inmigrantes, indocumentados, y en situación de precariedad económica), difícilmente podrá recibir una alta prioridad en un contexto de animosidad hacia los extranjeros, políticas migratorias restrictivas, y austeridad presupuesta, por lo que podría funcionar de un modo aún más imperfecto de lo que lo había hecho la desaparecida *Aide Medicale*. Según esta organización, jamás había existido en Francia un esquema de aseguramiento sanitario público para un grupo en situación precaria tan definido, lo cual incrementaría el peligro de estigmatización y de rechazo por parte de los profesionales de la sanidad. Finalmente, el AME era criticado por mantener una dualidad de prestaciones en función de una duración de residencia irregular definida de un modo arbitrario, así como por dejar al extranjero indocumentado con menos de tres años de residencia regular sin atención primaria, forzándole de ese modo a esperar a que su condición sanitaria revista la suficiente gravedad como para poder ser tratado en el hospital, o bien a seguir acudiendo a dispositivos de precariedad como los que se pretendía erradicar con la Ley CMU, todo lo cual resulta éticamente inaceptable (atenta contra la dignidad del hombre), y económica (mayor coste del tratamiento) y sanitariamente eficiente (riesgo para la salud pública) (Borgetto, 2000: 35).

Como señalan diversos autores, la consecución de los objetivos planteados por la nueva normativa en términos de expansión de la cobertura del sistema sanitario público dependería en gran medida de la aplicación que de ella hicieran las CPAM, y el conjunto de profesionales del sistema socio-sanitario (Maille y Veisse 2000: 3; Marié, 2000: 11). De partida, la aplicación del nuevo esquema suponía un enorme reto para las distintas

instituciones del sistema de SS por la ingente labor administrativa que implicaba la entrada en vigor de la nueva normativa el 1 de enero de 2000<sup>237</sup>. El resultado previsible de esa sobrecarga de tareas y responsabilidades era la saturación de las oficinas encargadas de gestionar las solicitudes de acceso a los nuevos esquemas de aseguramiento, lo cual obviamente redundaría negativamente en la aplicación de la nueva Ley.

Más allá de consideraciones coyunturales, otros aspectos permanentes de la nueva legislación modificaban de modo sustancial las prácticas administrativas de gestión del sistema de AM, con el consiguiente riesgo de grados variables de adaptación por parte de las distintas cajas aseguradoras. Como denunciaban las asociaciones de lucha contra la exclusión social, el objetivo de la cobertura sanitaria universal podía verse obstaculizado por la necesidad de verificar el cumplimiento de las condiciones de renta y residencia de los solicitantes, algo que no estaba incluido hasta la fecha en las rutinas de funcionamiento de las CPAMs. Del mismo modo, la filosofía de “presunción de derecho” que pretendía introducirse con la nueva normativa chocaba frontalmente con la tradición de control de elegibilidad del sistema de SS, de lo que se podrían derivar también problemas de adaptación de las prácticas administrativas, y como consecuencia negaciones arbitrarias de derechos. En este caso, aunque con unos efectos exactamente opuestos, la problemática resulta muy similar a la observada en la sección anterior acerca de la implementación de las *Charges to overseas visitors* por parte del NHS. Es decir, la introducción de medidas que chocan frontalmente con las prácticas imbuidas en la filosofía básica de un determinado equilibrio institucional como los sistemas sanitarios públicos, puede resultar en el bloqueo de la implementación de dichas

---

<sup>237</sup> En esa fecha las CPAMs habían de transferir automáticamente a la CMU a todos los beneficiarios del RMI, de la *Aide Medicale*, y de la *Assurance Personnelle*, en total unos 2 millones de beneficiarios. Además debían comenzar a tramitar las solicitudes de los potenciales nuevos beneficiarios de la CMU de base, de la CMU complementaria y de la AME, y todo ello sin mayores recursos económicos o personales.

medidas, o en el mejor de los casos en una aplicación irregular y asistemática de las mismas a lo ancho de la organización.

La reacción de una profesión médica que había estado prácticamente ausente del proceso de redacción de esta Ley suponía otra fuente de incertidumbre en relación con la aplicación de la CMU. Las expectativas no eran halagüeñas ya que los médicos se habían mostrado siempre frontalmente opuestos a cualquier mecanismo de “*third party payment*” como el introducido por la CMU complementaria, o la AME. En particular, se planteaba la duda de cual sería la actitud de los facultativos incluidos en el llamado *secteur II* (un número importante y creciente de los médicos de atención primaria) hacia los pacientes afiliados a los esquemas de aseguramiento creados por la nueva Ley. La introducción de una práctica de exoneración de avance de pago para los afiliados a la CMU complementaria y la AME suponía en principio una incompatibilidad con la consulta a estos facultativos, habida cuenta de la firme determinación de las autoridades sanitarias de no retribuir a los médicos por encima de lo estipulado en las convenciones.

En junio de 2000, escasos meses después de la entrada en vigor de la Ley CMU, la ODSE envió un escrito a la CNAM y a las CPAMs en el que denunciaban las prácticas de negación de derechos a los inmigrantes en situación precaria por parte de dichas organizaciones. En septiembre de ese año representantes de esta plataforma de asociaciones se reunieron con Jean-Marie Spaeth, presidente de la CNAM, con el que coincidieron en constatar la no aplicación de una serie de aspectos de la nueva Ley por parte de las CPAMs. El presidente de la caja nacional de la AM se comprometió a recordar a las cajas primarias los derechos de los extranjeros indocumentados recogidos en la nueva legislación, aunque al mismo tiempo admitió su impotencia para hacerles cumplir la Ley (ODSE, diciembre 2000). Este reconocimiento por parte del presidente de la CNAM resultaba especialmente revelador de las limitaciones experimentadas por los núcleos centrales de instituciones extremadamente complejas

para controlar el funcionamiento cotidiano de la periferia de su propia organización.

Desde el inicio de la aplicación de la nueva Ley CMU diversas organizaciones, incluyendo el ODSE, MSF, y la *Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques* (DREES) han elaborado evaluaciones periódicas de las condiciones de implementación de la misma, incluyendo cuestiones relativas a su impacto sobre la apertura de derechos de acceso al sistema de aseguramiento sanitario para los inmigrantes indocumentados. Las principales conclusiones de dichos estudios apuntan al éxito de los nuevos programas en estabilizar y facilitar el acceso al sistema sanitario para las poblaciones más desfavorecidas en general, aunque algunos de los problemas predichos por las asociaciones de defensa de los inmigrantes en situación precaria se han visto confirmados por las complicaciones encontradas a la hora de garantizar el acceso al aseguramiento sanitario de estos colectivos, en especial al esquema de la AME.

Según los datos publicados por la DREES, a 30 de junio de 2001, es decir 18 meses después de la entrada en vigor de la nueva Ley, cerca de 950.000 personas residentes en Francia metropolitana<sup>238</sup> (1,6% de la población) habían sido afiliados a la CMU de base. El número de personas afiliadas a la CMU complementaria en ese mismo ámbito territorial superaba los 4,7 millones de personas<sup>239</sup>. De los análisis de las asociaciones de defensa de los inmigrantes surgen por supuesto evaluaciones más críticas de las consecuencias de la nueva Ley. Los principales aspectos en que la aplicación de la nueva Ley ha sido deformada

---

<sup>238</sup> Esos datos excluyen a los cerca de 240.000 afiliados a la CMU de base residentes en los territorios de ultramar de soberanía francesa (14% de la población de esos territorios). Los residentes en dichos territorios afiliados a la CMU complementaria eran cerca de 650.000 (39% de la población) (DREES, 2001:2).

<sup>239</sup> En torno al 94% de estos nuevos afiliados a los esquemas de aseguramiento sanitario lo son a través del RG, con solo un 3,1% dependientes de la MSA (régimen agrícola), y el 2,5% de la CANAM (régimen de artesanos, comerciantes y autónomos).

por las prácticas de las instituciones encargadas de su implementación se pueden agrupar en cuatro grandes categorías:

- Creación de ventanillas especializadas para indocumentados en contravención de la normativa de la Ley CMU que exige la existencia de ventanillas únicas con el objetivo de reducir al máximo la complicación de unos trámites ya de por sí complejos, en particular para unas poblaciones precarizadas, integrándolas así en los circuitos generales<sup>240</sup>. Las CPAM de diversos departamentos, incluyendo las de ciudades con una alta concentración de inmigrantes como París o Marsella, han canalizado a los solicitantes de dicho esquema hacia ventanillas específicas para “*sans-papiers*”, argumentado la dificultad de aplicación de la nueva normativa, la falta de medios, y la provisionalidad de dichas medidas de diferenciación. Simultáneamente sin embargo reconocían que la tramitación de los expedientes AME en ventanillas especializadas permitía tratar a unas “*populations en difficulté*” con un personal especializado en la resolución de los problemas específicos de estos grupos, lo cual justificaría la permanencia de dichos esquemas diferenciados. Las ONGs, fieles al ideario republicano, se han negado frontalmente a la aceptación de estas prácticas reivindicando la aplicación del “*droit commun*”<sup>241</sup>.

---

<sup>240</sup> Como se reconocía ya en el *Rapport Boulard* que sirvió de proyecto de ley para la CMU, uno de los mayores inconvenientes de la desviación hacia ventanillas específicas, además de la estigmatización de los colectivos afectados, es la dificultad de coordinación entre agencias dependientes de muy diversas administraciones (por ejemplo los CPAMs dependientes de la CNAM, y los *Centres Communales d'Action Sociale* -CCAS- dependientes de las autoridades municipales), lo cual provoca en gran número de ocasiones el bloqueo de los expedientes considerados “incompletos” por alguna de las partes implicadas en su tramitación (ODSE, 2001: 7).

<sup>241</sup> Como reclama la ODSE en uno de sus informes de evaluación; “*Nous ne contestons pas la compétence de ces agents en matière d'AME. Mais il est impératif que cette compétence ne reste pas confinée dans des structures spécialisées, mais au contraire que l'ensemble des centres puissent recueillir et instruire ces dossiers. L'argument de la spécificité du public sans papiers paraît*

Lo más interesante en este caso, además de las inercias institucionales mostradas por las CPAMs y que las llevaba a mantener una separación entre los canales de tramitación de solicitudes de afiliación al RG y el de la AME, estriba en la utilización del argumento favorable a la existencia de políticas específicas hacia colectivos diferenciados (en este caso en base a un criterio de nacionalidad y regularidad de residencia), rechazado frontalmente por las asociaciones de defensa de los colectivos en situación administrativa precaria.

- Continuidad de las prácticas de comprobación de elegibilidad, en lugar de aplicación del principio de “presunción de derecho”<sup>242</sup> establecido por la nueva Ley para la CMU de base. La filosofía de este aspecto de la reforma chocaba frontalmente con el modo de funcionamiento tradicional del sistema de SS francés (habituado a las listas restrictivas, y a la filosofía de la prueba de elegibilidad), por lo que la variabilidad entre las distintas cajas en el tiempo empleado para la apertura de derechos<sup>243</sup>, y en la actitud ante los inmigrantes en situación administrativa precaria, resultó considerable<sup>244</sup>. La situación de

---

*d'autant moins recevable que la sécurité sociale accueille désormais des précaires (assurables) jusqu'alors contonnés aux circuits 'spécial pauvres'*”(ODSE, 2001: 7).

<sup>242</sup> Apertura de derechos instantánea y previa a la constatación de la legitimidad de la misma, con una validez de dos meses, en los cuales el solicitante habría de aportar la documentación solicitada para justificar su elegibilidad.

<sup>243</sup> La encuesta realizada por MSF sobre una muestra de 2.000 personas que habían tramitado sus solicitudes de apertura de derechos al aseguramiento sanitario a través de esta organización (más de mitad de los cuales eran inmigrantes en situación administrativa precaria), muestra dicha variabilidad, con la CPAM de Lille tramitando instantáneamente el 100% de las solicitudes de CMU de base, y la de Marsella tramitando tan solo el 22% de expedientes de forma inmediata. La media nacional de apertura inmediata de derechos estaba en torno al 55% (MSF, 2000: 6).

<sup>244</sup> Así, mientras algunas CPAM consideraban asegurables en la CMU de base a los extranjeros en situación precaria aplicando la “presunción de derecho”, otras cajas primarias (entre ellas la de París) han emitido circulares internas que volvían a las listas limitadoras de documentos justificadores de residencia

arbitrariedad en la aplicación de la nueva normativa a este respecto mejoró con la publicación de una circular por parte del *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité* en mayo de 2000, en la que se aclaraba el derecho a la AM de los extranjeros en situación irregular que demostrasen haber iniciado algún tipo de trámite para legalizar su situación administrativa en Francia.

Durante los primeros meses de aplicación de la nueva normativa diversas CPAMs restringieron también la duración de la apertura de derechos a los distintos esquemas de la Ley CMU a períodos de algunos meses, siguiendo las prácticas aplicadas con anterioridad a la aprobación de la CMU para el esquema de *Aide Médicale*, pero de modo contrario a lo estipulado en la nueva normativa que determina un período inicial de apertura de derechos de un año.

Contrariamente a lo que ocurre con la CMU de base, la afiliación a la CMU complementaria y a la AME no es automática. En aquellas situaciones en que el estado de salud de la persona solicitante impida desarrollar el procedimiento normal de concesión de dichos derechos, la Ley prevé la posibilidad de conceder el acceso a esos esquemas de modo inmediato. Pese al reconocimiento legal de esta posibilidad, la admisión inmediata a la CMU complementaria y a la AME ha sido también aplicada de modo extremadamente desigual.

- Permanencia de los problemas para los indocumentados sin domicilio fijo a los que se les exige una dirección (particular, o de alguna organización reconocida como colaboradora del sistema de SS) para la apertura de derechos a los esquemas de la Ley CMU. Este problema, común a todos los "*sans domicile fixe*" (SDF), obstruye la tramitación de los expedientes al no existir una dirección a la que dirigirles la correspondencia relativa al estado de su expediente. La Ley CMU establece que los CCAS, así como algunas ONGs habilitadas para este fin, podrían actuar como

---

estable; han enviado automáticamente a la AME a todo extranjero que no presentase algún tipo de permiso de residencia en vigor; o les han remitido a los dispositivos de asistencia gratuita de las ONGs.

“buzón” para estas personas, ofreciéndoles una dirección administrativa. La realidad sin embargo ha sido bastante diferente, al ser muy pocos los CCAS y organizaciones que se han mostrado dispuestos a asumir dicha responsabilidad por las complejidades que acarrea (masificación en las dependencias, ghettoización, falta de espacio físico, etc) y la inexistencia de recursos económicos asignados a la provisión de dicho servicio. La consecuencia de todo ello ha sido la gran dificultad de la apertura de derechos de aseguramiento sanitario para las personas sin domicilio fijo.

- Según el ODSE, el desconocimiento de la lógica de funcionamiento de los distintos esquemas de la Ley CMU por parte de los profesionales de la salud implica en muchos casos la negación del derecho a la atención sanitaria para los inmigrantes en situación irregular. Así, muchos meses después de la entrada en vigor de la nueva Ley, algunos médicos y profesionales sanitarios canalizaban a estas personas hacia los dispositivos de precariedad gestionados por las ONGs, lo cual contradecía la normativa, e impedía la incorporación de estos pacientes a los canales normalizados de atención sanitaria. De igual modo, se producían casos de rechazo por parte de médicos a pacientes cubiertos por la CMU complementaria (y por tanto exentos del pago anticipado de los honorarios médicos). Así mismo, algunas farmacias se negaban a reconocer los documentos que identifican a las personas cubiertas por la CMU complementaria y a la AME, exigiéndoles el pago anticipado de los medicamentos, algo de lo que están eximidos por su afiliación a dichos esquemas (Maille y Veisse, 2000: 4).

Tras los primeros dos años de funcionamiento del nuevo marco legal, los análisis de las ONGs y asociaciones voluntarias que trabajan con colectivos precarizados apuntan a la importancia de las prácticas administrativas de las agencias de la SS como el factor principal de obstrucción del acceso de estos grupos a la atención sanitaria. En ese contexto, el acompañamiento de los inmigrantes en situación indocumentada por las asociaciones voluntarias resulta determinante a la hora de resolver

favorablemente sus expedientes. El relativo éxito de las ONGs en su actividad de *lobby* para garantizar el acceso de las poblaciones de origen inmigrante al sistema sanitario público en igualdad de condiciones al resto de los ciudadanos sitúa a estas organizaciones ante el dilema de toda organización que alcanza sus objetivos últimos: readaptar sus funciones a nuevos objetivos (entre los cuales el desarrollo de programas de acompañamiento socio-sanitario para facilitar dicho proceso de incorporación parece uno de los más evidentes y necesarios como apunta el paulatino redireccionamiento de las actividades de Comede, o de MDM); o cerrar sus centros de atención a las poblaciones excluidas (algo que por el momento tan solo MSF parece haber hecho de forma sistemática).

El proceso de expansión de la cobertura sanitaria en Francia ha seguido un proceso muy diferente al de otros países del sur de Europa como España o Italia, ya que se ha hecho a través de una paulatina universalización del derecho de acceso al sistema sanitario público sin modificar sustancialmente la estructura del sistema sanitario. Pese a ese intento de mantener los rasgos generales de un sistema de seguridad social, los pasos dados para expandir la cobertura acercándose a la universalidad han supuesto transformaciones importantes en la estructura del sistema (financiera, organizativa, de mecanismos de acceso, etc), que apuntan a un creciente grado de coordinación interna del sistema, y a una incipiente unificación (fichero nacional de asegurados común a todos los regímenes, tarjeta sanitaria personal con chip para todos los asegurados, etc) que le acercan de modo claro a un modelo como el de los sistemas nacionales de salud británico, o español.

La Ley CMU supone de hecho prácticamente el último paso en un proceso de universalización que comenzó con la Constitución de 1946, y que procedió por inclusión sucesiva de distintas categorías sociales a la AM. Esta expansión se hizo respetando escrupulosamente el modelo de afiliación profesional del sistema de SS original, diseñado para proteger a los

trabajadores y a sus familias, equiparando a determinados colectivos a los asalariados, y expandiendo el círculo de los “*ayant droit*” más allá de la familia nuclear. El siguiente paso en dicha expansión fue incluir a los que no podían desarrollar una actividad profesional a causa de una minusvalía oficialmente reconocida, su avanzada edad o su situación familiar. Finalmente la pobreza se convirtió en criterio de afiliación a la AM a través del desarrollo de la *Assurance Personnelle*, vinculada al programa de la *Aide Medicale*<sup>245</sup>. La CMU institucionaliza el criterio de residencia como factor subsidiario<sup>246</sup> en la apertura del derecho de acceso al sistema sanitario. La opción de acumular esquemas a la yuxtaposición de regímenes y programas ya existentes hace que más que de una *Couverture Maladie Universelle*, algunos autores prefieran hablar incluso de una *Couverture Maladie Generalisée*<sup>247</sup> (Lafore, 2000: 26; Borgetto, 2000: 34).

La reflexión general en relación a las desviaciones de las prácticas respecto a la nueva legislación nos lleva a plantearnos las dificultades de adaptación de las pautas de actuación administrativo-burocráticas ante los cambios de cultura organizativa. Las contradicciones generadas por la implantación de rasgos propios de sistemas universalistas en el seno de un sistema de seguridad social como el francés provocan importantes desajustes entre marco normativo y práctica administrativa, llegando a cuestionar la implementación efectiva de la política

---

<sup>245</sup> En este caso, el aseguramiento sanitario venía acompañado en la mayoría de las ocasiones por la incorporación a alguno de los programas de protección social gestionados por el sistema de SS (RMI, etc).

<sup>246</sup> Según la nueva Ley, la afiliación en base a la residencia está reservada a aquellas personas “*n’ayant droit à aucun autre titre aux prestations en nature d’un régime d’assurance maladie et maternité*”. Esto permite mantener la arquitectura institucional del sistema de SS francés formado por una yuxtaposición de regímenes obligatorios.

<sup>247</sup> Según estos autores, para poder hablar de un sistema universalista se debería haber tratado de avanzar hacia la unificación de los distintos regímenes de SS existentes, ya que esta diversidad, derivada del carácter profesionalista del sistema en su fundación, se concilia mal con los principios básicos de un sistema universalista.

perseguida en dicha regulación. Como el ODSE denunciaba, si estas disonancias se convirtieran en permanentes terminarían bloqueando la aplicación de la Ley, por tanto la consecución de sus objetivos, como de hecho había ocurrido con el esquema de *Aide Médicale* entre 1992 y 2000.

### 3.3. España

*“... la Beneficencia sanitaria había hecho bueno en general el principio de que un servicio para pobres es un pobre servicio, y razones tanto de equidad como también de eficiencia económica y organizativa aconsejaban integrarla en el SNS”.*

Freire, 1993: 122.

La evolución del sistema sanitario público en España estuvo acotada por una serie de hitos legislativos que, siguiendo una pauta de evolución incremental, extendieron la cobertura del sistema sanitario público al conjunto de la población de nacionalidad española hacia finales de la década de los 1980s. Dicha universalización se consiguió a partir de la acumulación de esquemas de aseguramiento, lo cual implicó la aparición de contradicciones internas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) establecido en 1986 ya que, pese a ser financiado íntegramente con cargo a los presupuestos generales del estado, dicho sistema continuó manteniendo prácticas de gestión financiera y de control de elegibilidad propias de un sistema de seguridad social. Las similitudes con el caso francés resultan en este sentido particularmente remarcables, habida cuenta de que en ese país no hubo cambio formal de modelo organizativo.

El proceso de extensión de la cobertura sanitaria para las poblaciones de origen inmigrante siguió un ritmo gradual, reproduciendo en buena medida las pautas marcadas por la expansión previa de la cobertura sanitaria a la población española. También como en el caso francés, las ONGs actuaron en España como agentes movilizados de la expansión de la cobertura del SNS a los colectivos inmigrantes excluidos, aunque en este caso dicha movilización estuvo desvinculada de movimientos de mayor calado que proporcionasen a sus demandas un mayor relieve político. Pese a eso, estas organizaciones consiguieron movilizar a la opinión pública española a favor de su causa, fundamentalmente a partir del apoyo mediático y judicial a sus reivindicaciones.

Pese a la escasa experiencia española en el ámbito de las políticas de inmigración, y consiguientemente el estrecho margen para la politización de este tema en la esfera política, comprobaremos como la expansión del acceso de los extranjeros al sistema sanitario público estuvo también en este caso directamente relacionada con la evolución de las políticas migratorias.

Así, pese a que el partido conservador en el poder se resistió a universalizar el acceso a la sanidad para los inmigrantes indocumentados, la singularidad del contexto político en el que se desarrolló el debate de la Ley de inmigración 4/2000 (fin de legislatura, voluntad del PP de aparecer como un partido moderado para obtener mayoría absoluta, escaso desarrollo del debate político en España sobre el tema de la inmigración, apoyo de la opinión pública a las demandas de las ONGs) llevaron a este partido a decidir no asumir los costes que podrían derivarse de adoptar una postura restrictiva en ese tema.

El estudio de la evolución del acceso de los extranjeros al sistema sanitario público en España nos exige también en este caso realizar una revisión inicial del proceso de cambio organizativo y del rango de cobertura de dicho sistema. Así, tras repasar los rasgos principales del proceso de asentamiento de poblaciones de origen inmigrante en España en los últimos lustros haciendo una breve mención a los hitos legislativos que acotaron dicho proceso, estudiaremos la evolución del proceso de expansión de la cobertura sanitaria en España, desde el establecimiento del primer esquema de aseguramiento obligatorio a principios de los años 1940s, hasta la universalización sanitaria bajo condición de nacionalidad a principios de la década de los 1990s. Repasaremos a continuación la evolución de la cobertura sanitaria para los no nacionales, destacando la interrelación de este proceso con la propia evolución del sistema sanitario público. En este contexto analizaremos el proceso de introducción de este tema en la agenda política, reflejando la importancia de la apertura de una ventana de oportunidad política para la extensión del derecho a la asistencia sanitaria para los colectivos en situación

administrativa precaria. Finalmente repasaremos de modo breve la existencia de disonancias entre la norma y las prácticas de las organizaciones sanitarias durante el período en el que los colectivos en situación administrativa más precaria permanecían excluidos del sistema sanitario público; planteando además las debilidades de los mecanismos encargados de garantizar la elegibilidad de dichos colectivos para el SNS tras la aprobación de la nueva legislación sobre inmigración.

### *3.3.1. Políticas de inmigración y nacionalidad en España*

En la década de 1980 los países del sur de Europa, hasta ese momento netos exportadores de mano de obra, comenzaron a recibir importantes contingentes de inmigrantes procedentes de países del tercer mundo. Su desarrollo económico en los lustros inmediatamente precedentes, su estabilidad política, su participación activa en el proceso de integración europea, sus lazos históricos con muchas de las zonas emisoras de flujos migratorios, así como su situación geográfica en la frontera sur de la Unión Europea, favorecían la integración de estos estados en el sistema internacional de migraciones como países netamente receptores.

España siguió en términos generales el mismo modelo de integración en el sistema internacional de migraciones que el resto de los países del sur de Europa. La crisis económica posterior al crack petrolero de 1973 señaló la inversión de los flujos migratorios en España que comenzó con un importante reflujo de trabajadores españoles retornados desde los países europeos adonde habían emigrado en las décadas de 1950 y 60<sup>248</sup>.

A principios de la década de los 1980s, un número importante de personas de origen extranjero comenzaron a asentarse de modo

---

<sup>248</sup> Entre 1974 y 77, más de 300.000 trabajadores emigrantes retornaron a España. Pese a esos flujos de retorno más de 2,2 millones de ciudadanos españoles continuaban viviendo en el extranjero en 1998 (M<sup>o</sup> Asuntos Sociales, 1998a).

permanente en España. Pese a las elevadas tasas de desempleo derivadas de las transformaciones experimentadas por la economía española desde mediados de los años 1970s (terciarización, crisis de los sectores intensivos en mano de obra, desregulación del mercado de trabajo, etc.), ésta generó una importante cantidad de empleo en los dos extremos de la escala ocupacional, oportunidades que fueron parcialmente cubiertas por trabajadores extranjeros. Por una parte, la internacionalización de la economía derivada en gran medida de la incorporación de España a la CEE en 1986 representó su apertura a las inversiones y capitales extranjeros, y la llegada de un importante número de trabajadores altamente cualificados vinculados a dichos capitales. Los pensionistas de países del norte y centro de Europa en busca de inviernos cálidos a un precio razonable contribuyeron también de modo importante a incrementar el número de extranjeros residentes en España.

En el otro extremo de la escala social, una serie de nichos laborales caracterizados por la escasa cualificación requerida, las duras condiciones de trabajo y los bajos salarios, fueron progresivamente abandonados por los españoles y ocupados por trabajadores procedentes de países en vías de desarrollo. De menos de 50.000 en 1975, los inmigrantes económicos legalmente residentes en España y procedentes de África, América Latina, Asia y el este de Europa, pasaron a cerca de 750.000 a principios de 2002. A estas cifras habría que añadir el importante contingente de inmigrantes indocumentados que residen en España “sin papeles” (permiso de residencia o trabajo)<sup>249</sup>.

En la tabla 4 se puede observar la evolución en el número de extranjeros legalmente residentes en España a lo largo de las dos últimas décadas. Las cifras absolutas continúan siendo modestas si se comparan con las del número de extranjeros residentes en la mayor parte de los países de Europa occidental; pero tanto por el

---

<sup>249</sup> El volumen de esa población flotante ha estado fuertemente condicionado por la evolución de la legislación, incrementándose con la aprobación de medidas más restrictivas, y reduciéndose con las políticas encaminadas a regularizar e incorporar a los extranjeros indocumentados.

fuerte incremento en un corto período de tiempo, como por la novedad del fenómeno, dichas cifras resultan particularmente importantes.

Tabla 4. Extranjeros residentes en España

Años	Total	UE	Resto de Europa	Norte América	Latino América	África	Asia
1975	165.289	92.917	9.785	12.361	35.781	3.232	9.393
1980	182.045	106.738	11.634	12.363	34.338	4.067	11.419
1985	241.971	142.346	15.780	15.406	38.671	8.529	19.451
1990*	407.647	-	-	21.186	59.372	25.854	29.116
1995	499.773	235.858	19.844	19.992	88.940	95.718	38.352
1997	609.800	260.600	28.500	21.000	106.000	142.800	49.100
1999	801.339	312.203	41.353	17.138	149.571	213.012	66.340
2001	1.109.060	331.352**	81.170	15.020	282.778	304.109	91.552

\* Los europeos no fueron incluidos ese año por cambios en el sistema de recuento.

\*\* Incluye todos los procedentes del Espacio Económico Europeo (UE, más países de la antigua EFTA).

Fuente: M<sup>o</sup> Asuntos Sociales, 1998a, y OPI, 1999.

En julio de 1985, el gobierno socialista aprobó la primera ley encargada de regular la inmigración en España, en buena medida compelido por la necesidad de elaborar un marco normativo sobre este tema antes de la incorporación de España a la CEE el 1 de enero de 1986. La urgencia en la tramitación de dicha ley, el acuerdo de todas las fuerzas políticas con representación parlamentaria respecto a la necesidad de definir una política de control de fronteras, así como la escasa relevancia del tema en la agenda política española, condicionaron el debate del primer marco regulador de la inmigración en el Parlamento. La Ley Orgánica 7/1985 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, popularmente conocida como Ley de Extranjería, fue aprobada por práctica unanimidad (tan solo cinco parlamentarios votaron en contra de su aprobación), y sin que apenas se presentaran enmiendas al texto propuesto por el gobierno.

El aparente consenso a nivel político ocultaba la oposición a dicha ley de las organizaciones dedicadas a la defensa de los intereses de los inmigrantes, así como de los sindicatos y de los partidos a la izquierda del PSOE, que la consideraban restrictiva y

discriminatoria<sup>250</sup>. Uno de los escasos aspectos potencialmente positivos de dicha Ley, el desarrollo de un proceso de regularización extraordinario con objeto de resolver el tema de los inmigrantes indocumentados presentes en territorio español, resultó además del todo insuficiente por el carácter extremadamente restrictivo de sus mecanismos de aplicación, que terminaron contribuyendo a la perpetuación del fenómeno de la inmigración indocumentada.

Las estrictas normas que regulaban los flujos migratorios en España desde 1985 contribuyeron también al aumento en el número de demandantes de asilo, lo cual fue respondido por las autoridades españolas con un endurecimiento de los requisitos para la tramitación de las solicitudes, y con una drástica reducción en la tasa de aceptación de las demandas tramitadas, de nuevo justificado por la necesidad de cumplir con los compromisos asumidos a nivel europeo en los acuerdos de Londres y Dublín<sup>251</sup>.

En términos generales, el tema de la política migratoria ha constituido un ámbito periférico en la agenda política española, y tan solo en los últimos años ha comenzado a alcanzar un perfil específico que merezca ser considerado en nuestro análisis de las

---

<sup>250</sup> Durante el debate de dicha Ley en el Parlamento se hizo referencia a la importancia de prevenir la acción de organizaciones criminales internacionales, de grupos terroristas y de bandas de narcotraficantes, pero hubo muy pocas alusiones a la necesidad de integrar en la sociedad española a las poblaciones de inmigrantes. En línea con ese énfasis en el control, dicha Ley limitaba los derechos de reunión y asociación de los extranjeros residentes en España, no contemplaba la posibilidad de otorgar permisos de residencia permanentes, al tiempo que fijaba condiciones draconianas para renovar los permisos ya existentes, no reconocía el derecho de los inmigrantes a la reagrupación familiar, y definía como delito punible con la expulsión la presencia en territorio español sin la necesaria autorización. Algunos de estos aspectos fueron posteriormente suavizados por el poder judicial, como fue el caso de los artículos limitando los derechos de reunión y asociación de los extranjeros declarados inconstitucionales.

<sup>251</sup> Pese a la reducción en el número de solicitudes, y a la existencia de un filtro previo a la aceptación de las mismas, la tasa de aceptación continuó la tendencia descendente iniciada a mediados de la década de los 80, alcanzando su nivel más bajo, el 2,7%, en 1997 y 98.

políticas de igualdad en el terreno de las políticas sanitarias. Algo similar puede decirse de las políticas de nacionalidad, que ni tan siquiera han sido objeto de una regulación específica, debiendo conformarse con un pequeño número de artículos en el Código Civil a través de los cuales se regulan los mecanismos de obtención de la nacionalidad española<sup>252</sup>. La principal característica de dicha regulación es su trato relativamente preferencial a algunos colectivos (nacionales de países de antigua vinculación colonial con España, refugiados políticos, judíos sefarditas, esposos/as de nacionales) que les permite adquirir la nacionalidad española tras un breve período de residencia legal en España; así como el amplio reconocimiento de la doble nacionalidad establecido con objeto de mantener la vinculación con los descendientes de emigrantes españoles. En última instancia, la existencia de dichas condiciones relativamente generosas para la obtención de la nacionalidad española constituye una puerta de acceso al disfrute de los plenos derechos políticos, civiles y sociales (incluyendo el acceso automático a las prestaciones del sistema sanitario público) para algunos colectivos muy presentes entre las poblaciones de origen inmigrante recientemente asentadas en España (fundamentalmente latinoamericanos y filipinos).

---

<sup>252</sup> Dicha regulación ha estado tradicionalmente volcada en la protección de los emigrantes españoles, y tan solo recientemente ha comenzado a plantearse la conveniencia de utilizarla como mecanismo de incorporación de colectivos de origen inmigrante en la sociedad española (Moreno Fuentes, en Hansen y Weil, 2001; Álvarez Rodríguez, 1990).

*3.3.2. Desarrollo de la estructura del Sistema Nacional de Salud y universalización de la cobertura sanitaria*

Hasta finales de la década de los 1930s, la asistencia sanitaria en España era proporcionada por un sistema extremadamente fragmentado dependiente de distintos niveles de autoridad (estatal, provincial y municipal), caracterizado por una bajísima calidad de atención, y unas desigualdades extremas entre ricos (que recurrían principalmente a la medicina privada), trabajadores asalariados (parcialmente cubiertos por los esquemas de aseguramiento profesional de carácter voluntario), y los colectivos más desfavorecidos (que se veían confinados a una atención médica básica establecida sobre el principio de beneficencia). Las débiles medidas adoptadas hasta ese momento para facilitar la implantación de esquemas de aseguramiento voluntario hubieron de recibir el beneplácito de los grupos de interés organizados (profesionales médicos, compañías aseguradoras, etc), por lo que resultaron de una más que relativa eficacia a la hora de extender el rango de cobertura sanitaria (Guillén, 1996: 129).

Las circunstancias específicas en las que se instituyó el régimen franquista a finales de los 1930s condicionaron fuertemente la política sanitaria de las décadas siguientes. La naturaleza del conflicto que delimitó el marco temporal de la intervención pública en el ámbito sanitario en España (Guerra Civil 1936-39) fue radicalmente distinta a los casos británico y francés que analizamos anteriormente, por lo que también lo fueron las motivaciones que impulsaron a las autoridades españolas a intervenir en este área de políticas, así como los mecanismos utilizados para ello. Mientras que en los regímenes democráticos el desarrollo de esquemas sanitarios expansivos (tanto en cobertura como en prestaciones) formaba parte de un conjunto de políticas de protección social encaminado a dar respuesta a las expectativas y a las demandas de sus respectivas poblaciones; para el régimen franquista el desarrollo de una política de potenciación del aseguramiento social constituía fundamentalmente un mecanismo de legitimización tanto interna

(fundamentalmente entre los sectores sociales más alejados ideológicamente de dicho régimen), como externa (en un contexto internacional claramente hostil a la dictadura). La política social franquista, establecida durante los años 1940s y 50s a través de una acumulación de esquemas de aseguramiento sin una filosofía común que confiriese coherencia al conjunto, apuntaba hacia la constitución de un sistema de seguridad social directamente vinculado a la participación en el mercado de trabajo<sup>253</sup>, complementado con unos débiles programas de beneficencia dirigidos a los colectivos más desfavorecidos, e imbuidos de una fuerte carga de estigmatización y control social. Aunque los criterios sobre los que se fundaba el derecho a la protección social eran poco consistentes<sup>254</sup> (al establecer como beneficiarios de dichos esquemas de protección social en algunas ocasiones a los trabajadores, y en otras al conjunto de los españoles), el desarrollo del sistema de aseguramiento social estuvo marcado por una fuerte impronta profesionalista.

La falta de coherencia de la política de protección social se reproducía en el ámbito concreto de la sanidad, donde la inexistencia de un ministerio específico para este área permitía el

---

<sup>253</sup> Así, en 1939 se aprobó el Subsidio de Vejez e Invalidez, más tarde transformado en el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI), financiado con contribuciones de empresarios y trabajadores, y cogestionado por el Instituto Nacional de Previsión (INP) dependiente del Ministerio de Trabajo, y por las mutualidades laborales (entidades aseguradoras sin ánimo de lucro vinculadas a sectores profesionales específicos). Del mismo modo en 1937 se estableció el Subsidio Familiar como política de apoyo a la familia financiada íntegramente por los empresarios y gestionado a nivel de empresa por un comité de trabajadores. Un atisbo de seguro de desempleo fue también creado en 1954 para regulaciones de plantilla autorizadas por el gobierno (Guillén, 1996: 148-150).

<sup>254</sup> La política social del régimen franquista estaba basada en tres leyes básicas: el Fuero del Trabajo promulgado en 1938, el Fuero de los Españoles de 1945, y la Ley de Principios del Movimiento Nacional aprobada en 1958. El sujeto de derecho era inconsistentemente definido en esas tres “leyes fundamentales” del régimen. Mientras las dos primeras depositaban en la condición de “trabajador” la atribución del derecho a la asistencia sanitaria, la última de dichas leyes trasladase el derecho a la asistencia sanitaria a todos los españoles.

mantenimiento de la tradicional dispersión de los servicios sanitarios. Pese a que esta dispersión fue reconocida como una fuente de problemas y carencias, la multiplicidad de instituciones públicas con competencias en el ámbito sanitario, y las fuertes resistencias al cambio derivadas de dicha dispersión, implicaron el mantenimiento de dicho status quo durante un largo período. De este modo el sistema sanitario público español de la posguerra fue construido sobre tres pilares claramente diferenciados: el aseguramiento sanitario vinculado a la participación en el mercado laboral, el ámbito de intervención general sobre la salud pública, y la beneficencia dirigida a paliar las necesidades sanitarias más apremiantes de las clases más desfavorecidas.

Encubierto tras la oratoria falangista de justicia social el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), establecido en 1942, constituía un esquema de aseguramiento sanitario vinculado a la participación en el mercado de trabajo, centrado principalmente en la atención de enfermedades profesionales, financiado fundamentalmente por las contribuciones de empresarios y trabajadores (con una aportación simbólica del estado), y con unos servicios sanitarios proporcionados tanto por los centros sanitarios del INP, como por instituciones sanitarias (públicas o privadas) concertadas. Basado en el borrador de proyecto de ley de unificación de los distintos esquemas de aseguramiento elaborado durante la Segunda República que no pudo ser aprobado por el inicio de la Guerra Civil, este esquema de aseguramiento obligatorio dependía en última instancia del Ministerio de Trabajo<sup>255</sup>, y cubría un conjunto relativamente amplio de riesgos

---

<sup>255</sup> La estructura gestora de este sistema de aseguramiento sanitario se complejizó particularmente tras la habilitación de organizaciones privadas con y sin ánimo de lucro (principalmente mutualidades y compañías comerciales de seguros) como entidades gestoras del SOE, en detrimento de la centralización de estas actividades en torno al INP tal y como se había previsto inicialmente. En el mismo sentido influyó la creación de diversos regímenes especiales para determinados grupos profesionales (agricultores, autónomos, funcionarios públicos), caracterizados por unos niveles de prestaciones y unas estructuras organizativas marcadamente diferenciadas de las del Régimen General de la SS. La consecuencia más importante de la adopción de estas medidas fue el obvio

sanitarios a los “productores económicamente débiles” (trabajadores manuales, y trabajadores asalariados con ingresos anuales por debajo de un umbral de renta), así como a sus familiares.

La actitud contraria de los profesionales médicos españoles a la creación de un sistema de aseguramiento sanitario obligatorio no se diferenció mucho de la de sus colegas franceses y británicos cuando estos hubieron de afrontar tesituras similares. La profesión médica española esgrimió también en este caso argumentos deontológicos como freno a la expansión de la cobertura sanitaria obligatoria de modo similar a lo que vimos en los casos de Francia y el RU<sup>256</sup>. La naturaleza totalitaria del régimen político franquista limitó en buena medida la capacidad de bloqueo de la profesión médica, pese a lo cual este colectivo consiguió ejercer una considerable influencia sobre la gestión del sistema de aseguramiento sanitario (especialmente a nivel hospitalario), así como preservar un importante margen de autonomía para el ejercicio de la medicina privada.

La persecución de los objetivos legitimadores del régimen, intentando al mismo tiempo no dañar los intereses organizados implicados en el ámbito sanitario, determinó la naturaleza extremadamente segmentada y la cobertura necesariamente

---

alejamiento de uno de los objetivos perseguidos con la aprobación del SOE: la unificación de los distintos esquemas de aseguramiento sanitario bajo un mismo programa. Esta fragmentación organizativa dejó su impronta en la evolución del sistema de aseguramiento sanitario, lastrando posteriores intentos de racionalización y simplificación del mismo.

<sup>256</sup> Una comisión deontológica profesional afirmaba a finales de la década de los 1940s que, si bien la caridad cristiana se beneficiaba de la creación de un esquema de aseguramiento sanitario, “la finalidad cristiana y social del Seguro de Enfermedad no debe cumplirse exclusivamente a expensas del sacrificio de los profesionales técnicos que lo integran”. Del mismo modo afirmaba que dicho sistema de aseguramiento “contradice la moral católica si su organización favorece la socialización de la Medicina”, por lo que “desde el punto de vista rigurosamente deontológico, el Seguro de Enfermedad debe cubrir exclusivamente a los débiles económicos y excluir a las clases acomodadas”, que debían quedar así reservadas para la práctica privada de la medicina (citado en Guillén, 1996: 228).

limitada del nuevo sistema de aseguramiento sanitario. Pese a esto, la progresiva elevación del umbral de renta que garantizaba el acceso a dicho esquema de aseguramiento permitió expandir la cobertura del SOE desde el 28,5% de la población en 1946 (7,7 millones de personas), hasta el 49,7% en 1963 (15,6 millones)<sup>257</sup>.

El segundo eje vertebrador de la asistencia sanitaria del régimen franquista era la Sanidad Nacional, dirigida a la totalidad de la población, encargada de la prevención y de los programas de lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas, y fuertemente imbuida de una lógica de control social, como mostraba su dependencia del Ministerio de la Gobernación.

Finalmente, la beneficencia, heredera de la atención sanitaria gratuita proporcionada tradicionalmente por organizaciones caritativas católicas, o por las administraciones locales, constituía el tercer pilar del sistema de asistencia sanitaria del régimen franquista. Planteado como un esquema asistencial paralelo de carácter discrecional, y totalmente desvinculado de los esquemas de aseguramiento sanitario dependientes del SOE, estaba destinado a atender a los segmentos más desfavorecidos de la población, y basaba su intervención en la provisión de servicios sanitarios gratuitos a través de una red de centros de diverso nivel y calidad asistencial.

A principios de la década de 1960, en un contexto de modernización y desarrollo económico impulsado por la tecnocracia franquista, la inadecuación de los mecanismos de aseguramiento profesionales para afrontar la creciente demanda de prestaciones sociales se hizo evidente. Con la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social (LBSS) de 1963 se pretendió

---

<sup>257</sup> El marcado carácter profesionalista del sistema ha dificultado históricamente la elaboración de estadísticas de cobertura fiables. Así, la persona que abría el derecho a la cobertura era considerado el “titular” de la cartilla sanitaria, y sus dependientes aparecían en ella como “beneficiarios”, pero el sistema de SS no tenía un registro de la identidad o del número de dichos beneficiarios, por lo que los datos de cobertura sanitaria del sistema son estimaciones realizadas en base a una ponderación estadística del número medio de beneficiarios por titular (Freire, 1993: 118).

sentar las bases de un sistema de seguridad social unificado a partir de la amalgamación de los distintos esquemas de aseguramiento que constituían la dispersa política social del régimen. Pese a la aprobación de esta Ley, la falta de voluntad política para antagonizar con los diversos intereses implicados en la gestión y provisión de servicios sanitarios implicó la consolidación de un sistema sanitario segmentado en una multiplicidad de subsistemas dependientes de distintos ministerios<sup>258</sup>, administraciones locales (diputaciones provinciales, ayuntamientos), y organismos públicos (Seguridad Social).

El mantenimiento del carácter profesionalista en el nuevo sistema de seguridad social implicó también la continuación de una atención sanitaria preferente a las contingencias derivadas de accidentes de trabajo o de enfermedades profesionales. Pese a esto, la cobertura del sistema de aseguramiento sanitario continuó su lento proceso de expansión hasta incluir al 81,4% de la población en 1975. En ese contexto, y de un modo indirecto, la paulatina expansión del rango de cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (apoyada en las fuertes inversiones en infraestructuras sanitarias, y especialmente hospitalarias, realizadas entre finales de la década de 1960 y principios de los 1970s), consiguió vaciar progresivamente de contenido la red asistencial dependiente de las administraciones locales, debilitando así uno de los tres pilares sobre los que se había construido el sistema de asistencia sanitaria en la España de la posguerra.

La muerte de Franco en 1975 supuso el comienzo de un lento proceso de cambio político hacia una monarquía parlamentaria de carácter marcadamente descentralizado. La Constitución de 1978, piedra angular del nuevo sistema liberal democrático, establecía en su artículo 41 la obligación del estado de mantener “un régimen

---

<sup>258</sup> La administración sanitaria pública a nivel nacional dependía de al menos 53 organismos con rango de Subsecretaría o Dirección General, encuadrados en hasta 15 ministerios distintos (Aguilar, 1996: 352).

público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”. Igualmente, el artículo 43 de dicha Ley fundamental definía de un modo bastante general el derecho a la salud de los ciudadanos<sup>259</sup>, así como la responsabilidad pública en la organización de la protección de la salud.

A pesar del claro mandato constitucional, del considerable porcentaje de población excluida del sistema de aseguramiento sanitario, de la relativamente baja calidad de los servicios proporcionados, y de la fuerte presión de los recientemente legalizados partidos de izquierda para expandir las políticas de protección social, el tema de la reforma y desarrollo de la SS recibió una prioridad relativamente baja en la agenda política española hasta bien entrada la década de los 1980s<sup>260</sup>. La complejidad del proceso de transición política, y la grave crisis que afectó a la economía española durante dicho período condicionaron la agenda política de tal modo que la introducción de cambios radicales en la estructura organizativa del sistema sanitario resultó extremadamente difícil. Pese a esto, se introdujeron algunos cambios en los ámbitos organizativos y de gestión del sistema de seguridad social que contribuyeron a racionalizar su estructura, y a incrementar el control político sobre el mismo. Así, en 1975 los presupuestos de la SS pasaron a convertirse en un anexo de los presupuestos generales del estado, y a ser por tanto discutidos y aprobados anualmente en el Parlamento. Del mismo modo, en 1978 el INP era dividido en

---

<sup>259</sup> El artículo 43.1 de la Constitución de 1978 reza concisamente, “Se reconoce el derecho a la protección de la salud”. La sección 2 del mismo artículo elabora dicha afirmación estableciendo que, “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

<sup>260</sup> Además, algunas de las medidas adoptadas entre 1975 y 1981 (como la creación de nuevos regímenes especiales para categorías de “asimilados a trabajadores”: diputados, futbolistas, religiosos y toreros) resultaron poco consecuentes con el objetivo normativamente explicitado de desarrollar un sistema de cobertura universal (Aguilar, 1996: 341).

cuatro institutos independientes, cada uno especializado en la gestión de un ámbito específico de política social<sup>261</sup>, dando pie a la creación del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), agencia pública vinculada al recién creado Ministerio de Sanidad.

La mayoría absoluta obtenida por el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) en las elecciones generales de 1982 supuso un fuerte respaldo al proyecto socialista de reforma del sistema sanitario heredado de la época franquista. Este proyecto propugnaba la transformación del esquema de aseguramiento sanitario incluido en el sistema de seguridad social (desarrollado de acuerdo con el modelo Bismarck), en un Sistema Nacional de Salud con cobertura universal, financiado fundamentalmente a través de impuestos, y donde la provisión de servicios fuese realizada principalmente por centros sanitarios de titularidad pública (diseñado según el modelo Beveridge).

En 1986 era aprobada la Ley General de Sanidad (LGS) encargada de dar coherencia al conjunto de medidas de reforma del sistema sanitario adoptadas desde 1975, y a sentar las bases del nuevo SNS, inspirado en el NHS británico. Los tres grandes ejes de actuación de las autoridades sanitarias españolas durante la segunda mitad de la década de los 1980s fueron: la reforma del sistema de atención primaria (claramente infradesarrollado durante el régimen franquista); la profundización en el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CCAA) hasta articular un sistema plenamente descentralizado; y la universalización de la cobertura del sistema sanitario público.

---

<sup>261</sup> Además del Insalud, dicha regulación creó el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) encargado de gestionar el sistema de pensiones; el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) encargado de los servicios asistenciales personales; y el Instituto Nacional del Empleo (INEM) para la gestión de los programas de desempleo. Paralelamente se creó la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), encargada de la gestión financiera del conjunto de los sistemas de aseguramiento público que hasta esa fecha habían constituido el INP.

Pese al cambio de filosofía que implicaba la LGS, ésta no supuso una ruptura radical del equilibrio institucional, de las prácticas organizativas, o de las distribuciones de poderes y responsabilidades vigentes hasta ese momento en el sistema sanitario público. El proceso de transformación siguió una lógica similar a la aplicada, a mayor escala, en el proceso de transición política: un incrementalismo posibilista aplicado puntualmente sobre aspectos sectoriales específicos, e imbuido de una lógica acumulativa. Esa lógica gradualista quedaba plasmada en la indefinición normativa en lo relativo a los plazos y procedimientos a través de los cuales debían alcanzarse los objetivos de dicha reforma, dejando que fuesen los propios procesos de transformación puestos en marcha los que marcaran la pauta de los cambios en las prácticas y en los equilibrios institucionales. Las principales consecuencias de la aplicación de dicha estrategia fueron la perpetuación de prácticas organizativas propias del anterior sistema; la imposibilidad efectiva de alcanzar algunos objetivos planteados para el SNS por impedimentos heredados de los anteriores equilibrios institucionales; la exposición a las variaciones del ciclo político y a las distintas agendas políticas derivadas de la alternancia de partidos en el poder; y la necesidad de competir con otras reformas que se fueron introduciendo en los años subsiguientes, y que necesariamente restaron atención y recursos a los cambios que hubieran sido necesarios para desarrollar plenamente el modelo de SNS inicialmente planteado.

El primer gran eje de políticas perseguido con la LGS era la reforma de la atención primaria con el objetivo de reequilibrar un sistema sanitario muy volcado hacia la atención especializada, y en el que el hospital ocupaba un lugar excesivamente importante en la provisión de servicios sanitarios. El sistema de atención primaria estaba basado hasta ese momento en la actuación de médicos generalistas con dedicación parcial al sistema sanitario público, retribuidos en función del número de cartillas sanitarias incluidas en su lista. Con la LGS se introdujeron los Centros de Salud desde los que los Equipos de Atención Primaria (EAP), empleados a tiempo completo por el SNS, debían realizar la

función de reguladores del acceso al sistema sanitario público. Este proceso de transformación del sistema de atención primaria fue también el resultado de una política incrementalista que implicó la coexistencia de ambos sistemas organizativos durante cerca de dos décadas<sup>262</sup>. Tanto la resistencia de algunos profesionales médicos (en particular los de edad más avanzada, particularmente reticentes a los cambios), como la relativamente baja prioridad política atribuida a esta política tras la aprobación de la LGS, han sido esgrimidos como argumentos explicativos de dicha lentitud en la implementación de la reforma de la atención primaria (OMS, 2000: 60).

El segundo gran bloque de medidas reformadoras directamente derivadas de la LGS giraba en torno a la vertebración territorial de las responsabilidades políticas, organizativas y de gestión del sistema sanitario público en un marco político fuertemente descentralizado<sup>263</sup>. Este aspecto de la reforma del sistema sanitario ejemplifica también claramente el incrementalismo que caracterizó la implementación de la LGS, así como alguno de los efectos negativos que de ello se derivaron.

Además de las competencias en salud pública, totalmente transferidas a las 17 CCAA, un grupo de 7 de ellas fueron recibiendo también competencias plenas sobre la organización y gestión de los servicios sanitarios en sus respectivos territorios en los años inmediatamente subsiguientes<sup>264</sup>. La responsabilidad sobre el sistema sanitario en las 10 CCAA restantes (que representaban al 38% de la población del estado) permaneció bajo control directo del Insalud hasta principios de 2002. La

---

<sup>262</sup> En 1992 se estimaba que cerca del 50% de la población recibía atención primaria a través de un EAP. Ese porcentaje se elevaba al 77% en 1996, y al 81% en marzo de 2000 (OMS, 2000: 61).

<sup>263</sup> Para profundizar en el análisis del proceso de descentralización sanitaria en España ver López Casanovas y Rico (2001), y Rico (1998).

<sup>264</sup> Cataluña abrió el proceso al recibir la transferencia de las competencias sanitarias en 1981. Le siguieron Andalucía en 1984, el País Vasco y la Comunidad Valenciana en 1988, Navarra y Galicia en 1991, y la Comunidad Canaria en 1994.

coexistencia durante más de 20 años de ambos modelos organizativos dificultó la gestión del SNS como un esquema verdaderamente integrado. Las principales dificultades en la coordinación de la política sanitaria se derivaban de la asimetría institucional existente, y se plasmaban en la resistencia de algunas autoridades sanitarias regionales a cumplir las directrices de las autoridades estatales (en particular si el partido en el poder en cada ámbito era de distinto signo político); la intrusión de las autoridades regionales en responsabilidades propias del estado; la confusión respecto a la función precisa del Ministerio de Sanidad (por su doble rol de responsable último de la actuación del Insalud, y regulador del conjunto del SNS); y los desacuerdos en el reparto de recursos entre las distintas CCAA, así como en la financiación del sistema (especialmente en lo relativo a la asunción de los déficit presupuestarios incurridos anualmente).

Además de los problemas de coordinación señalados, la descentralización tampoco consiguió resolver totalmente la cuestión de la integración de los sistemas sanitarios dependientes de los gobiernos locales en los Servicios Regionales de Salud, debido fundamentalmente a la resistencia de algunas autoridades municipales a transferir la titularidad y la gestión de sus servicios sanitarios al nivel regional de gobierno.

A principios de 2002 se materializó la transferencia de las competencias sanitarias a las 10 CCAA que hasta esa fecha habían dependido directamente del Insalud. Tras este último paso en el proceso de descentralización sanitaria se espera que se podrá alcanzar un mayor grado de coordinación en el seno del SNS, al potenciarse el perfil del hasta la fecha poco operativo Consejo Interterritorial del SNS como órgano coordinador del sistema, y clarificarse las funciones y responsabilidades respectivas de las autoridades sanitarias nacionales y regionales.

Finalmente, el tercer eje de actuación relacionado con la creación del SNS era la transformación del sistema sanitario público en un esquema de cobertura universal. Pese a la modificación del marco normativo general, y a la intención explícita del legislador de basar el acceso al SNS en los criterios

de ciudadanía y residencia, el procedimiento aplicado para alcanzar dicha universalización fue la acumulación de esquemas específicamente diseñados para incorporar al sistema sanitario de la SS a los colectivos excluidos del mismo<sup>265</sup>. Esta voluntad incrementalista quedaba ya claramente apuntada en la exposición de motivos de la LGS, donde se argumentaba que, “por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, (la presente Ley) no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones sino que programa su aplicación paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes”.

La aparente contradicción entre un discurso universalista, y unas prácticas marcadas por la cauta superposición de esquemas de aseguramiento surgía del temor a un brusco incremento de los costes de gestión del sistema sanitario, y ha sido interpretada como un indicador de la falta de voluntad política del gobierno socialista de la época por alcanzar el objetivo de la universalización sanitaria de modo inmediato (Rico, 1998: 386). Pese a las reticencias gubernamentales, las presiones ejercidas por los sindicatos y las decisiones adoptadas por algunos gobiernos autonómicos habrían desbordado la estrategia incrementalista, provocando con ello la rápida expansión de la cobertura sanitaria hasta incluir a la práctica totalidad de la población española.

---

<sup>265</sup> Así, las situaciones familiares y laborales susceptibles de abrir el derecho a las prestaciones sanitarias del sistema de la SS a personas excluidas del mismo fueron sistemáticamente exploradas, y dieron pie a desarrollos normativos específicos. En ese contexto se han de entender los esquemas desarrollados para incorporar al sistema sanitario público a los mutilados ex-combatientes republicanos (RD 391/82); a las personas no casadas que convivan maritalmente con un titular de derecho (Resolución de la SGSS 29-12-1984); a los hijos adoptivos (Resolución de la SGSS 11-12-1985), o a los menores en régimen de acogimiento familiar (Resolución de la SGSS 16-9-1987); a los desempleados mayores de 26 años que convivan con un familiar directo titular de derecho (RD 1682/87); a los trabajadores incapacitados sin derecho a pensión (Resolución de la SGSS 28-4-1987); o a los beneficiarios de pensiones no contributivas (RD 357/91) (Freire, 1993: 137).

El último colectivo numéricamente importante para el cual se habilitaron medidas específicas de incorporación al sistema sanitario de la SS, y que ejemplifica dicho proceso de desbordamiento, fue el de las personas sin recursos, que hasta ese momento recibían atención sanitaria a través de la beneficencia<sup>266</sup>. Así, el establecimiento por el gobierno de la Comunidad Autónoma Vasca de un esquema no contributivo para incluir a los estratos más desfavorecidos de la población bajo la cobertura del Servicio Vasco de Salud (SVS)/Osakidetza en 1988<sup>267</sup>, colocó al gobierno central ante un desarrollo legislativo autonómico que se adelantaba a la regulación estatal. Dicha medida fue replicada unos meses más tarde por el gobierno autónomo de la Comunidad Valenciana. En ese contexto, el gobierno central habilitó una partida en los presupuestos generales de 1989<sup>268</sup> destinada a desarrollar un programa asistencial que cubriese a aquellas personas sin recursos económicos excluidas del SNS.

---

<sup>266</sup> La inexistencia de un registro centralizado de las personas dependientes de la beneficencia impedía conocer con exactitud el número de beneficiarios de dicho esquema. Una estimación realizada por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) en 1989 situaba dicho número en unas 360.000 personas.

<sup>267</sup> Aprovechando la transferencia de las competencias sanitarias, y en el contexto de un proyecto global de lucha contra la pobreza, el gobierno vasco acometió la universalización definitiva de la cobertura sanitaria, y la unificación de los distintos sistemas de provisión pública de servicios sanitarios. Con la universalización efectiva de la cobertura sanitaria, además de garantizar un derecho social básico, se pretendía eliminar los problemas derivados de la adscripción al sistema sanitario a través de la tradicional cartilla sanitaria familiar, estableciendo la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). De este modo, los padrones municipales de habitantes podían ser utilizados para la identificación personal de los beneficiarios de la sanidad pública (Freire, 1993: 123).

<sup>268</sup> No de modo accidental, esta misma Ley de Presupuestos modificó el modelo de financiación de los servicios sanitarios, de modo que el estado pasó a aportar directamente el 70% de la financiación del sistema sanitario de la SS a través de una partida presupuestaria específica. La Ley de Presupuestos de 1999 elevó dicho porcentaje al 100%, con lo que la financiación del SNS pasó a depender íntegramente del estado (Lopez Casanovas y Rico, 2001: 59).

Pese a la adopción de dichas medidas, la falta de voluntad política del gobierno central para alcanzar una universalización inmediata de la cobertura sanitaria quedó patente en la introducción de obstáculos de orden procedimental a la aplicación de dicha medida. Así, mientras que el programa vasco de absorción de la beneficencia en el SVS/Osakidetza permitía la transferencia automática de los afiliados desde la beneficencia municipal, al sistema sanitario regional, el Real Decreto 1088/89 del 8 de septiembre de 1989, conocido como “Decreto de universalización” y encargado de regular la integración de la beneficencia en el SNS a nivel estatal, supeditaba la inclusión de los beneficiarios de dichos esquemas a la firma de convenios con los gobiernos locales que hasta la fecha se responsabilizaban de la financiación de la asistencia sanitaria benéfica, entorpeciendo así significativamente la rápida implementación de dicha medida.

Pese a las reticencias gubernamentales, el Decreto de universalización venía a regularizar una situación de hecho producida por la atención sanitaria a los pacientes de la beneficencia a través de los servicios de urgencias de los hospitales de la SS, sin que el coste de dichos tratamientos fuese posteriormente trasladado a las autoridades locales teóricamente responsables de la financiación de la atención sanitaria a dichas personas<sup>269</sup>.

En 1982 el rango de cobertura del sistema de la SS se estimaba en un 85,5%, con una importante presencia de colectivos desfavorecidos entre la población excluida de dicho sistema de aseguramiento. Tras la aplicación de la LGS y de los diversos

---

<sup>269</sup> El progresivo deterioro de los servicios sanitarios de la beneficencia en buen número de municipios (parcialmente inducido por la residualización de dicho esquema de provisión de servicios sanitarios por la expansión del ámbito de cobertura del sistema sanitario de la SS); así como la percepción de los profesionales médicos de la universalización de facto del sistema sanitario de la SS, contribuirían a explicar dichas prácticas informales (Freire, 1993: 122). Con objeto de canalizar la financiación de los tratamientos sanitarios proporcionados bajo este esquema, la TGSS atribuyó una clave identificatoria específica (56/) para los expedientes incluidos en el mismo.

esquemas que desarrollaban las medidas recogidas en dicha Ley, la cobertura del sistema sanitario público se expandió considerablemente hasta incluir a un 97,1% de la población en 1987<sup>270</sup>. En 1997 los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) indicaban que el 99,4% de la población española estaba ya cubierta por el sistema sanitario público. El 0,6% restante estaría constituido en su mayor parte por profesionales autónomos y empresarios no incluidos en ningún esquema de aseguramiento de la SS y que, por su situación económica, no podrían beneficiarse de los esquemas de cobertura no contributiva aplicados a las personas sin recursos. A principios de la década de los 1990s los gobiernos de las CCAA de Cataluña y Navarra trataron de definir un mecanismo de incorporación de estos grupos al sistema sanitario público con objeto de alcanzar una cobertura verdaderamente universal, pero en la práctica dichas medidas nunca llegaron a ser realmente aplicadas<sup>271</sup>. El interés de dichas normativas autonómicas reside en el hecho de que ejemplifican claramente las contradicciones internas de una legislación universalizadora que formula el acceso teórico al sistema sanitario público de todos los residentes, pero que no garantiza la gratuidad del tratamiento recibido. Como señalan diversos autores, la definitiva transformación del sistema de financiación de la sanidad pública (desde 1999 financiado al 100% a través de los presupuestos generales del estado), abre importantes interrogantes respecto a la posible violación del principio de igualdad por unas prácticas de negación del acceso gratuito al sistema sanitario basadas en el (alto) nivel de renta del potencial usuario (Freire,

---

<sup>270</sup> La distribución estimada de la población entre los distintos tipos de cobertura del sistema sanitario público en 1993 era: 91,7% cubiertos por el sistema sanitario de la SS; 7,5% por mutualidades (principalmente funcionarios públicos); y 0,4-1% precedentes de la beneficencia y acogidos al RD 1088/89, representando en conjunto un 99,6% de la población total (Freire, 1993: 131).

<sup>271</sup> Dichos mecanismos consistían en la introducción de unas primas calculadas en base al gasto sanitario anual per capita, que habrían de ser cotizadas por dichas personas para ser incluidos en el sistema sanitario público (Bardají y Viñas, en López Casanovas y Rico, 2001: 70).

1993: 136; Bardají y Viñas, en López Casanovas y Rico, 2001: 68).

Entre las ventajas esperadas de la universalización de la cobertura sanitaria estaba la posibilidad de sustituir las tradicionales cartillas familiares de la SS, por tarjetas sanitarias individualizadas que, además de facilitar el conocimiento del número de beneficiarios reales del sistema sanitario público, permitiría una más correcta asignación territorial de recursos (Freire, 1993: 123). Dicho sistema abriría también la puerta a la utilización de nuevas tecnologías en el tratamiento personalizado de los expedientes médicos de cada paciente, facilitando así el seguimiento de los tratamientos. La introducción de esta tarjeta personalizada en España coincidió temporalmente con una iniciativa similar puesta en marcha en Francia (pese a ser éste un sistema de aseguramiento sanitario de tipo SS), pero contrasta frontalmente con el tradicional rechazo a la introducción de cualquier tipo de documento identificativo de este estilo en el RU (pese a, o quizás precisamente por, ser un sistema de cobertura universal desde su misma creación).

A principios de la década de los 1990s, y pese a que los objetivos marcados en la LGS seguían lejos de haberse alcanzado, la prioridad asignada a los procesos de reforma del sistema sanitario anteriormente mencionados se vio sustancialmente reducida, al tiempo que la introducción de medidas encaminadas a controlar el crecimiento del gasto sanitario, a racionalizar la organización y gestión del sistema sanitario, y a incrementar su eficiencia saltaban a la primera línea de la agenda política<sup>272</sup>. Debido a la naturaleza descentralizada del SNS los distintos ámbitos territoriales en los que se estructuraba dicho sistema fueron experimentando con diversas iniciativas de reforma, iniciándose también un cierto proceso de aprendizaje de políticas entre las distintas administraciones implicadas en la gestión del

---

<sup>272</sup> Una interesante evaluación de las reformas introducidas en la última década puede ser consultada en Caines, E., et al. (1997), Elola (1994), y Gallego (2000, y 2001).

sistema sanitario. Particularmente activa en este sentido fue la administración sanitaria catalana, la primera en recibir las competencias sanitarias, y una de las más comprometidas con la introducción de modelos de gestión indirecta y de provisión mixta (público-privada) de servicios sanitarios.

La consecuencia última de ese marcado redireccionamiento de las prioridades ha sido un sistema sanitario que, bajo una cubierta formal de SNS *à la* NHS, ha mantenido unas prácticas organizativas y de funcionamiento propias de un sistema de aseguramiento sanitario de tipo seguridad social. La adopción de una estrategia incrementalista en la introducción de las reformas derivadas de la LGS, reforzada por la dificultad de proceder a una integración real y efectiva de los múltiples sistemas de atención sanitaria dependientes de infinidad de organismos y administraciones públicas; la complejidad del proceso de descentralización de las competencias sanitarias; la dificultad de coordinar los Servicios Regionales de Salud de las distintas CCAA con los gestionados por el Insalud; así como la pervivencia de las prácticas de elegibilidad características del antiguo sistema de la SS, han conferido un carácter híbrido a un sistema sanitario en permanente adaptación y cambio.

### *3.3.3. Expansión y politización del acceso de los extranjeros al SNS*

La rapidez con la que sociedad española se ha convertido en receptora neta de flujos migratorios, junto con la ausencia de una extrema derecha organizada y electoralmente exitosa, se ha traducido en una posición poco prominente del tema de la inmigración en la agenda política española hasta la fecha. Otros factores de índole estructural, especialmente la incorporación de España a la Unión Europea a mediados de los 1980s,

contribuyeron sin embargo a acelerar la “maduración” del proceso de elaboración de políticas públicas sobre este tema. Así, tanto las políticas de control de fronteras, como la expansión de derechos sociales para los inmigrantes pueden ser parcialmente interpretadas como elementos de un proceso de europeización de las políticas españolas relacionadas con la inmigración.

El carácter fuertemente descentralizado de la administración del estado en España, así como la multidimensionalidad de los procesos vinculados al fenómeno migratorio, contribuyeron por otra parte a complejizar el marco de definición e implementación de algunas de esas políticas, dificultando la coordinación entre los diferentes niveles institucionales responsables de las mismas. El resultado fue la aparición de importantes huecos de cobertura en el ejercicio efectivo de algunos derechos sociales básicos (especialmente por parte de aquellos colectivos de inmigrantes más precarizados), así como el surgimiento de circuitos alternativos, más o menos formalizados, encargados de cubrir las necesidades más imperiosas de dichos grupos. Una de las áreas de políticas en que esos fallos de cobertura se hicieron más evidentes a lo largo de la década de los 1990s fue el ámbito de la atención sanitaria. En un contexto de descentralización competencial hacia los gobiernos regionales, y de transformación organizativa del sistema sanitario público, el proceso de expansión de la cobertura sanitaria para los inmigrantes siguió un ritmo gradual, reproduciendo en buena medida las pautas de expansión de la cobertura seguidas algunos años antes con los nacionales.

En las páginas siguientes analizaremos el modo en que evolucionaron las políticas de igualdad en el ámbito sanitario a través de la definición de los derechos de acceso de los extranjeros a las prestaciones del sistema sanitario público en España.

### *3.3.3.1. Definición del acceso de los extranjeros al SNS antes de 1999*

Debido a la propia naturaleza del sistema de protección social español, el acceso de los extranjeros a los esquemas de aseguramiento social del sistema de seguridad social estuvo tradicionalmente vinculado a su participación en el mercado de trabajo, y se producía en práctica igualdad con los nacionales. La posición ocupada por España en el sistema migratorio internacional como país emisor de flujos facilitaba el mantenimiento de una posición que pretendía “dar ejemplo” de generosidad y apertura, con la esperanza implícita de favorecer así el acceso a los sistemas de protección social de los países receptores a los más de 4,5 millones de españoles que residían en países de Europa y América Latina a finales de la década de los 1960s (Gonzalo, 1997: 99). El régimen franquista estableció además una serie de acuerdos bilaterales con países con los que existía una especial proximidad histórica (países de América Latina, y antiguas colonias como Filipinas o Guinea Ecuatorial), o geográfica (Andorra, Portugal), a través de los cuales se reconocía mutuamente la igualdad de trato en el acceso a los sistemas de seguridad social para sus nacionales (USO, 1996: 34). Aunque las implicaciones prácticas de dichos acuerdos eran virtualmente inexistentes para la SS española por la virtual irrelevancia de la presencia extranjera en España, su filosofía obedecía a un intento del régimen franquista por incrementar su perfil en la esfera internacional mediante la proyección de la idea de la Comunidad Iberoamericana de naciones<sup>273</sup>.

De este modo, el acceso de los extranjeros a la atención sanitaria quedaba establecido en condiciones de práctica igualdad con los nacionales<sup>274</sup>, a través del sistema sanitario de la SS para

---

<sup>273</sup> A través de dicha idea el régimen franquista trataba de generar un marco de cooperación internacional similar a la *Commonwealth* británica, o a la generada por el concepto de *Francophonie* francesa, a través del cual pudiesen proyectarse los intereses de la política exterior española.

<sup>274</sup> Algunos programas de protección social, como las prestaciones por desempleo, discriminaban a los no nacionales pese a que hubiesen cotizado previamente. Denunciados ante tribunales europeos, este tipo de prácticas fueron eliminadas con la reforma de la LGSS (Defensor del Pueblo, 1994: 100).

aquellos vinculados (o dependientes de alguien vinculado) al mercado laboral; mediante el recurso a la medicina privada para los no contribuyentes a la SS; o a través de la beneficencia en caso de carecer de recursos económicos.

La Constitución de 1978 no elaboró un catálogo concreto de derechos de los extranjeros, aunque en distintos artículos hacía referencia a la diferencia entre los derechos considerados intrínsecos a la persona (universales y para el ejercicio de los cuales la variable nacionalidad no resulta relevante), aquellos reservados para los nacionales, y los derechos cuya titularidad está condicionada a lo establecido en los tratados internacionales y la legislación española.

La redacción de la LGS de 1986 coincidió temporalmente con la elaboración del Reglamento de aplicación de la Ley de Extranjería aprobada algunos meses antes, pese a lo cual el tema del acceso de los extranjeros a las prestaciones del SNS apenas recibió atención durante la redacción de dicha normativa. La exposición de motivos de la LGS afirmaba que esta Ley respondía a los requerimientos constitucionales al reconocer el derecho a las prestaciones del sistema sanitario “a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España”. Esto quedaba posteriormente plasmado de un modo un tanto ambiguo (o al menos abierto a diversas interpretaciones), en el articulado de dicha Ley. Así, mientras el artículo 1.2 hacía extensible el derecho “a la protección de la salud y a la atención sanitaria” a los extranjeros residentes en España<sup>275</sup>, dejando en manos de las Leyes y

---

<sup>275</sup> El artículo 1.2 de la LGS establece que, “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 territorio nacional”. Uno de los principales frentes de discusión en torno a este artículo se centraba en el carácter necesariamente regular, o simplemente de facto, de la “residencia” que debía abrir el derecho a la atención sanitaria. Las asociaciones de defensa de los inmigrantes afirmaban que, “si el legislador hubiese querido exigir la legalidad de la residencia, lo hubiese hecho de forma expresa, como por ejemplo lo hace en materia de capacidad para celebrar el contrato de trabajo por los extranjeros (art. 7c del Estatuto de los Trabajadores). Al no existir en la LGS esta remisión a la legislación de Extranjería, ni aclaración alguna sobre el

Convenios internacionales la definición de los derechos de los extranjeros no residentes; unas líneas más abajo el artículo 3.2 definía como beneficiarios efectivos de la “asistencia sanitaria pública” a la “población española”,<sup>276</sup>.

Como ya señalamos en la sección anterior al referirnos al caso de las personas excluidas del SNS por no estar afiliados a la SS y poseer un nivel de rentas medio o alto, la diferenciación entre el derecho a la salud entendido de un modo genérico, o incluso el derecho a la atención sanitaria del sistema sanitario público pero sin garantía de gratuidad, abría también importantes interrogantes respecto al cumplimiento del principio de igualdad por parte de la legislación sanitaria, y revelaba claramente las contradicciones de una normativa que se pretendía universalizadora, pero que mantenía en sus prácticas de funcionamiento una lógica heredada del antiguo sistema de aseguramiento.

Dichas contradicciones se trasladaron en la práctica a la definición de los derechos de acceso de los extranjeros al SNS a través del Reglamento de aplicación la Ley de Extranjería aprobado ese mismo año. Pese al reconocimiento teórico del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria para todos los extranjeros residentes en España en igualdad de condiciones que los españoles, una serie de distinciones fueron establecidas en función del estatus jurídico y de la situación administrativa de las diferentes categorías de extranjeros.

Así, mientras los ciudadanos de la UE tienen garantizado el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público español mediante el reconocimiento mutuo de cobertura sanitaria<sup>277</sup>; la

---

término ‘residencia’ referido al extranjero, la misma ha de considerarse, sin duda, como residencia fáctica” (CAM, 1996: 2).

<sup>276</sup> Aquí la ambigüedad residía en la posible lectura del término “población española” de un modo restrictivo, incluyendo únicamente a los nacionales, o bien de un modo más abierto, incluyendo a toda la población residente.

<sup>277</sup> El mecanismo a través del cual se aplica dicho reconocimiento es el impreso E-111, que permite a los sistemas sanitarios de los distintos países de la UE articular sistemas de compensación mutua por el tratamiento sanitario a sus nacionales en otros países de la Unión. De igual modo, los nacionales de países

atención sanitaria de los solicitantes de refugio o asilo (que deberían disfrutar del acceso a las prestaciones sanitarias en igualdad de condiciones que los nacionales en virtud de los Tratados internacionales al respecto ratificados por España) es proporcionada por una ONG concertada con la administración<sup>278</sup>.

La distinción entre derecho genérico a la atención sanitaria, y acceso efectivo, libre y gratuito al sistema sanitario público quedaba así mismo plasmada en la diferenciación de derechos en función del tipo de permiso, y de la situación laboral del extranjero; quedando circunscrito el derecho a la atención sanitaria gratuita a los extranjeros con permiso de residencia y trabajo, así como a sus dependientes directos. Pese a esto, la posesión de un permiso de trabajo no implicaba por sí solo la apertura automática de derechos a las prestaciones del sistema sanitario público, ya que además se debía poseer un contrato de trabajo en vigor y estar por lo tanto cotizando a la SS. La terminación del contrato de trabajo implicaba la pérdida del derecho de acceso al SNS tres meses más tarde.

Aquellas personas que tan solo poseyesen un permiso de residencia (sin permiso de trabajo, y por lo tanto sin posibilidad de cotizar a la SS) no podían acceder gratuitamente a la cobertura sanitaria del SNS. Así, el derecho de acceso al sistema sanitario de los familiares llegados a España en un proceso de reagrupación

---

miembros pueden obtener su propia tarjeta sanitaria del SNS si su estancia en España se prevé superior a los 9 meses.

<sup>278</sup> El convenio entre el Ministerio de Asuntos Sociales y Cruz Roja, vigente desde 1974, establece que dicha organización se encarga de la atención primaria a este colectivo, así como de canalizar las necesidades de atención especializada u hospitalaria hacia el SNS. Si finalmente se les reconoce el estatuto de refugiado adquieren automáticamente el derecho a la tarjeta sanitaria del SNS (a través del procedimiento 56/, idéntico al aplicado a las personas sin recursos incorporadas al sistema sanitario de la SS desde la antigua beneficencia), pasando en teoría a depender directamente de los servicios sanitarios públicos (aunque en la práctica Cruz Roja con frecuencia continúa ejerciendo un papel importante en la provisión de atención sanitaria a este colectivo). Si por el contrario, la solicitud de asilo es denegada (lo más frecuente), estas personas pasan a engrosar las filas de los indocumentados.

familiar estaba directamente vinculado a la situación laboral del beneficiario del cual dependían.

Los inmigrantes indocumentados constituían finalmente el colectivo extranjero más precarizado, con un acceso gratuito limitado a los servicios de urgencias, y al tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas. Diversos circuitos paralelos integrados por ONGs, servicios sanitarios de la beneficencia (dependientes de CCAA y ayuntamientos), y profesionales de los distintos niveles de atención del SNS (a título individual y voluntario) se encargaban del seguimiento de los tratamientos recibidos en urgencias, la atención médica especializada, el tratamiento de enfermedades crónicas o de larga duración, y hasta la propia atención primaria, para dichos colectivos excluidos del SNS. Esta cobertura parcial y segmentada adolecía de una grave carencia de medios, provocaba solapamientos en la provisión de servicios sanitarios, dejaba huecos importantes en la atención a estos colectivos, haciendo depender en última instancia el acceso de los inmigrantes indocumentados a la atención sanitaria de la buena voluntad de los profesionales sanitarios.

La relativa indefinición legislativa respecto a los derechos de los extranjeros, junto con una interpretación restrictiva del artículo 3.2 de la LGS, implicó que la universalización de la cobertura sanitaria a través de la absorción de la beneficencia en el SNS promulgada en 1989 afectase únicamente a los españoles<sup>279</sup>. De este modo los inmigrantes, independientemente de su estatus administrativo y de su nivel de renta, quedaron excluidos de la cobertura sanitaria garantizada por dicho Decreto a nivel estatal (Rico, 1998: 391).

El carácter fuertemente descentralizado del sistema sanitario público español implicó sin embargo una marcada variabilidad en

---

<sup>279</sup> Tanto el Real Decreto 1088/89 del 8 de septiembre de 1989 encargado de regular la incorporación al SNS de las personas sin recursos que hasta ese momento recibían atención sanitaria a través de la beneficencia, como la Orden Ministerial del 13 de noviembre de 1989 que desarrollaba la implementación de dicho Decreto, incluían la condición de nacionalidad para incorporarse a dicho esquema.

la aplicación efectiva de dicho Decreto, debido a la diferenciada elaboración normativa por parte de los gobiernos autonómicos en torno a la extensión de la cobertura del SNS para las personas sin recursos. Así, los esquemas pioneros en este terreno, elaborados por los gobiernos vasco y valenciano, establecían el criterio de residencia en el territorio de dicha comunidad autónoma como condición para acceder a la atención sanitaria de los respectivos Servicios Regionales de Salud, omitiendo toda mención a la nacionalidad del potencial beneficiario. De modo similar, las normativas de otras CCAA como Navarra o Cataluña (promulgadas tras la aprobación del Decreto de universalización) explicitaban la obligatoriedad pública de extender la cobertura sanitaria al conjunto de la población residente en el territorio de dichas comunidades sin hacer referencia expresa a la nacionalidad de los potenciales beneficiarios. En otras comunidades como Andalucía, la condición de nacionalidad aparecía de forma explícita en la normativa, siguiendo en esto la enunciación del RD del gobierno central. Más allá de lo que estipulasen las respectivas normativas, el grado de implementación de dichas legislaciones variaba también considerablemente, contribuyendo así a añadir más confusión al ya complejo mapa de la cobertura sanitaria de los colectivos de origen inmigrante en España.

Previamente a la eliminación de la beneficencia, los servicios sociales de los gobiernos locales habían contribuido a la constitución de una red de apoyo sanitario para los inmigrantes irregulares a través de la concesión de la cartilla de beneficencia a las personas empadronadas en el municipio (independientemente de su nacionalidad, situación administrativa, o estatus jurídico). Tras la aprobación del Decreto de universalización, y de las normativas autonómicas relativas a la expansión de la cobertura de los Sistemas Regionales de Salud (SRS), buen número de municipios dejaron de prestar ese servicio asistencial, al ser transferidos la gran mayoría de sus beneficiarios al sistema sanitario de la SS. Así, de un modo un tanto paradójico, la aplicación de una medida diseñada para alcanzar la universalización efectiva del acceso al sistema sanitario público, y

prevenir la dualización del sistema sanitario por la pervivencia de esquemas de segunda categoría destinados a los grupos más desfavorecidos, resultó en una mayor precarización de la cobertura de los inmigrantes indocumentados, así como en el surgimiento de un circuito paralelo residual para la provisión de servicios sanitarios a este colectivo excluido del SNS.

En términos generales la desaparición de la beneficencia supuso el surgimiento de unos circuitos informales de atención sanitaria en los que diversas instituciones (públicas y privadas) se implicaron de un modo más o menos coordinado en la provisión de servicios sanitarios gratuitos a estos colectivos precarizados. El desarrollo de estos nuevos equilibrios institucionales resultó en un considerable incremento del margen de arbitrariedad, y en última instancia, en una mayor dependencia de la buena voluntad de los profesionales médicos para la obtención de cuidados médicos en situaciones no catalogadas como urgentes.

El ejemplo de los circuitos de provisión de servicios sanitarios a inmigrantes indocumentados en Madrid y Barcelona (las dos principales ciudades del país donde se concentran importantes colectivos de inmigrantes) resulta especialmente ilustrativo del modo de funcionamiento de dichos esquemas, así como de las motivaciones de los distintos agentes que participaban en los mismos, y de las implicaciones de esta forma de provisión de servicios sanitarios para los colectivos precarizados.

En el caso de Madrid, dos redes de servicios sanitarios dependientes de niveles inferiores de la administración han coexistido durante los últimos lustros junto a los servicios sanitarios del SNS gestionados por el Insalud<sup>280</sup>: los servicios sanitarios regionales, gestionados por el gobierno autónomo e integrados por un hospital (el Gregorio Marañón, heredado de la antigua beneficencia provincial), y varios dispensarios y centros

---

<sup>280</sup> La transferencia de la totalidad de las competencias sanitarias al gobierno autónomo a principios de 2002 puede suponer un paso importante en la amalgamación de los distintos sistemas sanitarios (definitivamente de los hasta ahora dependientes de la CAM, y el SNS hasta la fecha gestionado por el Insalud), en un SRS unificado.

de salud pública; y la red dependiente del gobierno local, compuesta por los 13 Centros Integrados de Salud (CIS) (dispensarios de la antigua beneficencia municipal donde se proporcionaba un reducido rango de especialidades, así de como atención primaria, de modo gratuito). La existencia de estos sistemas sanitarios superpuestos era una reminiscencia de la tradicional fragmentación de la atención sanitaria pública en España, así como una ejemplificación del fracaso de los múltiples intentos (incluyendo la propia LGS) de unificación de los diferentes servicios sanitarios bajo unas mismas siglas.

Esta pluralidad de niveles de atención sanitaria jugó un papel importante en el desarrollo de canales paralelos de provisión de servicios sanitarios para los inmigrantes en situación administrativa precaria. Tras el vaciamiento de buena parte de sus funciones por la incorporación de la beneficencia en el SNS, estas estructuras hubieron de redefinir sus objetivos para garantizar su propia supervivencia como instituciones independientes. Además de encargarse de los programas de salud pública (inspecciones sanitarias, prevención de enfermedades infecto-contagiosas), y de aspectos socio-sanitarios poco tratados por el SNS (drogodependencias, VIH-Sida, salud mental), su intervención en la provisión de atención sanitaria a colectivos de inmigrantes en situación administrativa precaria constituía un buen argumento para justificar su continuidad en un contexto en el que su absorción por el SNS aparecía como un escenario bastante previsible. Aunque en el caso de los CIS de Madrid la atención a los inmigrantes indocumentados no llegó a ser oficialmente reconocida por las autoridades sanitarias municipales como uno de los objetivos explícitos de dicha red (lo cual redundó en un mayor margen para la arbitrariedad<sup>281</sup>), la mayoría de estos centros

---

<sup>281</sup> Así, de los 13 centros de la red municipal, 2 se negaban a atender a inmigrantes indocumentados por decisión de sus respectivos directores, por lo que los inmigrantes indocumentados residentes en las zonas vinculadas a dichos centros debían acudir a otro CIS, o a los dispensarios de las ONGs. Tan solo en 1996, los 11 CIS que trataban a inmigrantes atendieron más de 7.100 consultas de inmigrantes indocumentados (Rodrigo, 1997: 3).

abrieron a los inmigrantes indocumentados las puertas de sus programas preventivos y de educación para la salud, consultas especializadas, quirófanos para pequeñas intervenciones quirúrgicas, provisión de medicamentos gratuitos para personas sin recursos, y programas de atención primaria.

Junto con los CIS municipales, y al igual que ocurrió en el caso francés, una serie de ONGs abrieron también dispensarios gratuitos, fundamentalmente de atención primaria, para atender a los inmigrantes no cubiertos por el SNS. Así, Cruz Roja, que desde 1974 venía proporcionando atención sanitaria a los solicitantes de asilo y refugio, firmó un convenio con el M<sup>o</sup> Asuntos Sociales en 1990 para proporcionar atención primaria a los colectivos de inmigrantes indocumentados (fundamentalmente a solicitantes de asilo o refugio a los que se hubiese denegado su solicitud).

En 1992 la sección española de Médicos del Mundo (MDM) estableció su programa Cuarto Mundo, dedicado a la lucha contra la exclusión social. Dentro de ese programa se creó en 1994 en Madrid el primer Centro de Atención Socio Sanitaria de Inmigrantes (CASSIM), con el objetivo de contribuir a suplir las carencias de la actuación pública en el ámbito sanitario en relación con los inmigrantes<sup>282</sup>. En 1998, este programa se había extendido hasta un total de 12 ciudades, situadas en 8 CCAA de todo el país. Además de proporcionar atención primaria y algunas especialidades médicas a los colectivos de inmigrantes excluidos del SNS (pediatría, otorrinonaringología, cardiología, psiquiatría, etc), el CASSIM de Madrid ejerció una actividad de presión sobre

---

<sup>282</sup> El CASSIM de Madrid atendió a cerca de 3.400 pacientes en 1996, cifra que se elevó por encima de los 7.000 en 1998 (MDM, 1996, y 1998). Contrariamente a lo que señalamos en la sección anterior como la política de MDM Francia, la rama española de esta organización no plantea reparos a explicitar la nacionalidad de sus beneficiarios, o en diseñar un programa específico para inmigrantes. Esta diferencia de enfoque puede ser atribuida a la inexistencia en España de una filosofía republicana que en el caso francés obliga a plantear los programas de intervención social desde una perspectiva genérica de lucha contra la exclusión social, sin identificar colectivos, ni diferenciar entre grupos por su origen étnico, o nacional.

los responsables de los CIS municipales para conseguir que admitiesen a estos colectivos en sus consultas<sup>283</sup> (Cuadros, 1997: 240). En el Área de salud 9 de la CAM (Leganés, Fuenlabrada, Humanes), MDM consiguió también el apoyo del equipo gestor dependiente del Insalud, por lo que se inició una experiencia pionera en facilitar el acceso sistemático de los inmigrantes indocumentados a los 8 Centros Primarios de Salud de ese Área<sup>284</sup>.

Los programas de actuación del CASSIM de Madrid, en su mayor parte basados en trabajo voluntario, eran financiados en una pequeña parte por aportaciones privadas, y en mayor medida por subvenciones públicas (M<sup>o</sup> de Asuntos Sociales, presupuesto de cooperación al desarrollo del Ayuntamiento de Madrid, CAM). Tras el relativo éxito en su objetivo de que la mayoría de los CIS aceptasen a los inmigrantes indocumentados, el CASSIM comenzó a evolucionar hacia intervenciones preventivas (educación para la salud, planificación familiar, enfermedades psicosomáticas, etc), prefigurando así lo que podría ser su línea de actuación tras la universalización efectiva de la cobertura sanitaria.

Otras ONGs como Karibu, especializada en la atención a inmigrantes procedentes del África Subsahariana; o la sección española de Médicos Sin Fronteras (MSF), a través de un dispensario móvil desplazado hasta núcleos de infraviviendas ocupadas mayoritariamente por inmigrantes magrebíes en situación administrativa precaria, contribuían a proporcionar una cobertura de atención primaria básica para los colectivos de extranjeros excluidos del SNS.

---

<sup>283</sup> La durante años presidenta, y socia fundadora de MDM España Pilar Estébanez, era simultáneamente médico municipal y por lo tanto buena conocedora de los CIS, sus profesionales sanitarios, y sus prácticas de funcionamiento, lo cual facilitó la comunicación entre ambas instituciones.

<sup>284</sup> El doctor Luis Aragón, miembro de MDM y facultativo en dicho área sanitaria, realizó una encuesta entre los médicos de ese ámbito territorial y comprobó que buen número de ellos se declaraban favorables a la atención de los inmigrantes indocumentados en los centros sanitarios del SNS, por lo que puso en marcha un proyecto de integración de estos colectivos precarizados en los circuitos normalizados de atención primaria.

A nivel hospitalario, y más allá de la atención de urgencias garantizada universalmente en base a criterios humanitarios, la decisión de atender a pacientes indocumentados dependía estrictamente del equipo gestor de cada centro, produciéndose una suerte de especialización, con algunos hospitales (a menudo aquellos que tradicionalmente habían pertenecido a los servicios de la beneficencia municipal o provincial) actuando como centros de referencia para las poblaciones precarizadas. En ese contexto, cada ONG utilizaba su propio canal de acceso a los servicios hospitalarios para sus pacientes, basado en las redes informales de contactos de los profesionales sanitarios que trabajaban en los dispensarios de estas organizaciones. Así, mientras Karibu derivaba a sus pacientes fundamentalmente hacia el departamento de Medicina Tropical del hospital Ramón y Cajal; el CASSIM de MDM trataba de derivarlos hacia el hospital de referencia de la zona de residencia del inmigrante, aunque terminaba con frecuencia recurriendo al hospital Gregorio Marañón ante la negativa frontal de los gestores de otros centros a atender inmigrantes indocumentados.

Las ONGs denunciaban la ambigüedad, y por lo tanto el amplio margen de arbitrariedad, incorporado en el concepto de “urgencias”, que dejaba en manos del criterio subjetivo de los profesionales sanitarios de guardia la decisión acerca de la “gravedad” del paciente, y en consecuencia acerca de su elegibilidad para recibir tratamiento médico a cargo del sistema sanitario público (Defensor del Pueblo, 1994: 147). Estas organizaciones denunciaban también las prácticas de algunos hospitales por las cuales obligaban a los inmigrantes indocumentados a firmar compromisos de pago antes de ser atendidos (no solo en tratamientos considerados no urgentes - partos, traumatismos, etc-, sino incluso en situaciones de claro riesgo para la vida del paciente). Aunque los hospitales afirmaban que dicho procedimiento se realizaba únicamente con propósitos de control del gasto del propio centro, y de hecho en la mayor parte de los casos dichas facturas no eran tramitadas, algunos inmigrantes fueron de hecho llevados ante los tribunales por

impago de los tratamientos sanitarios recibidos por parte de hospitales del SNS. Las organizaciones sanitarias voluntarias temían los efectos disuasorios de dichas medidas, y en última instancia las repercusiones sobre la salud de los inmigrantes en situación administrativa precaria que dejarían de acudir a los centros sanitarios por temor a ser obligados a pagar por el tratamiento recibido, o a ser denunciados por el impago de las facturas.

En el caso de Barcelona la organización del sistema sanitario difería considerablemente de la existente en Madrid, por lo que los equilibrios institucionales desplegados para atender las necesidades sanitarias más perentorias de los colectivos de inmigrantes en situación administrativa precaria adquirieron también un carácter específico.

Con competencias plenas en el ámbito sanitario desde 1981, el gobierno catalán promulgó los Decretos 55/1990, y 178/1991 que regulaban la extensión de la cobertura sanitaria a las personas sin recursos en Cataluña, adaptando las líneas generales del RD 1088/1989 elaborado por el gobierno central. Dichos Decretos no introducían explícitamente la condición de nacionalidad para poder acceder a dicha prestación, estipulando tan solo una condición de residencia y empadronamiento en el territorio de la comunidad autónoma catalana. Esta posibilidad de relativa apertura legislativa no se vio plasmada en un desarrollo normativo que universalizase de facto el acceso a la sanidad pública en base a la residencia, por lo que los colectivos de inmigrantes indocumentados permanecían básicamente excluidos de los canales normalizados de asistencia sanitaria en esta comunidad autónoma.

La *Llei d'ordenació sanitària de Catalunya* (LOSC), aprobada por el Parlamento catalán en 1990, adaptó el modelo de planificación y gestión sanitaria en Cataluña a lo estipulado por la LGS de 1986, tomando en consideración la idiosincrasia del sistema de provisión de servicios sanitarios tradicional en esta comunidad, marcada por una fuerte presencia de instituciones sanitarias privadas (con y sin ánimo de lucro) trabajando para el

sistema sanitario público. De este modo, dicha legislación institucionalizó la separación de funciones entre la planificación, compra y financiación de los servicios sanitarios, encargadas al SCS; y la provisión de servicios sanitarios que corría a cargo de los centros sanitarios públicos organizados en torno al *Institut Català de la Salut* (ICS), así como de otras organizaciones concertadas con el SCS. Este modelo consiguió un mayor grado de coordinación en la provisión de servicios sanitarios entre los distintos sistemas, manteniendo simultáneamente la pluralidad de actores implicados en este ámbito. En ese carácter plural, y en la gran autonomía de funcionamiento de cada organización estribaba la clave de la abundancia y diversidad de esquemas de cobertura sanitaria para los inmigrantes excluidos de los canales normalizados.

En ese contexto de coordinación institucional entre diferentes redes sanitarias, las autoridades municipales barcelonesas (como las de algunos otros municipios catalanes) decidieron mantener el esquema de la beneficencia sanitaria para los inmigrantes indocumentados que no estaban siendo incorporados al sistema sanitario de la SS. Así, el *Institut Municipal d'Assistència Sanitaria* (IMAS) estableció en 1992 un dispensario de atención primaria especializado en atender a los inmigrantes indocumentados, financiado con cargo al presupuesto municipal<sup>285</sup>. Desde este centro se derivaba a los pacientes que requerían atención especializada hacia centros hospitalarios pertenecientes a la red del IMAS (como el Hospital del Mar, o el centro de Perecamps anteriormente pertenecientes a la beneficencia municipal).

Los circuitos más o menos informales de atención a los inmigrantes indocumentados incluían también los CAPs

---

<sup>285</sup>Pese a que el IMAD pasó a depender del *Consorci Sanitari de Barcelona* (CSB), constituido por el gobierno local y la *Generalitat* en 1995 para profundizar en la coordinación de las redes de asistencia sanitaria pública en esta ciudad, quedando así adscrito al ICS, la línea de financiación del dispensario abierto para atender a los inmigrantes indocumentados continuó procediendo íntegramente del presupuesto municipal (Diputació de Barcelona, 1997: 582).

dependientes del SCS, donde estos colectivos eran en ocasiones atendidos de modo gratuito a través del turno de urgencias, sin mediación de expediente social, y en algunos casos asignándoles incluso un médico de cabecera y abriéndoles un expediente médico (Diputació de Barcelona, 1997: 567). Esta atención era totalmente graciable y dependía de la buena voluntad de los profesionales sanitarios, por lo que mientras algunos médicos se mostraban dispuestos a tratar a pacientes indocumentados, otros se oponían a recibir pacientes (incluso menores) sin tarjeta sanitaria. El hecho de que estas prácticas voluntaristas se diesen con mucha mayor frecuencia entre los profesionales sanitarios de los CAP creados por la LGS, que entre los médicos vinculados al antiguo sistema de ambulatorios, estaba relacionado con la estructura de incentivos, la autonomía de gestión, y la mayor disponibilidad del personal sanitario (empleado a tiempo completo y con dedicación exclusiva) derivados de la implementación del nuevo sistema de atención primaria<sup>286</sup>.

Las autoridades sanitarias eran conscientes de que en ocasiones los propios inmigrantes se prestaban mutuamente la tarjeta sanitaria para garantizarse el acceso a la atención sanitaria, y en especial para poder acceder a medicamentos subvencionados (Diputació de Barcelona, 1997: 580). A pesar de que estas prácticas informales podían tener efectos negativos sobre el trabajo de los profesionales sanitarios (dificultando el seguimiento del historial médico de los pacientes), o de que pudiesen existir casos en los que el “préstamo” de la tarjeta sanitaria se hiciese con afán de lucro, éstas eran toleradas por las autoridades sanitarias. En otras ocasiones de hecho, los propios profesionales sanitarios utilizaban el número de cartilla de otro usuario, o directamente

---

<sup>286</sup> A modo de contra-argumento, las características clave del nuevo esquema de atención primaria podían a su vez tener consecuencias negativas para el desarrollo de prácticas altruistas, ya que la nueva cultura de exigencia de resultados a los centros por parte del financiador de los servicios (en este caso el SCS) podría poner en apuros a los centros que atendiesen a un mayor número de personas en situación administrativa precaria al no poder justificar los servicios prestados.

asignaban un número ficticio, con el objetivo de recetar medicamentos a inmigrantes en situación precaria sin cobertura sanitaria.

Aparte de los hospitales que centralizaban la atención especializada y hospitalaria a los inmigrantes irregulares (Hospital Clinic i Provincial de Barcelona, hospitales del IMAS), surgieron en la provincia de Barcelona otros dos centros de referencia especializados en la atención sanitaria a los colectivos inmigrantes irregulares: la *Unitat de Malalties Tropicals i Importades* (UMTI) del CAP de Drassanes, y la *Unitat de Medicina de la Immigració* (anteriormente conocida como *Unitat de Minories Ètniques*) del hospital Sant Jaume y Santa Magdalena de Mataró. Estos centros desarrollaron esquemas de atención sanitaria integral, en los que además de atender gratuitamente a estos colectivos, se les proporcionaba una atención sanitaria adaptada a sus necesidades específicas.

Ante la relativa densidad y coordinación de las distintas redes sanitarias dedicadas a proporcionar atención sanitaria a los colectivos en situación administrativa precaria, la intervención de las ONGs en Barcelona fue relativamente menos necesaria que en otros lugares del estado. Pese a esto, Cruz Roja trabajó también con refugiados y solicitantes de asilo, y MSF desarrolló desde 1994 un proyecto de autobús-dispensario móvil para poblaciones marginadas (incluyendo inmigrantes en situación administrativa precaria). En 1994 se creó también el *Grup per a l'Assistència Sanitària als Immigrants i Refugiats* (GASIR), con su programa de salud mental desarrollado por el *Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial als Immigrants i Refugiats* (SAPPIR), puesto en marcha en los locales del Hospital Sant Pere Clavé de Barcelona.

La existencia de prácticas de estimación de costes y de facturación a instituciones terceras derivadas de la separación de funciones entre financiación y provisión de servicios característica del sistema sanitario en Cataluña, facilitaba la transferencia de los costes de la atención sanitaria a los inmigrantes indocumentados a otras instituciones o administraciones. De este modo surgieron

acuerdos, por lo general verbales, entre centros sanitarios y servicios sociales de municipios de la provincia de Barcelona, para el reconocimiento de los costes imputables a la atención sanitaria de los inmigrantes indocumentados residentes en dichos municipios. En otras ocasiones en las que no existían dichos acuerdos, los hospitales trataban de hacer responsables subsidiarios a las autoridades municipales de la población donde residía este paciente, que por lo general no solían abonar las facturas.

A partir de 1994 la *Conselleria de Sanitat i Seguretat Social* (CSSS) del gobierno autónomo catalán asumió el coste de los tratamientos sanitarios proporcionados a los inmigrantes indocumentados, y para ello atribuyó la competencia de gestionar los fondos destinados a este fin a la *Oficina de Cooperació Sanitària Internacional* (OCSI), una agencia pública que hasta ese momento se había encargado de financiar proyectos de cooperación sanitaria con países en vías de desarrollo. Así, previo informe social elaborado por los servicios sociales municipales, los gastos derivados de la atención sanitaria a los extranjeros sin recursos económicos y sin derecho a la atención gratuita del SNS comenzaron a ser cubiertos con cargo al presupuesto que la *Generalitat* de Cataluña destinaba a cooperación internacional.

#### 3.3.3.2. *Inclusión de los extranjeros en el SNS: Ley de Extranjería 4/2000, y su reforma 8/2000*

El marco institucional y normativo responsable de la provisión de servicios sanitarios a los colectivos inmigrantes indocumentados descrito en la sección anterior se caracterizaba por el solapamiento de servicios, las derivaciones de enfermos entre centros utilizando mecanismos informales basados en el capital relacional de las organizaciones, la negativa de algunos profesionales y centros a tratar a inmigrantes indocumentados, y en definitiva por una cobertura irregular e incompleta y una dependencia casi total de la voluntad de los profesionales

sanitarios. Los equilibrios institucionales establecidos planteaban además un contexto complejo de interacción entre distintas organizaciones con sus respectivos intereses en un ámbito caracterizado por una relativa indefinición de las respectivas atribuciones, competencias y responsabilidades.

Contrariamente a lo observado en el caso francés, donde la reivindicación de la extensión de la cobertura sanitaria a los inmigrantes irregulares formaba parte de un movimiento más amplio de lucha contra el fenómeno de la exclusión social, en España la movilización para extender el derecho de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS a estos colectivos aparecía como una demanda relativamente aislada promovida por las asociaciones de inmigrantes y las ONGs encargadas de cubrir los huecos dejados por el sistema sanitario público, en cierta medida apoyadas por las organizaciones sindicales.

Además de por razones estrictamente humanitarias, las ONGs propugnaban la necesidad de incorporar a estos colectivos a la atención sanitaria normalizada en base a argumentos de salud pública, ante los riesgos derivados de mantener fuera del alcance de las políticas de prevención sanitaria a colectivos potencialmente portadores de enfermedades desconocidas, o casi erradicadas en España (Bronet y Pretel, en Defensor del Pueblo, 1994: 140).

Los sindicatos por su parte enfatizaban su interés en mejorar las condiciones socio-laborales de los colectivos de inmigrantes más precarizados, incluyendo el tema del acceso a los canales normalizados de la asistencia sanitaria del SNS. Pese a este interés explícito por la suerte de los inmigrantes en situación administrativa precaria, los sindicatos experimentaban limitaciones en su capacidad de intervención en este ámbito por el rechazo a la inmigración de parte de sus bases, especialmente entre aquellos sectores menos sindicalizados, o en aquellos ámbitos donde la inmigración era percibida como una amenaza a la calidad del empleo.

La movilización de estos agentes sociales motivó la intervención del Defensor del Pueblo, que en sus informes de

1992 y 1997 dejó constancia de los problemas derivados de la débil cobertura sanitaria de los inmigrantes indocumentados, y abogó por la conveniencia de incorporar a dichos colectivos a los canales de asistencia normalizados del SNS.

La percepción generalizada entre los agentes implicados en este ámbito era que, por una cuestión de claridad jurídica (cómo incluir legalmente en el sistema sanitario público a personas que oficialmente “no están” en el territorio de dicho estado)<sup>287</sup>, así como por el objetivo de reducir los incentivos a la residencia ilegal, las autoridades españolas preferían atender las necesidades sanitarias de los inmigrantes indocumentados a través de los circuitos informales existentes, y fundamentalmente mediante la intervención de las ONGs.

Pese a esto, el carácter no monolítico de la administración del estado implicaba que algunas instituciones como el Mº de Asuntos Sociales, o la Dirección General de Migraciones (DGM) dependiente de aquel, mostraran una actitud más abierta hacia los intereses de los inmigrantes; mientras que el Mº del Interior (secundado en ocasiones por otros ministerios) tratase de frenar cualquier intento de expansión de derechos para los inmigrantes indocumentados. El Insalud por su parte esgrimía diversos argumentos para justificar el mantenimiento de la exclusión de los inmigrantes indocumentados de los esquemas normalizados, fundamentalmente el coste económico de extender el acceso al SNS a dichos colectivos, y el rechazo de parte de la población autóctona a la inclusión de extranjeros (especialmente ante la

---

<sup>287</sup> Como apuntaba Manuel Aznar, asesor jurídico del Defensor del Pueblo, “desde el punto de vista estrictamente legal, no encontraba un título jurídico que permitiese amparar a los extranjeros ilegales sanitariamente y si bien se podían invocar instrumentos internacionales, como convenios sobre derechos humanos, etc., lo cierto es que con el derecho positivo interno no existe título jurídico que ampare a la situación de los inmigrantes ilegales (...) ante los que no cabe actuar de otra manera que mediante la utilización de convenios con Cruz Roja o con organizaciones no gubernamentales y siendo el Estado el que indirectamente asuma (...) mediante subvenciones a las mismas, la protección sanitaria de estas personas” (Defensor del Pueblo, 1994: 150).

existencia de listas de espera para buen número de intervenciones que requiriesen hospitalización).

En ese complejo marco de intereses contrapuestos habría que situar a las ONGs, que en ocasiones serían utilizadas por la DGM para legitimar sus argumentos frente a otros organismos de la administración (Defensor del Pueblo, 1994: 103); mientras que en otros momentos serían propuestas por los defensores del *status quo* como la mejor alternativa para suplir a una iniciativa pública “necesariamente” ausente. Ante el argumento del coste económico, estas organizaciones, así como la mayor parte de los agentes implicados en el ámbito sanitario, afirmaban que la expansión de la cobertura del SNS a las poblaciones en situación administrativa precaria no supondría un incremento significativo del gasto ya que la mayor parte de los inmigrantes en esa situación serían relativamente jóvenes y su estado de salud generalmente bueno<sup>288</sup>. Además de esto, y como reconocía en una conferencia pública en 1997 el Director General de Migraciones Raimundo Aragón Bombín, las autoridades eran plenamente conscientes de que el estado terminaba asumiendo el coste del tratamiento sanitario de estas poblaciones, ya fuese mediante el tratamiento por la vía de urgencias<sup>289</sup>, ya a través de subvenciones a las organizaciones voluntarias<sup>290</sup>.

---

<sup>288</sup> Según los defensores de esta línea argumental, tan solo cuando comienza el proceso de reagrupación familiar, con la aparición de menores y ancianos, comienzan a incrementarse los gastos sanitarios generados por las poblaciones de origen inmigrante.

<sup>289</sup> En este mismo sentido se expresaba el portavoz del PP en temas de inmigración Diego Jordano en 1998 al señalar el carácter estrictamente administrativo de muchas de las trabas al acceso de los inmigrantes al sistema sanitario público, “... lo que no dejan de ser trabas burocráticas y que conducen a situaciones absurdas. (...) Negamos el derecho de sanidad y, sin embargo, tenemos que canalizar la asistencia sanitaria a los inmigrantes por la vía de urgencia” (DSCD, 202: 10920).

<sup>290</sup> Aunque posiblemente el tratamiento de las necesidades sanitarias de los inmigrantes indocumentados resultase algo más barato que la expansión de la cobertura del SNS a estos colectivos, al basarse el funcionamiento de estas organizaciones en trabajo voluntario, y contribuir dicha situación de precariedad a contener la demanda de asistencia sanitaria por debajo de su nivel normal. La

Para aquellos sectores más críticos con el mantenimiento de dicho sistema de financiación indirecta de la atención sanitaria a los inmigrantes indocumentados, entre los que se encontraban una parte de los cuadros de las mismas ONGs que suplían a la acción pública, el problema de dichos programas de subvenciones públicas estribaba en que politizaban la provisión de servicios (al ser algunas organizaciones favorecidas por unos partidos políticos, y otras por otros), generaban dependencia, y limitaban la autonomía de las ONGs<sup>291</sup>. Las administraciones “comprarían el silencio” de estas organizaciones a través de las subvenciones, al tiempo que minimizarían los problemas derivados de la presencia de inmigrantes indocumentados, sin necesidad reconocer oficialmente su existencia<sup>292</sup>.

Las críticas al sistema de subvenciones a las ONGs para la provisión de servicios sanitarios se hacían extensivas al desarrollo y/o al mantenimiento de estructuras sanitarias paralelas al SNS dependientes de las administraciones regionales y locales y que, tras la lenta eliminación de la beneficencia obtendrían financiación y una nueva clientela específica precisamente por la existencia de esa población excluida (Freire, 1993: 129).

El tema de la expansión de la cobertura sanitaria a los colectivos de inmigrantes indocumentados fue introducido en algunas ocasiones en la agenda política de las CCAA, y diversas iniciativas políticas fueron aprobadas a ese nivel, en general

---

otra cara de esa misma moneda serían los costes superiores derivados de atender las patologías en un estadio más avanzado de su evolución clínica, así como el uso excesivo de los servicios de urgencias, considerablemente más caros que el tratamiento a través de los circuitos de atención primaria.

<sup>291</sup> La estructura de incentivos llevaría a las ONGs a tratar de mantener sus subvenciones argumentando por ejemplo su mayor flexibilidad para adaptarse a una demanda cambiante, o para llegar hasta colectivos más elusivos por su situación de ilegalidad, dejando necesariamente de lado con ello sus actividades de presión para tratar de introducir en la agenda política la cuestión de la universalización efectiva de la cobertura sanitaria.

<sup>292</sup> Dichas subvenciones se otorgaban a programas para “inmigrantes sin recursos”, sin hacer mención alguna a la precaria situación administrativa de estos inmigrantes, en buena medida origen de su situación de exclusión social.

utilizando mecanismos indirectos de financiación del acceso de dichas poblaciones excluidas. El éxito de esas medidas en garantizar una igualdad de acceso efectiva fue más que relativo, al chocar con la falta de voluntad política de las autoridades regionales, con los constreñimientos competenciales, y con un marco regulador estatal restrictivo, verdadero origen de dicha situación de exclusión.

En la CAM comenzó a redactarse en 1996 el Plan Regional para la Integración de los Inmigrantes, para lo cual se crearon 6 comisiones de trabajo, una de ellas centrada en el ámbito sanitario, y compuesta por representantes de las administraciones autonómica y municipal, y de las ONGs. Durante uno de los primeros encuentros de la ponencia sanitaria las autoridades regionales sugirieron a las ONGs la conveniencia de que continuasen proporcionando atención sanitaria a los inmigrantes indocumentados, para lo cual la CAM se mostraba dispuesta a establecer líneas especiales de financiación. Al mismo tiempo se planteaba la posibilidad de crear un gran centro de atención sanitaria de referencia para este colectivo al margen de los circuitos normalizados, que sería gestionado por las ONGs, y financiado por la CAM. Un pequeño grupo de organizaciones (Comisión Católica, Karibu, y Cruz Roja) mostraron su disposición a participar en dichas iniciativas, pero el grueso de las organizaciones implicadas en este ámbito de actuación (incluyendo MDM, ASTI, SOS Racismo, etc) optó por mantener una actitud más crítica, y remitieron un escrito a la Asamblea de la CAM pidiendo que se incluyese a estos colectivos en el sistema sanitario público<sup>293</sup>.

La respuesta de las autoridades regionales a dicha demanda fue señalar la ausencia de competencias de la CAM en el ámbito

---

<sup>293</sup> En dicha petición estas organizaciones solicitaban que acabase el sistema de subvencionar a las ONGs, ya que estas redes paralelas meten en un gueto a los inmigrantes y tienen finalmente un coste más alto para la sociedad, “Reclamamos la atención a los irregulares en los CIS y en hospitales regionales como un primer paso para integrarlos en la red pública hasta que el Insalud se transfiera a la Comunidad” (El País, 10 de abril de 1997).

sanitario al no haberse realizado las transferencias sanitarias, y ser el Insalud el responsable de la gestión del SNS en la Comunidad de Madrid. Pese a dicha ausencia de competencias sanitarias, el 23 de julio de 1998 los distintos grupos parlamentarios regionales aprobaron por unanimidad en la Asamblea de Madrid una medida por la cual los inmigrantes excluidos del SNS quedarían exonerados de pago de los servicios prestados por centros sanitarios dependientes de la CAM (González González, 2001: 160). Esta medida pretendía garantizar la asistencia médica gratuita a los inmigrantes irregulares a través de un mecanismo indirecto como era la publicación del catálogo de fijación de precios de los servicios públicos, del cual estarían excluidos los servicios sanitarios proporcionados a los inmigrantes en situación administrativa precaria. Esta decisión venía también en este caso a legalizar una práctica corriente, ya que tanto el hospital Gregorio Marañón (el único gran hospital dependiente por esas fechas de la Consejería de Sanidad de la CAM), como los dispensarios sanitarios gestionados por la administración regional, venían tratando gratuitamente a los inmigrantes indocumentados que les eran derivados por las ONGs, o los CIS municipales.

La falta de voluntad política de expandir los derechos de los inmigrantes a nivel regional se hizo sin embargo palpable durante el largo proceso de tramitación del Plan Regional para la Integración de los Inmigrantes cuya versión supuestamente definitiva era remitida al Consejo Económico y Social Regional para su estudio en 1999. Tras las elecciones autonómicas de ese mismo año, la nueva consejera de Bienestar Social de la CAM solicitó a los miembros de las distintas comisiones que volviesen a retomar los primeros borradores de trabajo redactados en 1996. Según los agentes sindicales implicados en dichas comisiones, esta decisión obedecía a una intención de retrasar la aprobación de dicho Plan, para el cual de todos modos tampoco existía dotación presupuestaria<sup>294</sup>.

---

<sup>294</sup> Una situación similar habría ocurrido con la iniciativa de promover la creación de un Foro Regional para la integración de los inmigrantes, puesta en

El *Plá Interdepartamental d'Immigració* aprobado por la *Generalitat* de Cataluña en 1993 incluía un programa de actuación de la CSSS titulado “*Els immigrants estrangers. Grups d'especial interès sanitari*” en el que se explicitaba la necesidad de resolver los problemas de acceso de los inmigrantes al sistema sanitario, aunque prestando escasa atención a los problemas de orden legal que dificultaban dicho acceso. El *Pla de Salut de Catalunya*, puesto en marcha por el SCS en 1993, se comprometía también a elaborar un protocolo de actuación que garantizase la igualdad de acceso de todos los usuarios al SCS. Dicho protocolo fue elaborado por un grupo de profesionales sanitarios con experiencia en el trabajo con grupos inmigrantes centrándose en cuatro grandes ejes de actuación: accesibilidad, atención y continuidad asistencial, problemas específicos, y formación de los profesionales. Ni las conclusiones de dicho grupo de trabajo, ni el protocolo elaborado por el mismo, tuvieron repercusiones tras la finalización del período de vigencia de dicho Plan.

En 1994, la *Comissió de Política Social del Parlament de Catalunya* instaba al gobierno de la *Generalitat* a difundir entre los agentes implicados en la provisión de servicios sanitarios información precisa acerca de los derechos de acceso a la sanidad pública de los inmigrantes indocumentados (Diputació de Barcelona, 1997: 563). Tanto el *Consell de la Immigració* (foro consultivo compuesto por las administraciones, ONGs y asociaciones), como las plataformas de ONGs (Informe de Girona), y las entidades que agrupaban a las entidades municipales catalanas (*Associació Catalana de Municipis, Federació de Minicipis de Catalunya*) reclamaron en diversas ocasiones la extensión del derecho de acceso a las prestaciones del SCS para

---

marcha a finales de 1999, y en el cual estarían representados la administración, así como las distintas ONGs (incluyendo las que trabajan en el ámbito sanitario), sindicatos y asociaciones de inmigrantes. En la práctica dicho Foro estaría prácticamente paralizado por la falta de voluntad política mostrada por la administración regional (y por la consiguiente por falta de presupuesto), así como por las polémicas permanentes respecto a la distribución de los cargos entre las distintas organizaciones e instituciones que lo integran.

toda persona presente en el territorio catalán, independientemente de su estatus jurídico o situación administrativa. El *Sindic de Greuges* (Defensor del Pueblo de la Comunidad Autónoma de Cataluña) inició también una investigación en 1994 con objeto de recabar información acerca de la situación jurídico-sanitaria del colectivo de inmigrantes no comunitarios, y en particular de los que se encontrasen en situación administrativa precaria.

En respuesta a los requerimientos del *Sindic*, el *Departament de Sanitat de la Generalitat* afirmó que estaba considerando la posibilidad de promulgar una orden extendiendo el margen de cobertura del SCS para incluir a los colectivos excluidos del mismo. A pesar de todas estas manifestaciones y presiones a favor de una expansión efectiva del rango de cobertura del SCS, y pese a las declaraciones de las autoridades autonómicas respecto a su voluntad de avanzar en esa dirección, la única medida adoptada en ese sentido fue la asunción indirecta del coste del tratamiento de los inmigrantes indocumentados por la *Generalitat* a través de la intervención de la OCSI.

El tema de la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados irrumpió con fuerza en la agenda política estatal a principios de 1999. Pese a la relativa debilidad de la coalición de organizaciones que propugnaba la incorporación de dichos colectivos al SNS, dicha movilización encontró una ventana de oportunidad política relativamente favorable en el proceso de cambio del marco regulador de la política migratoria española. Tras la incorporación de este tema en la agenda política, la evolución del derecho de acceso al SNS para los extranjeros pasó a estar directamente vinculado con el proceso de elaboración legislativa que dio pie a la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, generalmente conocida como Ley 4/2000, y a su posterior reforma aprobada tan solo unos meses más tarde, denominada 8/2000.

Los primeros inmigrantes indocumentados en conseguir formalmente acceso a las prestaciones del SNS en igualdad de condiciones que los nacionales habían sido los menores de edad, cuando la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del

Niño de 1989 fue incorporada a la legislación española a través de la Ley de Protección del Menor de 1996, y del Reglamento de aplicación de la Ley de Extranjería aprobado ese mismo año<sup>295</sup>. La implementación de dicha legislación había quedado frenada por la complejidad de los equilibrios institucionales encargados de llevarla a la práctica (multiplicidad de niveles y agencias de las administraciones implicadas), y en última instancia por la negativa de las instituciones responsables de la aplicación de dicho programa a emitir tarjetas sanitarias a los inmigrantes indocumentados que formalmente debían beneficiarse del mismo.

El tema de los problemas de acceso de los hijos de inmigrantes indocumentados al sistema sanitario público emergió a la espera pública a finales de enero de 1999, cuando la Fiscalía de Menores del Tribunal Superior de Justicia de Madrid sacó a la luz la existencia de algunos casos de menores indocumentados afectados por enfermedades crónicas a los que supuestamente se les había denegado la atención sanitaria gratuita en diversos centros hospitalarios. Tras enviar una reclamación al Insalud de Madrid exigiendo aclaraciones respecto a estos casos, este órgano judicial amenazó con denunciar a esta institución ante los tribunales por negación de atención médica a menores<sup>296</sup>. El Director Provincial del Insalud en Madrid, Albino Navarro, remitió una circular a todos los directores de centros sanitarios dependientes de su autoridad recordándoles la obligación legal de prestar atención sanitaria a todos los menores con independencia de su situación jurídica, al tiempo que comparecía ante los medios de comunicación para negar los cargos presentados por la Fiscalía de

---

<sup>295</sup> El artículo 12 del RD 155/1996 de ejecución de la Ley Orgánica 7/1985 de los Derechos y Libertades de los Extranjeros en España preveía que los menores extranjeros que se hallasen en territorio español tendrían derecho a la asistencia sanitaria y a las demás prestaciones sociales aún cuando no residiesen legalmente en España.

<sup>296</sup> Dichas acusaciones se referían a un grupo de unos 15 menores con enfermedades crónicas o de larga duración, a los cuales se les habría negado el tratamiento médico posterior a un tratamiento de urgencia en hospitales madrileños.

Menores, y trataba de descargar al Insalud de la responsabilidad de decidir acerca de la extensión de la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados<sup>297</sup>.

En los días subsiguientes nuevos casos de menores a los que se había negado la atención hospitalaria surgieron en otras CCAA, algunas dependientes del Insalud (Murcia), y otras con las competencias sanitarias ya transferidas a sus respectivos gobiernos autónomos (Valencia). También aparecieron casos de gerentes de áreas sanitarias de la CAM que habrían transmitido instrucciones a los profesionales sanitarios de no atender a personas sin tarjeta sanitaria sin que antes firmasen un documento comprometiéndose a hacer frente al coste del tratamiento recibido (una práctica claramente ilegal en el caso de pacientes menores). Según los gerentes de los hospitales, esta práctica constituía un mero trámite administrativo y en ningún caso interrumpía el trabajo de los facultativos. Aunque según dichos gestores en la mayoría de los casos nadie abonaba dichas facturas (que quedaban finalmente sin efecto), en otros casos sin embargo los hospitales habían denunciado ante los tribunales a los padres de menores indocumentados por impago de los tratamientos recibidos<sup>298</sup>.

Aunque la Fiscalía de Menores de Madrid matizó ligeramente sus acusaciones en los días posteriores a la publicación de su

---

<sup>297</sup> En este sentido Navarro afirmaba que, “El Insalud quiere hacer constar que la legislación vigente no otorga a este organismo capacidad para reconocer el derecho de asistencia sanitaria” (El País, 22 de enero de 1999).

<sup>298</sup> En uno de estos casos hechos públicos, el hospital Doce de Octubre de Madrid había demandado a un inmigrante por impago de la deuda contraída por la atención sanitaria de urgencias proporcionada a su hijo de dos meses. Tras aparecer el caso en los medios de comunicación el hospital retiró su demanda, y reconoció su error. Según la Fiscalía de Menores de Madrid, este era “un nuevo ejemplo de las prácticas disuasorias del Insalud para evitar el gasto. El sistema sanitario español atiende al enfermo si tiene cartilla, de lo contrario le cobra. Pero los inmigrantes ni tienen tarjeta ni dinero para pagar. Ellos, de momento, no pueden elegir más que quedar marginados de la sanidad”. Para el Ministro de Sanidad sin embargo dicho hospital había cumplido con su deber al demandar al inmigrante indocumentado ya que, “Tenían hasta ahora una situación muy difícil porque no estaba regulada la atención a inmigrantes; esperamos que ahora ocurran menos casos de éstos” (El País, 4 de febrero de 1999).

denuncia, al afirmar que la atención médica no estaba siendo sistemáticamente negada gracias al *ethos* profesional que llevaba a los facultativos a proporcionar los cuidados necesarios, insistió en que las trabas burocráticas estaban “expulsando de hecho” a los inmigrantes indocumentados de aquellas prestaciones sanitarias gratuitas a las cuales tendrían derecho de acuerdo con la legislación vigente<sup>299</sup>. La intervención de la judicatura en el tema de la exclusión del SNS del colectivo de inmigrantes indocumentados generó cierta alarma social, fundamentalmente a través del eco que tuvo en los medios de comunicación, que siguieron la evolución del tema durante varias semanas publicando informaciones acerca del funcionamiento de los mecanismos de acceso a los sistemas para las poblaciones inmigrantes en situación administrativa precaria en las distintas CCAA españolas, así como en diversos países de la UE<sup>300</sup>.

A causa del fuerte impacto sobre la opinión pública del tema de la negación de atención sanitaria a los menores indocumentados, y ante la movilización de ONGs, sindicatos y asociaciones de inmigrantes acerca del rango de cobertura del SNS, el gobierno se vio obligado a proponer soluciones

---

<sup>299</sup> En un ejemplo de la importancia de dichas trabas burocráticas, el INSS de Baleares negaba la tarjeta sanitaria a un grupo de menores de origen saharauí acogidos por diversas familias en Mallorca, incumpliendo abiertamente una sentencia de un juez de lo social de Palma de Mallorca que en octubre de 1998 había ordenado a dicho organismo oficializar la cobertura sanitaria de uno de esos menores. El delegado del INSS en Baleares justificaba dicha actitud obstruccionista por una “cuestión de principios, normativa y trabajo habitual” (El País, 12 de febrero de 1999).

<sup>300</sup> Según denunciaba el diario El País en su editorial del 22 de enero de 1999, “El rechazo a los hijos de los ilegales en los hospitales públicos no es una excepción, sino una práctica común cuando padecen enfermedades que exigen tratamientos prolongados. Así lo han reconocido médicos de la red asistencial municipal de Madrid, que es donde desembocan muchos inmigrantes ilegales, después de haber sido rechazados en el Insalud.” Este diario relacionaba directamente dicha actitud restrictiva de los profesionales sanitarios con las prácticas de contención del gasto sanitario impulsadas por el gobierno al afirmar que, “Proteger la cuenta de resultados a todo trance puede producir a veces estas aberraciones” (El País, 22 de enero de 1999).

expansivas a dicho problema. Así, tras negar que el acceso de los menores al sistema sanitario público hubiese sido realmente dificultado por los centros sanitarios dependientes del SNS, el recién nombrado Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Manuel Pimentel, anunció que su Ministerio estaba estudiando la posibilidad de extender el derecho de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS a toda persona residente en territorio español, independientemente de su edad o de su estatus jurídico (El País, 3 de febrero de 1999). De modo similar se expresaba unos días más tarde el Ministro de Sanidad afirmando que la cobertura sanitaria sería extendida al conjunto de la población presente en el territorio español.

Además, y como medida provisional en espera de la aprobación de una solución definitiva a este problema, el INSS se dispuso a emitir tarjetas sanitarias individuales para los menores indocumentados, con una duración inicial de 18 meses, en las 10 CCAA aún gestionadas por el Insalud<sup>301</sup>. Pese a las declaraciones optimistas de los responsables políticos del SNS, técnicos y cuadros medios del Insalud afirmaban que el problema no quedaba resuelto con la simple extensión de tarjetas sanitarias a los indocumentados, ya que las partidas de gasto y los flujos de pago de los tratamientos sanitarios realizados a estas personas continuaban sin ser aclaradas. Detrás de dichas afirmaciones se encontraba la contradicción interna clave del funcionamiento de un SNS que, pese a haber expandido su rango de cobertura hacia la práctica totalidad de la población residente, y haber pasado a ser financiado íntegramente con cargo a los presupuestos generales

---

<sup>301</sup> Según el presidente del Insalud dicha tarjeta no tendría por objetivo garantizar la asistencia sanitaria de los menores, “porque ya la tenían”, sino tan solo normalizar la atención sanitaria en todas sus modalidades, incluyendo atención primaria, especialistas, medicamentos, prevención, etc. En la primera semana de funcionamiento de dicha tarjeta sanitaria para menores indocumentados el Insalud había otorgado más de 1.100 tarjetas, casi 850 de ellas en Madrid. A mediados de septiembre de ese año dicho número se había elevado a 6.200, de las cuales 4.750 habían sido expedidas a menores residentes en la CAM. A principios del año 2000 el número de beneficiarios de la tarjeta para menores indocumentados rondaba los 11.000.

del estado, continuaba manteniendo las prácticas de gestión y de funcionamiento de su reciente pasado como esquema de aseguramiento sanitario vinculado a las cotizaciones a la SS.

Tras el Insalud, las autoridades sanitarias de las CCAA con competencias transferidas se apresuraron también a hacer público su posición en relación con la cobertura sanitaria de los menores indocumentados. Así, los consejeros de sanidad de Galicia, Navarra y el País Vasco<sup>302</sup> aclararon que ellos ya proporcionaban tarjetas sanitarias individuales a los menores en situación administrativa irregular, mientras que el responsable del SCS anunciaba su intención de extender la cobertura sanitaria, inicialmente a los menores a través de tarjetas sanitarias, y posteriormente al conjunto de los inmigrantes indocumentados.

La misma dinámica de denuncia, movilización de la opinión pública y reacción expansiva de la cobertura sanitaria se reprodujo unos meses más tarde en relación al caso de las inmigrantes indocumentadas embarazadas. Ante la denuncia de la Fiscalía de Menores del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de que diversos centros sanitarios dependientes del Insalud habían negado la asistencia sanitaria a inmigrantes embarazadas en situación administrativa precaria, o habían tratado de cobrarles el coste de la atención médica prestada, el Insalud emitió una circular dirigida a todos los gestores de centros sanitarios bajo su jurisdicción en la que les notificaba la obligatoriedad de proporcionar atención gratuita a las mujeres inmigrantes embarazadas durante el periodo de gestación, parto y post-parto<sup>303</sup>. Dicha medida se derivaba

---

<sup>302</sup> Por las mismas fechas se dio publicidad a la denuncia presentada en 1997 por SOS Racismo de Álava contra el SVS/Osakidetza a causa de la denegación de la tarjeta sanitaria a menores indocumentados que no estuviesen afectados por enfermedades graves. Dicha denuncia había dado pie a la creación de un procedimiento de emisión de certificados de asistencia sanitaria (similares a la tarjeta sanitaria) de validez trimestral, otorgados a inmigrantes indocumentados sin recursos (El País, 31 de enero de 1999).

<sup>303</sup> Tal y como rezaba dicha circular, “con independencia de que en su día se regule por los Órganos correspondientes el procedimiento para el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria de las mujeres extranjeras, aún cuando no residan en España, se recuerda a todos los centros sanitarios del Insalud el

también de los compromisos asumidos por España tras la ratificación de la Convención de Derechos del Niño, donde el estado se comprometía a adoptar las medidas necesarias para asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.

A través de las declaraciones de altos cargos ministeriales, y de las medidas adoptadas para garantizar la atención de los menores indocumentados, el gobierno trataba de salir al paso de la polémica generada en torno a los huecos de cobertura del SNS. Pese a las declaraciones de principios del partido en el poder, favorables a la extensión del acceso al SNS para los inmigrantes irregulares, la oposición no aflojó su presión sobre el gobierno a este respecto, y los dos principales partidos de izquierda presentaron ante el Parlamento sendos proyectos de ley dirigidos a garantizar la igualdad de acceso al sistema sanitario público en base a la condición de residencia, y sin consideración de la legalidad de la misma. Mientras que la propuesta del PSOE pretendía alcanzar la universalización efectiva de la cobertura sanitaria a través de la aprobación de una proposición de ley específica que eliminase toda ambigüedad en la interpretación del artículo 1 de la LGS en relación con la importancia de la variable nacionalidad; la propuesta de IU planteaba directamente la reforma de dicho artículo para incorporar explícitamente en el SNS a toda persona residente en territorio español<sup>304</sup>.

---

derecho que tienen todas las mujeres gestantes a recibir atención sanitaria durante el embarazo, parto y post-parto (...) con independencia de su situación en España (...) procede que se continúe prestando la atención sanitaria anteriormente descrita, sin que se exija ninguna acreditación, salvo la que sea estrictamente necesaria para el seguimiento asistencial de estas mujeres” (Circular del presidente ejecutivo del Insalud, 5 de agosto de 1999).

<sup>304</sup> Así, la proposición de IU planteaba una modificación del artículo 1.2 de la LGS, para que quedase redactado de la siguiente forma: “Son titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional con independencia de su situación legal” (Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, 274-1: 2).

Pese a ser calificadas de oportunistas por el portavoz parlamentario del PP, el Parlamento aprobó por unanimidad la toma en consideración de dichas propuestas de ley en el mes de septiembre de ese año. Dicha aprobación tenía un carácter estrictamente testimonial por un doble motivo: por una parte porque su tramitación parlamentaria resultaba imposible en las escasas sesiones restantes hasta el final de la legislatura; por otra, porque la verdadera discusión acerca del modo de regular la cuestión del acceso al sistema sanitario para los extranjeros estaba teniendo lugar en la Comisión Parlamentaria que en esas mismas fechas redactaba el borrador de la nueva ley de inmigración.

Tras la asunción de las limitaciones de la Ley de 1985 como marco regulador del proceso de incorporación de los colectivos inmigrantes<sup>305</sup>, a lo largo de la década de 1990 se había hecho evidente la necesidad de desarrollar un nuevo marco legislativo encaminado a facilitar la incorporación de las poblaciones inmigrantes a la sociedad española. La reforma del Reglamento de aplicación de la Ley de Extranjería, aprobada en 1996, había tratado de contrarrestar las limitaciones de la normativa original, pero este instrumento legislativo carecía de la capacidad para resolver las limitaciones de la Ley de 1985. Así, a principios de 1998 varios partidos de la oposición<sup>306</sup> habían presentado propuestas de reforma de dicha Ley. Ante estos textos el PP en el gobierno mantuvo una posición cauta, limitándose a presentar

---

<sup>305</sup> El marcado énfasis de la Ley de Extranjería de 1985 en el control de fronteras, y su escasa reflexión en torno al proceso de integración de las poblaciones extranjeras asentadas en España, así como el reconocimiento del carácter estructural y permanente del fenómeno de la inmigración en España, motivaron dicha percepción de necesidad de un nuevo marco legislativo que permitiese el desarrollo de una política migratoria más sofisticada, más acorde con las necesidades del momento.

<sup>306</sup> Inicialmente fueron *Convergencia i Unió* (CIU), Izquierda Unida (IU), y Nueva Izquierda-Iniciativa per Catalunya los partidos que presentaron proyectos para la reforma de la Ley de Extranjería. A estos se sumó posteriormente la propuesta del PSOE que fue presentada como enmienda a la totalidad de los textos presentados por los otros partidos, pasando a ser discutida por la Comisión Constitucional del Parlamento junto con los otros tres textos.

enmiendas a las propuestas de ley presentadas por otras fuerzas políticas. Su posición de debilidad en el Congreso de los Diputados (dependiente de los votos de nacionalistas vascos y catalanes para sacar adelante sus iniciativas legislativas, incluidos los presupuestos), y la proximidad de las elecciones generales (previstas para principios de 2000), limitaban su interés por intervenir en este ámbito de políticas, máxime cuando el objetivo perseguido con las propuestas de ley presentadas por los partidos de la oposición era modificar la filosofía restrictiva del marco legislativo existente hasta ese momento, confirmando una mayor importancia a las políticas de incorporación de las poblaciones inmigrantes a la sociedad española.

El conjunto de propuestas de ley presentadas por los partidos de la oposición pasó a la Comisión Constitucional del Parlamento encargada de redactar un borrador de texto refundido. Así, desde febrero de 1999 y apoyándose en el trabajo previo de otras comisiones parlamentarias con amplia experiencia en el tema de la inmigración<sup>307</sup>; a través de un procedimiento de consulta con las organizaciones de la sociedad civil; y tratando de alcanzar el máximo nivel de consenso entre los representantes de los diferentes grupos políticos, esta Comisión comenzó a redactar un nuevo proyecto de ley.

Los primeros pasos de dicha Comisión coincidieron con la polémica generada en torno al tema de la exclusión de los inmigrantes menores indocumentados del sistema sanitario público. Tras las declaraciones de diversos Ministros y altos cargos de la administración favorables a la expansión de la

---

<sup>307</sup> Especialmente la subcomisión encargada del estudio de la situación de los inmigrantes en España que, funcionando en el seno de la Comisión de Política Social y Empleo, había sido particularmente activa a lo largo de toda la legislatura en sus contactos con los agentes sociales implicados en los diversos ámbitos relacionados con el fenómeno de la inmigración (ONGs, sindicatos, asociaciones de inmigrantes, etc), y de la cual habían sido miembros un buen número de los diputados de la Comisión Constitucional encargada de la redacción del borrador de la nueva ley.

cobertura del sistema sanitario público en base a un criterio de residencia puro,

esta Comisión comenzó a trabajar sobre el supuesto de extender el derecho de acceso al SNS a cualquier persona residente en España, sin consideración de su edad o de su estatus jurídico; incorporando así al borrador de la nueva ley de inmigración un tema hasta ese momento prácticamente ausente de los proyectos de ley presentados por los partidos de la oposición<sup>308</sup>.

El mecanismo elegido por la Comisión Parlamentaria para articular la cobertura del SNS con el criterio de residencia fue el registro en el padrón municipal. Inicialmente se planteó que la mera presencia en territorio español fuese condición suficiente para acceder a las prestaciones sanitarias del SNS, sin embargo la problemática específica de los enclaves Norteafricanos de Ceuta y

---

<sup>308</sup> El proyecto de ley presentado por CIU en marzo de 1998 proponía reconocer el derecho a la cobertura gratuita del sistema sanitario público en casos de urgencia, enfermedad grave o accidente a todos los extranjeros adultos presentes en territorio español, y el acceso de pleno derecho al SNS a los menores (BOCG, 179-1: 3). El texto de IU resultaba relativamente lacónico en lo relativo a la definición del derecho de acceso de los extranjeros al SNS, al proponer que los extranjeros deberían gozar de las prestaciones organizadas por los poderes públicos para la protección de la salud “de acuerdo con lo dispuesto en la legislación vigente” (BOCG, 175-1: 3). La propuesta del PSOE, presentada durante la fase de enmiendas a los textos propuestos por los otros tres partidos, extendía el derecho de acceso de los extranjeros al sistema sanitario público en caso de urgencia, enfermedad grave o infecciosa, y accidente, así como a la totalidad de las medidas de atención sanitaria para los menores y las mujeres embarazadas<sup>308</sup> (BOCG, 175-10: 45). Tan solo la propuesta presentada por Nueva Izquierda-*Iniciativa per Catalunya*, y las enmiendas presentadas por el diputado de IU Pablo Castellano Cardalliaguet, aspiraban inicialmente a una expansión del derecho de acceso de los extranjeros al sistema sanitario público en igualdad de condiciones que los españoles (BOCG, 189-1: 3; y BOCG, 175-10: 26). Las enmiendas presentadas por el PP a los artículos relativos al derecho de acceso de los extranjeros a las prestaciones del SNS se limitaban escuetamente a remitir a lo establecido en la LGS para estos casos (BOCG, 179-10: 43).

Melilla<sup>309</sup> requería la introducción de algún sistema de filtro que impidiese la saturación total de los servicios sanitarios de dichas ciudades, colindantes con Marruecos y con una frontera extremadamente porosa. La solución a ese problema, evitando al mismo tiempo hacer una regulación específica para dichas ciudades, fue el requisito del empadronamiento. A través de este mecanismo de condicionalidad, y aparentemente sin planteárselo de un modo explícito, la fórmula adoptada resolvía la cuestión del acceso al sistema sanitario por parte de los extranjeros visitantes de corta duración que en el RU había dado pie a la legislación específica sobre los “*overseas visitors*”, y en Francia a los debates acerca del “turismo sanitario”. El requisito del empadronamiento<sup>310</sup> planteaba además la ventaja de requerir un trámite administrativo relativamente sencillo en el que tan solo se precisa la intervención de las autoridades locales, permitiendo paralelamente el afloramiento de la inmigración indocumentada.

En sus cuatro puntos, el artículo referente a las condiciones de acceso de los extranjeros al SNS en el proyecto de ley aprobado por la Comisión Constitucional recogía el derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública en igualdad de condiciones que los españoles para los extranjeros empadronados; el derecho a la asistencia sanitaria en caso de urgencia, enfermedad grave o accidente para toda persona presente en territorio español; la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y post-parto para las mujeres embarazadas; así como la igualdad de acceso plena al sistema sanitario para los menores de edad.

---

<sup>309</sup> Como señalaba el portavoz parlamentario del PP, Diego Jordano, “en la extensión de derechos básicos como la educación y la asistencia sanitaria tenemos que considerar la realidad de todo el territorio nacional. Hay un territorio peninsular con unas características determinadas y una frontera marcada por el tratado de Schengen y hay otros territorios nacionales, que no están dentro de esa frontera Schengen, que tienen unas características especiales y que requieren una regulación especial” (DSCD, 202: 10919).

<sup>310</sup> El empadronamiento había de dar acceso no solo a las prestaciones del sistema sanitario, sino también a la educación obligatoria, a las ayudas a la vivienda, y a los servicios sociales.

El trabajo de la Comisión Constitucional concluyó el 10 de noviembre de 1999 con un texto consensuado entre todos los grupos parlamentarios. Con objeto de aprobar la nueva ley antes del fin de la legislatura, las distintas fuerzas políticas se comprometieron a minimizar el número de enmiendas presentadas al texto aprobado por la Comisión, y decidieron tramitar dicho proyecto de ley por la vía de urgencia. La totalidad de los ponentes en la Comisión Constitucional se felicitaron por el carácter consensuado de dicho texto, y por el esfuerzo realizado para evitar la politización del ámbito de políticas de inmigración<sup>311</sup>.

La certeza de que no habría tiempo para concluir el proceso de tramitación parlamentaria de dicho proyecto de ley antes de la disolución de las Cámaras y la convocatoria de elecciones generales (ya fijadas para el 12 de marzo de 2000) explicaría la escasa implicación del gobierno conservador en el proceso de tramitación de dicho proyecto de ley, y la delegación de la negociación en los sectores más progresistas del PP. Las tensiones internas en el seno de ese partido se hicieron sin embargo evidentes con la conclusión de los trabajos de la Comisión, y la tramitación de dicho proyecto de ley por la vía de urgencia. Por una parte se encontraban aquellos que defendían el consenso alcanzado en el Parlamento, así como la apuesta por la integración de las poblaciones inmigrantes que suponía la legislación propuesta (parlamentarios que habían participado en la redacción de dicho proyecto de ley, así como el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales); por otra parte una serie de ministros

---

<sup>311</sup> En su comparecencia ante el pleno de la Comisión Constitucional para debatir la versión definitiva del proyecto de ley de inmigración el diputado ponente de CIU, Carles Campuzano i Canadès afirmaba; “*Es importante que en esta legislatura los grupos políticos con representación parlamentaria hayamos mantenido la voluntad de que las políticas relacionadas con la inmigración no sean de desgaste partidario. Las referencias que tenemos en política comparada en la Unión Europea nos indican que una escisión partidista en relación con estas cuestiones redundaría en sentido negativo para el conjunto de la sociedad. Por tanto creo que todos nos debemos de felicitar por saber mantener este consenso en aspectos básicos y fundamentales*” (DOCD, 795: 23705).

(particularmente los de Interior, Economía y Hacienda, y Asuntos Exteriores) apoyados por el Presidente del Gobierno, que junto a los sectores más conservadores del partido, mostraron su preocupación por las consecuencias no intencionales que según ellos podrían derivarse de la aprobación de dicho proyecto de ley. A partir de ese momento este segundo enfoque se hizo con el control de la posición del PP respecto a la proposición de ley orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, nombre completo del texto presentado ante el Congreso por la Comisión Constitucional.

Cuando el 25 de noviembre comenzó el debate de dicho proyecto de ley en el pleno del Congreso el sector contrario al mismo llevaban más dos semanas cuestionando ante los medios de comunicación los fundamentos jurídicos, la “irreflexión” y la “premura” con la que se había redactado dicho texto. Para los opositores a dicho proyecto de ley dicho texto era “demasiado progresista”, y su aprobación provocaría un importante “efecto llamada”, facilitando la actuación de las mafias que trafican con inmigrantes irregulares<sup>312</sup>.

Para los responsables del Ministerio del Interior, con su Ministro a la cabeza, dicho proyecto de ley resultaba demasiado permisivo en relación con la concesión de permisos de residencia

---

<sup>312</sup> El portavoz del PP durante este debate no fue Diego Jordano (ponente de dicho partido en la Comisión que había redactado el proyecto de ley), sino el portavoz del Grupo Parlamentario Popular Luis de Grandes, que comenzó su intervención afirmando el total acuerdo de su partido con los propósitos explicitados en el proyecto de ley, para pasar seguidamente a afirmar que “hubiera sido preferible que la búsqueda de hacer una buena ley se hubiera impuesto sobre la necesidad de una dudosa urgencia” (DOCD, 277: 14961). Continuó reclamando la supresión de aquellas disposiciones “*incentivadoras de la entrada ilegal de extranjeros en España y en la Unión Europea, tales como la extensión de derechos socioeconómicos a situaciones de ilegalidad, el automatismo que se pretende imponer en la mayor parte de las decisiones y la institucionalización de un mecanismo permanente de legalización*”, y denunciando la “*difuminación de los límites entre situaciones de legalidad e ilegalidad*” que según él, “*contribuiría a incentivar flujos no solo excesivos, sino perjudiciales para esos legítimos intereses y perturbadores para la integración de los inmigrantes en la sociedad española*” (DOCD, 277: 14962).

y trabajo, y excesivamente generoso en lo relativo a la extensión de derechos civiles y sociales a los inmigrantes, particularmente a aquellos en situación administrativa precaria. El hecho de que un procedimiento administrativo tan débil como el empadronamiento (en manos de los gobiernos locales, y por tanto fuera del control de dicho Ministerio) tuviese tantas repercusiones en términos de apertura de derechos, era considerado un problema. En el mismo sentido, el automatismo de la regularización de aquellos inmigrantes indocumentados que llevasen más de dos años en territorio español; el proceso de regularización excepcional para aquellos inmigrantes irregulares que pudiesen probar su presencia en España desde antes del 1 de junio de 1999; la asistencia letrada gratuita; la cláusula de silencio positivo en los procedimientos de tramitación de permisos de residencia o trabajo; o la obligación de justificar las causas que motiven la denegación de visados, eran percibidos desde este Ministerio como una severa restricción de sus poderes, hasta esa fecha centrales en la gestión de la “política migratoria”. La incomodidad de Interior con la pérdida de control que suponía dicho proyecto de ley motivó que técnicos de ese Ministerio elaborasen informes (transmitidos posteriormente a Presidencia del Gobierno, así como al grupo parlamentario popular) en los que se afirmaba que el proyecto de ley aprobado por la Comisión Constitucional iba en contra de las conclusiones de la cumbre europea de Tampere celebrada algunas semanas antes.

En ese punto confluían las críticas de los Ministros de Interior y de Asuntos Exteriores hacia la legislación propuesta, a la que calificaban como “la más generosa de la Unión Europea”, algo difícilmente concebible en un país como España, tan expuesto a los flujos de inmigración indocumentada, y con una responsabilidad específica en el tema de la gestión de la frontera sur de la UE<sup>313</sup>.

---

<sup>313</sup> En ese sentido se manifestó el portavoz del grupo popular durante el debate en el Congreso de dicho proyecto de ley, al afirmar que, “*España no puede ni debe diseñar una política de extranjería autónoma con respecto a las previsiones del Tratado de Amsterdam, con respecto al acervo de Schengen, con*

En ese contexto, el argumento de las políticas migratorias promovidas desde la UE jugó un papel bastante importante en los debates sobre dicha ley, aunque cada extremo del espectro político utilizó aquellos aspectos de las líneas directrices de la política europea que mejor se adaptaban a sus propios intereses y objetivos políticos. Así, para aquellos que defendían la expansión de derechos para los inmigrantes, los documentos de la UE y los borradores de política migratoria común europea enfatizaban la necesidad de integrar a las poblaciones inmigrantes, garantizando su cobertura social en igualdad de condiciones que los nacionales. El contra-argumento planteado por los defensores de posturas más restrictivas afirmaba que todas las medidas propugnadas por la UE para facilitar la integración de los inmigrantes hacían referencia explícita a los residentes legales, y excluían por tanto a los inmigrantes indocumentados<sup>314</sup>.

La cuestión del derecho de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público para los extranjeros formó también parte del debate, girando fundamentalmente en torno al coste de la expansión de la cobertura del SNS a los inmigrantes indocumentados, y en menor medida en torno a la cuestión del supuesto “efecto llamada” provocado por la extensión de dichos derechos a ese colectivo. En las fechas anteriores al debate en el Congreso sobre el texto redactado por la Comisión Constitucional, el Ministro de Economía y Hacienda, Rodrigo Rato, se había sumado al grupo de responsables políticos críticos con la viabilidad de dicho proyecto de ley, al afirmar que el coste de

---

*respecto a las orientaciones y conclusiones de Tampere, de las que nuestro país ha sido el principal impulsor” (DOCD, 277: 14961).*

<sup>314</sup> La atribución de derechos sociales al conjunto de los inmigrantes, sin consideración de su estatus legal, iba de hecho contra el tratamiento del tema de la inmigración indocumentada propuesto por parte de algunos de los miembros de la UE. Como el documento de estrategia presentado por la presidencia austríaca en 1998 afirmaba claramente: “*No European country today would consider going it alone in opening up the right of asylum, making access easier for immigrant workers or increasing social security benefits for immigrants. Such topics do not therefore need to be discussed even at regular intervals*”, (European Council, 1998:5).

extender los derechos sociales a los inmigrantes indocumentados sería excesivamente alto para las siempre delicadas cuentas del sistema de protección social español. En particular el Ministro hizo referencia al coste de garantizar el acceso al sistema sanitario público a los inmigrantes indocumentados, calculado en unos 7.500 millones de pesetas anuales para una población estimada de unas 80.000 personas en situación administrativa precaria<sup>315</sup>.

En un contexto en el que importantes instituciones económicas y financieras del país<sup>316</sup> propugnaban la necesidad de incrementar los flujos migratorios hacia España para mantener la estabilidad financiera del sistema de SS (en particular el sistema de pensiones); y ante la evidencia abrumadora del balance positivo que para el fisco en general, y para las arcas de la Seguridad Social en particular, representaba la llegada de mano de obra inmigrante<sup>317</sup>, el argumento del excesivo coste de la expansión de la cobertura del SNS a los inmigrantes indocumentados fue rápidamente abandonado.

---

<sup>315</sup> El gobierno trabajaba con un informe encargado a la firma de consultoría Pricewaterhouse & Coopers, que había calculado dicha cifra en base al gasto per cápita sanitario y farmacéutico extraído de los presupuestos del Insalud de 1998, multiplicado por una estimación del número de inmigrantes indocumentados presentes en España (PriceWaterhouse & Coopers, 2000).

<sup>316</sup> Así, un informe del servicio de estudios del BBV abogaba por la entrada de importantes contingentes de mano de obra extranjera para mantener el equilibrio financiero en las cuentas de la Seguridad Social.

<sup>317</sup> Durante el debate de la Comisión Constitucional en el que se había de aprobar el proyecto de ley remitido al Congreso, y contestando a las declaraciones de altos cargos de la administración que apuntaban la idea del alto coste de la expansión de los derechos sociales a los inmigrantes indocumentados, la diputada socialista Matilde Fernández Sanz citaba un estudio encargado por el Inserso a la Universidad de Comillas sobre el balance fiscal que suponía la inmigración para las arcas del estado, afirmando, "hay que tener en cuenta que en el año 1997 por cuota liquidada del IRPF de los inmigrantes no comunitarios se ingresaron en el país 12.700 millones; por las tasas de los permisos de trabajo en 1997 se ingresaron 994 millones y por las cuotas de la Seguridad Social del año 1998 se ingresaron en las arcas del Estado 138.646 millones" (BOCD, 795: 23700).

Así el portavoz del PP en el debate del proyecto de ley, pese a hacer algunas referencias al posible “efecto llamada” de unas prestaciones socio-económicas que su grupo consideraba excesivamente generosas, no hizo referencia alguna al coste de la expansión de la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados, limitándose a defender la actuación del gobierno conservador en relación con el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario público, “*Será bueno recordar que, sin una cobertura legal expresa, el Gobierno del Partido Popular ha extendido los derechos a la sanidad en el territorio del Insalud*”(DSCD, 277: 14963)<sup>318</sup>.

El proyecto de ley orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social fue aprobado con el voto favorable de todos los grupos parlamentarios de la oposición, y con la abstención parcial del PP, que anunció su intención de introducir enmiendas en el Senado, de modo que permitieran el desarrollo de “*una nueva ley acorde con los intereses de España y los compromisos de nuestro país con nuestros amigos de Europa*”.

Debido al carácter de urgencia asignado a este proyecto de ley las distintas fuerzas políticas tuvieron tan solo nueve días desde la entrada del texto en el Senado el 29 de noviembre para introducir enmiendas al proyecto de ley remitido por el Congreso. En ese *interim*, el PP elaboró y presentó 112 de las 115 enmiendas presentadas a dicho texto (que afectaban a 56 de los 77 artículos

---

<sup>318</sup> En esa misma intervención, el portavoz popular afirmaba el apoyo del gobierno conservador a las ONGs para que garantizaran unos mínimos a los inmigrantes; “*el Gobierno ha continuado, quizás con más efectividad que antes, las políticas de ayuda social a los extranjeros a través de los convenios de colaboración suscritos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con las ONG de ámbito estatal. Esto está permitiendo garantizar un nivel mínimo de subsistencia y alojamiento, una formación básica, sobre todo del idioma, y un asesoramiento jurídico gratuito en la mayoría de los procedimientos que comportan la expulsión de un extranjero del territorio nacional*”; así como señalando su voluntad de mantener dicha línea de actuación como la política gubernamental para garantizar el acceso de los inmigrantes a las prestaciones sociales básicas, “*No es, pues, voluntad del Gobierno interrumpir este tipo de política*”.

del mismo). Ninguna de las enmiendas presentadas iba dirigida al artículo relativo al derecho a la asistencia sanitaria para los inmigrantes, que quedaba así inalterado respecto a la propuesta de la Comisión Parlamentaria que redactó inicialmente el texto. La Comisión del Senado encargada del estudio de las enmiendas propuestas introdujo finalmente en el texto 71 de las presentadas por los populares, y 31 enmiendas transaccionales presentadas por CIU con el objetivo de moderar las modificaciones que inicialmente pretendía introducir el PP, y para las cuales consiguieron llegar a un acuerdo entre ambos partidos.

En el debate en el Senado los miembros del grupo popular acusaron a la izquierda de hacer electoralismo con dicho proyecto de ley<sup>319</sup>; a lo que los senadores socialistas respondieron incidiendo una vez más en el oportunismo político del PP durante el proceso de tramitación de dicho texto, y en los argumentos economicistas y reaccionarios desenterrados por el partido en el gobierno<sup>320</sup>.

Tras la aprobación en el Senado del texto con las reformas introducidas por el PP con el apoyo de CIU, y pese a las intensas gestiones realizadas desde el gobierno para conseguir los apoyos

---

<sup>319</sup> Como afirmaba el Senador popular Merino Delgado, “*han sido sobre todo los partidos de la izquierda y sus movimientos o entes más próximos los que están haciendo un gran ejercicio de irresponsabilidad social y política a la vista de las fechas electorales en que nos encontramos*” (DSS, 156: 7609).

<sup>320</sup> Como señalaba el Senador socialista Oliart Pons, el gobierno, después de no proponer su propio proyecto de ley, y de no decir nada durante los cerca de dos años de tramitación del proyecto de ley consensuado entre todas las fuerzas políticas con la participación de los agentes sociales, trató de justificar la ruptura del compromiso adquirido, “*primero (...) con el ridículo argumento económico del señor Rato en los medios de comunicación sobre la sanidad y lo que esto iba a costar. Pero luego se dieron cuenta de que ése era realmente un argumento ridículo, y fíjense si se dieron cuenta que no han enmendado precisamente el artículo sobre la sanidad*”. Como señalaba este Senador la razón de la inacción del gobierno del PP hasta el último minuto, además de por carecer de una política de inmigración que no fuese únicamente policial, era que “*el gobierno siempre creyó que la nueva ley no vería la luz en la presente legislatura (...) y cuando vieron que sí iba a salir, entonces encendieron todas las luces rojas, y de ahí viene lo que ha venido*” (DSS, 156: 7617).

necesarios en el Congreso, el texto fue rechazado por el pleno del Congreso al votar en su contra todas las fuerzas políticas de la oposición (incluyendo a CIU que no quiso apoyar en solitario al PP en la reforma del proyecto de ley consensuado entre todas las fuerzas políticas parlamentarias). Así, la Ley aprobada el 22 de diciembre de 1999 (en el último pleno de la legislatura), fue la originariamente redactada por la Comisión Constitucional.

En ese último debate en el Congreso, el portavoz popular aprovechó para anunciar que la reforma de esta Ley sería incorporada al programa electoral del PP de las siguientes elecciones generales, *“para acomodarla al espíritu de la Constitución, a las exigencias de la UE y a los términos reales de la demanda social, el sentido común y los intereses de los extranjeros legalmente establecidos en nuestro país, formará parte de nuestro compromiso de confianza con los electores en los próximos comicios”* (BOCD, 283: 15269).

El tema del cambio de la recién aprobada Ley de inmigración 4/2000, formó efectivamente parte del programa electoral del PP durante la campaña de las elecciones del 12 de marzo de 2000, constituyendo la primera ocasión en que la política migratoria ocupaba un lugar relevante en el debate político durante unas elecciones generales en España. En dicho programa el PP proponía anular todos aquellos aspectos que había tratado sin éxito de eliminar durante la reciente discusión parlamentaria, lo cual implicaba, entre otras cosas, excluir a los inmigrantes indocumentados del acceso a las prestaciones sociales. La utilización de este tema por el PP podría ser explicada por la voluntad de la dirección de esta formación política de mantener a su ala derecha dentro del partido, abortando así el surgimiento de un partido a su derecha que, canalizando los sentimientos xenófobos de una parte significativa (y creciente) de la población española, pudiese competir con este partido por ese flanco. Así, se trataría de una estrategia política encaminada probablemente no tanto a ganar votos, como a no perderlos.

Tras obtener la victoria en dichas elecciones, esta vez por mayoría absoluta, el PP acometió el proceso de reforma de la Ley

4/2000. Los cambios introducidos por la 8/2000 (modo en que denominada la reforma de la Ley 4/2000), no fueron excesivamente relevantes en términos prácticos<sup>321</sup>, sin embargo supusieron un profundo cambio de filosofía respecto a los principios que habían inspirado la reforma de la Ley de Extranjería de 1985; constituyendo una vuelta a la lógica del control de la inmigración; y sobre todo una regresión del discurso, desde la idea de integración de los colectivos inmigrantes presentes en el territorio, de vuelta al concepto de gestión de las fronteras y los flujos migratorios. Pese a estos cambios, la nueva ley no introdujo ninguna modificación en el derecho de acceso de los inmigrantes indocumentados al sistema sanitario, probablemente por lo impopular que hubiese resultado dicha medida. Estaríamos así de nuevo ante una situación en la que el coste (electoral o de imagen) para un gobierno de modificar la legislación resultaría mucho mayor que el beneficio realmente derivado de dicha reforma<sup>322</sup>.

---

<sup>321</sup> Así, la limitación de los derechos civiles de asociación, sindicación y reunión para los inmigrantes indocumentados, el punto más comentado de dicha reforma, y el que ha sido llevado ante el Tribunal Constitucional por existir indicios de que podría violar alguno de los principios fundamentales del ordenamiento jurídico español, resulta en la práctica de una más que relativa aplicabilidad.

<sup>322</sup> Este sería particularmente el caso en aquellas circunstancias en que resulta posible aplicar otras estrategias que anulen los efectos de la medida que resulta molesta. Así, en lugar de modificar la normativa respecto a los criterios de elegibilidad para el sistema sanitario público para los inmigrantes indocumentados, se podría actuar sobre la normativa que regula el empadronamiento. En este sentido cabría interpretar las reiteradas declaraciones del Delegado del Gobierno para la Inmigración, Enrique Fernández Miranda a finales de 2000, animando a las autoridades locales a no empadronar a los inmigrantes indocumentados, contradiciendo una campaña publicitaria organizada y financiada por el M<sup>o</sup> de Trabajo y Asuntos Sociales con objeto de animar a los inmigrantes en situación administrativa precaria a empadronarse en sus municipios de residencia como una vía de integración en la sociedad española, y violando incluso la legislación vigente que no recoge ninguna razón por la cual dichos colectivos no deberían ser empadronados (Gómez Gil, 2001: 6).

*3.3.4. Disonancias entre políticas y prácticas*

Contrariamente a lo que vimos en el caso británico (y al igual que en el caso francés), el análisis de la politización del tema de la igualdad de acceso al sistema sanitario público español en función de la nacionalidad nos remite a un proceso de elaboración de políticas expansivas de los derechos sociales básicos de unos colectivos situados en la irregularidad administrativa y la precariedad social. Es en estos procesos de redefinición de los derechos de acceso donde mejor se revelan las disonancias entre los marcos normativos que han regulado dichos derechos, y las prácticas cotidianas de las instituciones integradas en esos sistemas sanitarios. Así, donde antes la ley negaba y las prácticas otorgaban parcialmente, la expansión de los derechos ha hecho converger derecho y práctica, pero al hacerlo ha cuestionado otros equilibrios institucionales existentes hasta ese momento.

En el caso español hay que contextualizar la expansión de los derechos de acceso a la sanidad para los inmigrantes en un proceso de transformación organizativa del sistema sanitario público, desde un esquema de aseguramiento sanitario incluido en el sistema de Seguridad Social, hacia un SNS de vocación universalista, y financiado a través de impuestos. Este cambio radical de filosofía organizativa, que pretendía unificar todas las estructuras y servicios sanitarios públicos, descentralizar el sistema hacia los gobiernos regionales, y extender la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos, fue aplicado a través de una estrategia incrementalista (sin definición de plazos, ni de procedimientos específicos de implementación) que marcó fuertemente la evolución de todo el proceso, propiciando la convivencia de esquemas organizativos (y por tanto de prácticas) diferenciados sobre el mismo territorio, y facilitando al mismo tiempo la pervivencia de una lógica de funcionamiento general propia de un sistema de aseguramiento.

Como vimos anteriormente, el incrementalismo aplicado al plano de la distribución de competencias sanitarias se plasmó en la coexistencia de un grupo de CCAA con plenas competencias en el

ámbito sanitario, junto con otras regiones donde el Insalud se responsabilizaba de la gestión de los servicios sanitarios públicos del SNS. Esto dio pie a una considerable diferenciación en la normativa autonómica encargada de trasladar al ámbito regional la regulación sanitaria general elaborada por el estado. En el caso concreto de la expansión de la cobertura sanitaria a los colectivos de inmigrantes en situación administrativa precaria esto significó una relativa variabilidad en el grado de inclusión formal en los diferentes SRS. Aunque en su rango superior dicho margen nunca alcanzó la igualdad de derechos de acceso con respecto a los nacionales, si que supuso una mayor implicación de las autoridades autonómicas en la provisión y/o financiación de servicios sanitarios para estos grupos. En su rango inferior, supuso una mayor desprotección de dichos colectivos que quedaron totalmente al amparo de los organizaciones voluntarias.

La relativa indefinición competencial permitía también el desarrollo de tácticas de “*blame diffusion*” por parte de las autoridades autonómicas, que siempre podían achacar a la LGS, al Ministerio de Sanidad, al Insalud, o al INSS, la responsabilidad de no haber establecido los mecanismos para la inclusión de los inmigrantes irregulares en los esquemas de atención sanitaria del SNS, o de ser responsables últimos de la gestión de dicho sistema y por tanto de sus prácticas de control de elegibilidad (especialmente en aquellas regiones sin competencias sanitarias plenamente transferidas). La asimetría en la distribución de responsabilidades de gestión del SNS provocó también problemas de coordinación, confusión de funciones, y desacuerdos en el reparto de recursos, en los que las autoridades sanitarias centrales no podían actuar como agentes coordinadores del conjunto del SNS al estar simultáneamente implicados de modo directo en la provisión de servicios sanitarios en 10 CCAA.

La implementación del proceso de descentralización sanitaria hacia las CCAA, simultáneamente a la creación de un SNS encargado de aglutinar a los distintos sistemas sanitarios existentes, complejizó aún más la ya de por sí difícil tarea de articular las diferentes redes sanitarias en un esquema unificado.

El resultado de esto fue también dual: por una parte la absorción de algunas de las redes locales de asistencia sanitaria en el seno de los SRS (en las CCAA con competencias sanitarias), o en el Insalud (en el resto de las regiones); por otra la pervivencia de buen número de estructuras sanitarias paralelas de carácter público que, bien por voluntad política de las administraciones de las que dependían, bien por la resistencia de los profesionales sanitarios encuadrados en ellas, no fueron incorporadas en la estructura del SNS.

Estas redes paralelas, sustancialmente desprovistas de objetivos tras la universalización de la cobertura sanitaria pública a todos los españoles, reorientaron sus fines hacia la atención sanitaria a los colectivos en situación administrativa precaria excluidos del SNS. Así, organizaciones cuya razón de ser había en buena medida desaparecido y que, en principio, debían ser disueltas o absorbidas por el SNS (dispensarios municipales), así como algunas que aún no habían asumido plenamente sus competencias (como la red sanitaria de la CAM), encontraron una justificación y líneas de financiación alternativas para el mantenimiento de sus actividades.

El incrementalismo en el proceso de expansión del rango de cobertura del SNS fue a un tiempo causa y consecuencia de la pervivencia de prácticas organizativas del antiguo sistema de seguridad social en el nuevo esquema. Así, pese a las afirmaciones explícitas de voluntad universalizadora de la cobertura sanitaria, el procedimiento utilizado para alcanzar dicho objetivo no fue la sustitución de los esquemas de aseguramiento por un criterio de residencia como factor de elegibilidad, sino la superposición de nuevos esquemas de aseguramiento sobre los previamente existentes con objeto de incorporar al nuevo SNS a los colectivos hasta ese momento excluidos de la SS. Aunque dicho continuismo posibilista estaba en buena medida influido por la falta de voluntad política para transformar de modo radical los mecanismos de elegibilidad del sistema sanitario público, las inercias institucionales del sistema de la Seguridad Social

contribuyeron también a limitar el margen de autonomía del recién creado SNS respecto al INSS, organismo del que continuó dependiendo financieramente (al menos parcialmente) hasta finales de la década de los 1990s.

Aunque las presiones ejercidas por los agentes sociales y por algunos gobiernos autónomos supusieron un desbordamiento de la estrategia incrementalista inicialmente aplicada por el gobierno socialista en la segunda mitad de los 1980s, y con ello la rápida expansión de la cobertura sanitaria hasta alcanzar a la práctica totalidad de la población española, esas presiones no afectaron a los mecanismos concretos a través de los cuales se había de materializar dicha expansión. La pervivencia de prácticas de control de elegibilidad propias de un sistema de seguridad social, junto con la utilización de la condición de nacionalidad para el acceso al esquema creado para incorporar a las personas sin recursos al SNS (RD 1088/1989), circunscribieron el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario público a su incorporación vía participación en el mercado laboral, y por tanto a su cotización previa a las arcas de la SS.

Cuando las organizaciones movilizadas en defensa de los intereses de los inmigrantes consiguieron introducir con éxito en la agenda política el tema de la expansión de la cobertura sanitaria al conjunto de este colectivo (en buena medida gracias a una estructura de oportunidad favorable), el procedimiento finalmente utilizado para incorporar a este grupo al SNS siguió el mismo patrón que había caracterizado el proceso de universalización sanitaria en España. Así, el esquema de acceso al SNS para personas sin recursos sustituyó la condición de nacionalidad por la de empadronamiento.

Este modo de proceder (acumulación de esquemas de aseguramiento) sitúa los procesos de expansión de la cobertura en España y Francia en un plano muy similar pese a que en España el antiguo sistema de aseguramiento sanitario ha sido sustituido por un sistema nacional de salud, mientras que en Francia el sistema sanitario público ha continuado manteniendo su carácter de sistema de seguridad social. Así, pese a las diferencias de filosofía

organizativa, las prácticas de control de elegibilidad aplicadas en ambos países continúan fuertemente arraigadas en el funcionamiento interno de sus sistemas sanitarios públicos, lo cual ha permitido la introducción a-problemática de tarjetas personales de identificación (algo hasta la fecha no realizado en el RU por las resistencia que ha provocado entre usuarios y profesionales del NHS, y que ha obstaculizado en gran medida el control del derecho de acceso a dicho sistema). En el caso español, la pervivencia de dichas prácticas de control de elegibilidad ha contribuido en gran medida a desvirtuar el criterio de residencia que debería regir en un sistema tipo SNS (frente a los de cotización a la SS, o nacionalidad, que han imperado hasta la fecha). Así, y contrariamente a lo que ocurre en el RU, el criterio de residencia para el acceso al SNS a través del esquema para personas sin recursos económicos se superpone al de nacionalidad, de modo que cualquier persona de nacionalidad española, aunque no sea residente puede hacer valer su derecho de acceso al SNS (esto es una contradicción que se hace presente en otros aspectos como el de la adquisición, mantenimiento y recuperación de la nacionalidad española, y que deriva del fuerte peso del pasado de España como país de emigración, frente a la aún escasa experiencia como país receptor de flujos migratorios).

En el análisis del acceso efectivo de los extranjeros al sistema sanitario público en España el estudio del papel desempeñado por los “*street level bureaucrats*” resulta extremadamente importante. Dada la multiplicidad de instituciones implicadas en la apertura del derecho efectivo de los extranjeros a las prestaciones del servicio sanitario público, el margen para la preeminencia de las prácticas sobre la norma ha resultado bastante amplio. Así, los funcionarios del INSS encargados de extender las tarjetas que debían probar el derecho de acceso al sistema sanitario, o el personal administrativo y sanitario de las distintas redes implicadas en la provisión de servicios sanitarios (desde la atención primaria, hasta las emergencias y las hospitalizaciones), podían, a través de sus prácticas formales e informales, determinar el acceso efectivo a la atención sanitaria de aquellos colectivos en

situación administrativa precaria. Las prácticas de esos profesionales socio-sanitarios contribuían, tanto a facilitar la provisión de servicios sanitarios a las poblaciones excluidas (a través de la articulación de circuitos informales paralelos), como a la denegación de derechos de acceso, incluso en casos que esos derechos habían sido ratificados por los tribunales.

Particular importancia en dichos circuitos informales tenían las organizaciones sanitarias voluntarias encargadas de cubrir los huecos dejados por el sistema sanitario público. Al igual que ocurría en el caso francés, las ONGs sanitarias, constituidas por profesionales vinculados en buen número de casos al sistema sanitario público, surgieron como actores catalizadores y coordinadores de las redes informales que garantizaban los servicios sanitarios básicos a las poblaciones excluidas. Pese a que estas organizaciones jugaron un papel central en la introducción en la agenda política del tema de la igualdad de acceso de los extranjeros al SNS, presionando a las autoridades para alcanzar dicho objetivo, su actuación como proveedores de servicios sanitarios para estos colectivos resultaba al mismo tiempo extremadamente funcional para las autoridades sanitarias españolas, que a través de estas organizaciones resolvían los problemas más flagrantes derivados de la exclusión del sistema sanitario público de un segmento relativamente importante de la población.

Además de las ONGs, algunos centros sanitarios del SNS, así como algunas de las redes sanitarias paralelas dependientes de diferentes autoridades locales que aún se mantenían operativas, formaban parte de dichos circuitos sanitarios alternativos. En última instancia la participación de esos centros (o en ocasiones de tan solo algunos de los profesionales sanitarios que trabajaban en los mismos) en dichos circuitos informales dependía fundamentalmente de la buena voluntad de los profesionales sanitarios. Sin embargo, y además del *ethos* profesional, otros aspectos como las estructuras de incentivos (o desincentivos) imbuidos en el propio funcionamiento del sistema sanitario han de ser tenidos en cuenta.

A nivel de atención primaria, la transformación desde un sistema de ambulatorios basado en el trabajo de médicos generalistas con dedicación parcial al sistema sanitario público y retribuidos en función del número de cartillas en su lista; hasta un sistema de CAPs integrados por profesionales sanitarios asalariados, y con dedicación completa al SNS, supuso un cambio en el margen de autonomía de gestión de los profesionales sanitarios, así como una mayor disponibilidad temporal del personal empleado en dichos centros. De este modo, y debido a una estructura de incentivos favorable, el voluntarismo de los profesionales sanitarios para atender a inmigrantes indocumentados a través de canales informales se presentaba de modo mucho más frecuente en los CAPs<sup>323</sup>, que en los ambulatorios que continuaban funcionando.

A nivel hospitalario, y más allá de la atención de urgencias, la decisión de atender a pacientes indocumentados dependía generalmente del equipo gestor de cada centro, lo cual daba lugar a un considerable margen de arbitrariedad. Mientras algunos hospitales se mostraban particularmente favorables a atender a pacientes sin derecho formal de acceso al SNS (con frecuencia hospitales procedentes de la antigua beneficencia), otros se negaban de plano a este tipo de prácticas. En ocasiones, y aún con el consentimiento tácito previo de la dirección del hospital, la iniciativa de tratar a un paciente indocumentado dependía directamente de un médico concreto. En otras ocasiones, los centros sanitarios, o algún profesional médico de su plantilla, alcanzaban acuerdos informales con autoridades locales, o con ONGs (acuerdos por lo general verbales y vehiculados a través de las redes informales de contactos entre estas organizaciones), para el tratamiento de inmigrantes indocumentados que precisasen una

---

<sup>323</sup> Numerosos profesionales sanitarios de CAPs atendían a inmigrantes indocumentados por el turno de urgencia, o al terminar su ronda de visitas diaria según su propia iniciativa y de modo voluntario. En otros casos la dirección de algunos centros de atención primaria alcanzaba acuerdos con ONGs para integrar en los canales de atención sanitaria normalizada a los inmigrantes indocumentados.

intervención quirúrgica que no pudiese ser canalizada a través de los servicios de urgencias.

Como ya vimos anteriormente, la arbitrariedad derivada del “no derecho”, no solo daba pie a prácticas benévolas, sino también a prácticas de negación de atención sanitaria a inmigrantes formalmente legitimados para ser tratados gratuitamente por el SNS. Así, algunos hospitales obligaban a los potenciales pacientes indocumentados a comprometerse a asumir el coste de la atención sanitaria que recibiesen, incluso en situaciones de claro riesgo para la vida del paciente que debían ser canalizadas gratuitamente a través de los servicios de urgencias. La introducción de mecanismos de control de gasto sanitario y de gestión hospitalaria cada vez más complejos, derivados de la introducción de criterios de eficiencia en la gestión del sistema sanitario suponía en este sentido un serio *hándicap* para la continuación de las prácticas informales de tratamiento de personas formalmente excluidas del SNS.

La nueva Ley de inmigración (4/2000) supuso una expansión de la cobertura sanitaria del SNS hasta incluir a toda persona que pudiese demostrar su residencia en España a través de un certificado de empadronamiento. Así, los circuitos informales hasta esa fecha encargados de proporcionar asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación administrativa precaria quedaron en buena medida desprovistos de sentido, al quedar incorporados la gran mayoría de dichos inmigrantes al SNS mediante el empadronamiento.

El trámite administrativo necesario para la obtención de dicho certificado de empadronamiento resulta en principio extremadamente sencillo, ya que se realiza en el ayuntamiento del municipio de residencia, y tan solo requiere un certificado de arrendamiento a nombre del titular del certificado, un recibo de alguna compañía de servicios (teléfono, gas, electricidad, etc) en el que aparezca su nombre y dirección, o bien un certificado del propietario o arrendador de la vivienda en el que conste que dicha persona está domiciliada en la misma. Pese a su simplicidad, el procedimiento de empadronamiento supone un nuevo ámbito en el

que las prácticas de los “*street level bureaucrats*” pueden interferir en la apertura efectiva del derecho de acceso al sistema sanitario. Así, ya han aparecido casos de municipios que se han negado a empadronar a inmigrantes en situación administrativa precaria utilizando múltiples trabas burocráticas que violan la Ley de Bases de Régimen Local en la que se establecen los requisitos para empadronarse en un determinado municipio. Estas prácticas obstrusivas gozarían del respaldo implícito de determinadas autoridades gubernativas que consideran excesivamente importantes el rango de derechos atribuido a un procedimiento administrativo de tan escasa entidad como el empadronamiento, y que habrían llegado incluso a animar a las autoridades locales a infringir la Ley negándose a empadronar a inmigrantes indocumentados.

La extensión de la cobertura sanitaria a los colectivos en situación administrativa precaria estaría así en una situación relativamente inestable, al depender de un procedimiento administrativo extremadamente vulnerable. El coste político de utilizar una vía indirecta para reducir dichos derechos (como modificar las condiciones para el empadronamiento), podría ser sustancialmente menor que el que se derivaría de una modificación explícita de la Ley de inmigración, lo cual podría llevar a alguna formación política a realizar movimientos en dicho sentido.

### **3.4. Conclusiones**

En el estudio de las políticas de igualdad en el plano sanitario en relación a las poblaciones de origen inmigrante hemos centrado nuestra atención en aquellos momentos en que este tema ha sido introducido y debatido en la arena política. Dichos debates constituyen los hitos que marcan los límites de inclusión de los sistemas sanitarios, por lo que su análisis nos ha permitido identificar los márgenes de cobertura que han sido considerados legítimos en cada contexto socio-político específico. Esas discusiones acerca del uso (y de la percepción de abuso) del sistema sanitario público por parte de los no nacionales adquieren especial importancia ante la imposibilidad de manejar datos empíricamente contrastables acerca del número de extranjeros que realmente utilizan los sistemas sanitarios, o a los que se les ha negado/cobrado/pretendido cobrar la atención sanitaria prestada. Tras el detalle con que hemos estudiado la evolución de los márgenes de cobertura de los sistemas sanitarios incluidos en esta investigación, conviene recapitular y analizar brevemente los factores que contribuyen a explicar la evolución de dichos procesos.

La expansión de la cobertura sanitaria en estos tres países (y el mayor o menor margen de inclusión de las poblaciones de origen inmigrante en dichos esquemas), no puede ser analizada como la consecuencia natural de un proceso que conducirían ineluctablemente a una cobertura sanitaria universal. Dicha expansión se produjo de un modo gradual (en ocasiones con retrocesos) como resultado de procesos conflictivos de negociación entre distintos actores colectivos con intereses específicos (a menudo contrapuestos), dirimidos en las arenas institucionales y políticas, y cuyos trazos aparecen en forma de legislación, regulaciones, y prácticas que han determinado la cobertura real de los sistemas sanitarios públicos.

El riesgo para la salud pública derivado de la presencia de personas sin derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos también puede ser descartado como factor explicativo de la

expansión cobertura sanitaria Ese argumento, ampliamente utilizado tanto por los defensores de los colectivos de origen inmigrante<sup>324</sup>, como por las autoridades políticas promotoras de iniciativas legislativas encaminadas a alcanzar una universalización completa de la cobertura sanitaria<sup>325</sup>, tan solo puede en realidad dar cuenta de la generalización del tratamiento de las enfermedades infecto-contagiosas (medida adoptada ya a finales del siglo XIX sin distinción de nacionalidad o estatus jurídico del enfermo). Las decisiones de equiparar los derechos de acceso al sistema sanitario público de los extranjeros con los de la población autóctona; la definición de los colectivos (extranjeros no residentes, etc) que habían de quedar en cualquier caso fuera de dicho sistema<sup>326</sup>; o el modo en que se debía proceder para extender la cobertura sanitaria al conjunto de residentes en el territorio de un estado, no puede ser adecuadamente explicada en base a dicho argumento.

El argumento estrictamente humanitario como factor explicativo de la extensión de la cobertura sanitaria a los no nacionales queda del mismo modo descartado. De acuerdo con esta hipótesis, la inclusión de toda persona presente en el territorio

---

<sup>324</sup> Ejemplos claros de esto fueron las movilizaciones en el RU a finales de la década de los 1970s contra la introducción de tasas para algunas categorías de extranjeros en el NHS; y las movilizaciones de las organizaciones que reivindicaban igualdad de acceso al sistema sanitario francés y español para los inmigrantes a finales de la década de los 1990s.

<sup>325</sup> Como ejemplifican claramente las declaraciones de intenciones del redactor del proyecto de Ley CMU en Francia en 1998, o las de los responsables de la introducción de los artículos relacionados con este tema en la Ley de extranjería española de 1999.

<sup>326</sup> Así, las *Charges to overseas visitors Acts* introdujeron un límite legal de inclusión en el NHS británico desde principios de los 1980s; la Ley CMU de 1999 expandió el rango de cobertura de los sistemas de aseguramiento sanitario franceses pero estableció una serie de barreras de acceso para los extranjeros en función de la duración de su presencia en suelo francés, limitando así los derechos de acceso al sistema sanitario para algunos colectivos; o las Leyes 4 y 8/2000 en España fijaron el empadronamiento como condición clave para distinguir al inmigrante residente, independientemente de su estatus legal, del visitante.

de un estado en el ámbito de cobertura de su sistema sanitario público sería el resultado de un constreñimiento ético sobre las autoridades políticas y sanitarias de ese estado. Como refuerzo de este argumento se recuerda que el derecho a la salud está recogido como un derecho humano básico en infinidad de declaraciones y acuerdos internacionales ratificados por buen número de estados, incluyendo todos los estados de Europa Occidental<sup>327</sup>. A nivel político esta idea ha sido recordada ritualmente por las autoridades políticas y sanitarias en cada ocasión que se ha expandido la cobertura del sistema sanitario para incluir a algún colectivo excluido hasta ese momento de dicho sistema (en España y Francia a finales de la década de los 1990s); e incluso dió título durante años a una línea de actuación respecto a este tema en el RU (la política del “*good Samaritan*”), consistente en atender a toda persona que lo necesitase sin consideración de su nacionalidad o estatus jurídico en el RU.

Pese a la omnipresencia de este argumento, su capacidad explicativa se agota en realidad en cuanto se supera la atención sanitaria de urgencias (garantizada desde tiempos inmemoriales por los hospitales de beneficencia, y regulada por los estados desde la segunda mitad del siglo XIX); sin que tampoco consiga explicar la elección del momento en el que se adopta la decisión de extender la cobertura sanitaria a los colectivos de origen inmigrante en términos de total igualdad con los nacionales; los límites que definirán los colectivos que han de quedar fuera de dicha cobertura; o el modo en que se articulará la expansión del rango de cobertura de los sistemas sanitarios públicos al conjunto de la población residente en el territorio de un estado.

Un pequeño grupo de variables explicativas de las políticas de igualdad de acceso de los no nacionales a los sistemas sanitarios públicos surgen claramente del análisis comparativo de los casos

---

<sup>327</sup> La relación de declaraciones internacionales que reconocen dicho derecho es muy extensa pero brevemente podemos destacar la Declaración universal de los derechos del hombre de 1948, la Convención de Ginebra de 1951, la Convención internacional de los derechos del niño de 1989, y la Convención Europea de Asistencia Social y Médica de 1954.

estudiados en este capítulo. Entre ellas hemos destacado el papel de la politización del fenómeno de la inmigración en la determinación del momento en que el rango de cobertura de los sistemas sanitarios es puesto en cuestión (tanto en un sentido expansivo, como restrictivo); la trascendencia de la estructura institucional de los sistemas sanitarios en la delimitación de los mecanismos concretos a través de los cuales se pretende articular las políticas de igualdad de acceso; y finalmente la importancia de las prácticas, rutinas e inercias organizacionales en la definición de dichas políticas más allá de su forma oficialmente establecida.

En relación a la influencia de la variable politización de la inmigración, diversos aspectos aparecen como elementos comunes en el análisis de la evolución de las políticas de igualdad de acceso a los sistemas sanitarios públicos: su importancia en la determinación del momento en que el tema de la cobertura sanitaria de las poblaciones de origen inmigrante es introducido en la agenda política; la importancia del sesgo ideológico en la determinación de las posturas respecto a este ámbito de políticas (marcada propensión hacia la restricción y la limitación de derechos por parte de los partidos conservadores, cautela de los partidos progresistas ante un tema considerado particularmente espinoso, importancia de los partidos de extrema derecha en la introducción de propuestas restrictivas en el discurso político - forzando al resto de las fuerzas políticas a posicionarse respecto a estos enfoques-); la utilización de argumentos de coste para justificar la conveniencia de limitar los derechos de acceso a los sistemas sanitarios públicos para los no nacionales; y la importancia de las medidas marcadas por su fuerte contenido simbólico, dirigidas a obtener réditos políticos, y/o a restar fuerza a aquellas demandas que reclaman reformas de mayor calado.

Una segunda variable que aparece con claridad en la determinación del margen de inclusión de los no nacionales en el sistema sanitario público es la estructura institucional del propio sistema sanitario. Así, el legado de las diferentes patrones de desarrollo institucional tendrá claras implicaciones en la extensión del rango de cobertura, la definición de los mecanismos de filtro y

control, las posibilidades reales de aplicación de medidas de restricción del acceso, y las estructuras de incentivos para sus integrantes. Éstas últimas tendrán a su vez un papel central en la determinación de las prácticas informales que respondan a las carencias de la regulación, a la regulación restrictiva, o incluso a la regulación percibida como “excesivamente generosa”.

Una tercera variable que contribuye a explicar las políticas en relación con la igualdad de acceso de los colectivos de origen inmigrante a los sistemas sanitarios en los países estudiados es la relacionada con el ámbito de las prácticas de las organizaciones sanitarias que, más allá de las regulaciones (restrictivas o universalizadoras), han contribuido a determinar la forma de las políticas finalmente implementadas. La importancia de las prácticas de funcionamiento de las organizaciones (reguladas por mecanismos informales que pautan la cotidianidad de las tareas a desarrollar, y que en ocasiones funcionan de modo alegal, e incluso hasta ilegal), en la implementación de las políticas resulta fundamental, ya que de dichas prácticas se derivará el impacto final de la legislación sobre la realidad que pretende influir.

Los burócratas (entendiendo esta categoría en un sentido muy amplio) serán los responsables últimos de dichas políticas, cuya implementación puede fácilmente llegar a ser bloqueada. Particular importancia dentro de dichos equilibrios institucionales tiene el anclaje de los profesionales sanitarios en el seno de los sistemas sanitarios públicos. El código deontológico de la profesión médica recoge la obligación de tratar al enfermo sin reparar en su situación económica, pero en el marco de unos sistemas sanitarios muy regulados y estructurados, en los que la relación médico-paciente aparece casi necesariamente mediada por la intervención de algún organismo público, dicha declaración de buenas intenciones permanece en el plano estrictamente normativo. Sin descartar completamente el papel desempeñado por la deontología médica en la extensión *de facto* de la atención sanitaria a los colectivos de origen inmigrante, hemos observado como la actuación de dichos profesionales se encuentra sustancialmente afectada por las estructuras de incentivos

(modalidades de contratación y pago, capacidad de control sobre el funcionamiento del sistema, elaboración de prioridades de gasto y sobre la asignación de recursos, margen para el ejercicio de la práctica privada, etc) imbuidas en los equilibrios institucionales que definen a cada sistema sanitario público. Aunque obviamente han existido sectores de la profesión médica que han abogado por la expansión de la cobertura sanitaria al conjunto de la población, la profesión médica se ha mostrado fundamentalmente más preocupada por el mantenimiento de un *status quo* que les resultaba especialmente favorable, o por obtener garantías de que los cambios introducidos en el sistema no harían peligrar sus intereses profesionales y de clase, que por expandir la cobertura al conjunto de la población, incluyendo los colectivos de origen inmigrante.

Tabla 5. Derechos de acceso a la sanidad pública para poblaciones de origen inmigrante\*

	REGULARES			IRREGULARES		OTROS <sup>i</sup>			
ESPAÑA (Ley 4/2000 reformada por Ley 8/2000)	Cotizante Seguridad Social	Dependiente de beneficiario de la Seg. Social	Empadronados	No Empadronados		Solicitante de Refugio			Refugiado
	= españoles			Asistencia sanitaria pública de urgencia y continuación hasta el alta médica + Enfermedades infectocontagiosas		Admitida trámite	Protección Subsidiaria	Rechazado	= españoles <sup>ii</sup>
FRANCIA (Ley Chevènement de 1998, Ley de la CMU de Julio de 1999 y Guide de la CMU)	Residencia Regular > 3 meses		Residencia regular < 3 meses	Irregulares		Cobertura total sin necesidad estabilidad residencia (3 meses)	¿????	Como irregulares (según tiempo de residencia)	= franceses
	Ingresos suficientes	Ingresos insuficientes <sup>iii</sup>		más de 3 años	De 3 meses a 3 años				
	= franceses Afiliación al Régime General de Assurance Maladie <sup>iv</sup> .	= franceses Afiliación al sistema de SS a través de la CMU y CMU complementaria <sup>v</sup>	Acceso a la Aide Médicale d'État (incluidos los familiares), sin obligación de pago adelantado si se acredita carencia de recursos						
			Cobertura total, hospitalaria y domiciliaria ("en ville")	Sólo cobertura hospitalaria					
REINO UNIDO (1949 NHS Act, NHS Regulations 1982 y Convenios) <sup>vi</sup>	Residencia Regular		Residencia Irregular > 1 año	"Overseas Visitors": Residencia inferior a 1 año sin ningún tipo de permiso		= residentes	= overseas visitors	= residentes	
	= residentes			Necesitan seguro privado de viaje y tendrán acceso al NHS en las mismas condiciones que los pacientes privados del sistema sanitario público <sup>vii</sup>					

\* La regulación de los tres países comparte algunos elementos. Por una parte, las urgencias médicas son siempre asumidas por el sistema de salud pública, con independencia del status legal de la persona enferma. Por otra, tanto los menores de edad como las mujeres embarazadas, con independencia de su status legal, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los nacionales (o residentes en el caso británico), por virtud de las disposiciones de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, en la que son parte los tres Estados objeto de este artículo. En el caso español, la Ley 4/2000 reformada por la LO 8/2000 recoge expresamente dichos derechos, acotando la duración del mismo para las embarazadas al período de embarazo, parto y postparto.

<sup>i</sup> El régimen para los extranjeros provistos de visado de turista en España (válido por tres meses, salvo prórroga) y de los visitantes ocasionales en Francia

<sup>ii</sup> Proporcionado por Cruz Roja en virtud del Convenio firmado desde 1974 con el Ministerio de Asuntos Sociales

<sup>iii</sup> Ese nivel de recursos económicos por debajo del cual se tiene derecho a la CMU Complementaire es fijado a nivel nacional.

<sup>iv</sup> Los afiliados al Régimen General deben adelantar el importe de los servicios sanitarios recibidos, que le será reembolsado a posteriori, salvo lo correspondiente al "ticket moderador" no cubierto por el sistema de SS.

<sup>v</sup> Acceso a todas las prestaciones sin necesidad de adelantar el importe y exentos del pago del ticket moderador y del forfait journalier hospitalario

<sup>vi</sup> En caso de existir algún Convenio Bilateral en vigor con el país de origen del extranjero, su atención sanitaria se registrará por lo dispuesto en éste.

<sup>vii</sup> Excepciones: tratamientos psiquiátricos o de enfermedades infecto-contagiosas de reclusos.

## CAPÍTULO 4

### **POLÍTICAS SANITARIAS DE EQUIDAD Y SU IMPACTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS POBLACIONES DE ORIGEN INMIGRANTE. TRATAMIENTO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD, Y DE LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS**

*“it is important to remember that events and policies have to be interpreted as much in terms of their symbolic significance as of their practical implications”.*

Klein, 1989, 204.

Como señalamos anteriormente, las consideraciones acerca del grado de equidad alcanzado en la provisión de servicios sanitarios por parte de los sistemas sanitarios públicos suelen plantearse fundamentalmente tras la consecución de un remarcable grado de igualdad en el acceso a las prestaciones proporcionadas por dichos sistemas. Una vez garantizada dicha universalidad en el rango de cobertura, los distintos países presentan sin embargo modelos de actuación claramente diferenciados ante el difuso concepto de equidad, en buena medida determinados por los equilibrios institucionales que definen sus respectivos sistemas sanitarios. Las políticas destinadas a afrontar la diversidad interna de cada país

determinan en gran medida las políticas sanitarias de equidad respecto a las poblaciones de origen inmigrante. Una vez más, la forma finalmente adoptada por dichas políticas quedará fuertemente mediatizada por la actuación de los agentes realmente encargados de traducir las directrices políticas en programas concretos y aplicables.

En las siguientes secciones analizaremos las políticas diseñadas e implementadas con objeto de garantizar la justicia en la provisión de servicios sanitarios a las poblaciones de origen inmigrante en los países incluidos en nuestro marco comparativo. Comenzaremos el estudio de las políticas de equidad desarrolladas por el NHS británico analizando el modo en que el propio concepto de equidad ha ido evolucionando, desde una aproximación básica centrada en la garantía de acceso gratuito a las prestaciones del recién creado sistema sanitario público a finales de los 1940s, hasta una visión más compleja dispuesta a asumir tratamientos diferenciados para colectivos con necesidades específicas a partir de la década de los 1980s. El estudio de las desigualdades en salud que atraviesan la estructura social de ese país; así como de la aproximación británica al fenómeno de la diversidad étnica y cultural derivada del asentamiento de poblaciones procedentes de las antiguas colonias y de los territorios de ultramar, establecerán las condiciones básicas para el desarrollo de una política que avance en dirección a una provisión de servicios sanitarios más equitativa en relación a las poblaciones de origen inmigrante. La elaboración de un discurso multicultural, y el desarrollo de algunas medidas encaminadas a facilitar un acceso más equitativo para las personas pertenecientes a minorías étnicamente diferenciadas (de tendencia comunitarista), chocó sin embargo con la resistencia de las estructuras de funcionamiento del NHS, fuertemente imbuidas de una lógica universalista y liberal (individualista); así como con una insuficiente voluntad política para superar los impedimentos derivados de las inercias institucionales.

A renglón seguido estudiaremos el caso francés, caracterizado fundamentalmente por un retraso sustancial en el desarrollo de

políticas de igualdad de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público, y en parte por ello, por un escaso desarrollo de las políticas de equidad tanto hacia el conjunto de la población francesa en general, como hacia los colectivos de origen inmigrante en particular. El modelo de incorporación asimilacionista que caracteriza a las políticas públicas francesas relacionadas con la inmigración ha determinado un bloqueo explícito de la consideración del origen étnico de las personas, imposibilitando con ello el desarrollo de análisis comparativos entre el estado de salud de los grupos de origen inmigrante y el resto de la población francesa. De modo similar, dicho modelo de incorporación de la diversidad ha restringido considerablemente el desarrollo de políticas específicas diseñadas con objeto de mejorar la equidad en la provisión de servicios sanitarios hacia las poblaciones de origen inmigrante. Una vez más observaremos como las prácticas de los profesionales socio-sanitarios han desbordado los constreñimientos impuestos por el discurso público, en este caso (de modo contrario a lo ocurrido en el caso británico) en sentido aperturista, ante la imposibilidad de afrontar las necesidades derivadas de la presencia de poblaciones étnicamente diferenciadas a través de programas estandarizados en función de las necesidades de la población mayoritaria.

Finalmente revisaremos el tratamiento dado en España al fenómeno de las desigualdades en salud como antecedente del desarrollo de políticas destinadas a mejorar la equidad en la provisión de servicios sanitarios. Comprobaremos como el desarrollo de este tipo de políticas quedó también claramente condicionado por el relativamente tardío proceso de universalización de la cobertura sanitaria. El escasísimo desarrollo de políticas de equidad se suma en el caso concreto de la atención a los colectivos de origen inmigrante con una universalización regulada tan solo a principios del año 2000, con una inexistencia de datos significativos respecto al estado de salud relativo de dichos colectivos, así como con una extrema debilidad conceptual acerca del modo de afrontar la diversidad provocada por el asentamiento de colectivos de origen inmigrante. La consecuencia

principal de todo ello ha sido una nula implicación de las autoridades sanitarias nacionales en este ámbito de políticas, y una gran dispersión en la variedad de medidas desarrolladas por organizaciones del tercer sector, y por autoridades sanitarias regionales y locales, para proporcionar una atención sanitaria equitativa a dichos grupos.

#### **4.1. Reino Unido**

*“Not so long ago, many people would have said that all that was necessary to achieve equality of opportunity was to treat everyone exactly the same – that the NHS should be blind to differences of colour, culture and creed. It has to be acknowledged, however, that the NHS can be inflexible. It may, unwittingly, fail to take account of the needs of those with a different cultural background and a first language other than English. What is needed is a willingness to adapt. It is not necessarily a case of providing extra or special services but where appropriate of considering different ways of providing existing services. It is not a case of giving more favourable treatment –of positive discrimination- but of taking positive action to ensure that treatment is not less favourable. It is a question of redressing the balance.”*

Mr. Tony Newton, Ministro de Sanidad, *NHS Management Seminar on Ethnic Minority Health*, Febrero de 1988.

Los procesos migratorios que afectaron al RU a lo largo de la segunda mitad del siglo XX plantearon importantes retos a las autoridades sanitarias británicas. Si como vimos en el Capítulo 3 el tema de la cobertura del NHS a las poblaciones de origen inmigrante tuvo particular importancia en los primeros momentos de la llegada de estos grupos al RU, el tema de las diferencias en los niveles de salud que afectaban a estas poblaciones fue gradualmente reemplazando a las preocupaciones acerca de su acceso a las prestaciones del NHS.

El “*policy paradigm*” a través del cual se afrontó el tratamiento de la diversidad interna en el seno de la sociedad británica determinó el enfoque desde el que se plantearon las cuestiones relativas a la equidad en la provisión de servicios sanitarios a los colectivos de origen inmigrante. Así, la conceptualización de las poblaciones de origen inmigrante como “minorías étnicas” tendría gran importancia en el planteamiento de programas de intervención diseñados para reducir las desigualdades en salud que afectaban a estos colectivos. Una de

las primeras consecuencias concretas de la adopción de un discurso de reconocimiento de la diversidad étnica de la población británica fue el establecimiento de procedimientos de recopilación de información que permitieron investigar el estatus de salud relativo de estos grupos en comparación con la mayoría blanca.

Así, la introducción en la agenda política británica del tema de la equidad en el NHS se vio favorecida por la publicación de una serie de informes sobre las desigualdades en salud que mostraban que, controlando incluso por las principales variables socio-económicas, los indicadores de salud de las minorías étnicas residentes en el RU eran generalmente peores que los de la población blanca mayoritaria.

Tradicionalmente se había asumido que los diferentes grupos étnicos minoritarios debían utilizar los mismos servicios sanitarios, y en la misma forma, que la población blanca mayoritaria. Pese a las dificultades existentes para estimar el origen exacto, y la importancia de las diferencias en salud que afectaban a las minorías étnicas, las autoridades sanitarias británicas pusieron en marcha a partir de mediados de la década de 1980 una serie de iniciativas de naturaleza fundamentalmente procedimental encaminadas a reducir dichas desigualdades. En un contexto de acelerado cambio organizativo e institucional, el gobierno británico desarrolló diversas iniciativas específicas que, sin alterar radicalmente las prácticas de funcionamiento del sistema sanitario público británico, debían contribuir a adaptar los servicios sanitarios públicos a las necesidades de las minorías étnicas. Los resultados de dichas medidas en términos efectivos resultan difícilmente mensurables, aunque sin duda sirvieron para proporcionar una imagen del NHS más receptivo a las necesidades de las diversas comunidades étnicamente diferenciadas.

En la primera parte de esta sección analizaremos la conceptualización e incorporación del concepto de equidad a la filosofía del NHS, así como los debates generados en torno a la naturaleza de las desigualdades de salud apreciadas en el seno de la sociedad británica. A continuación repasaremos la evidencia empírica relativa a la existencia de desigualdades de salud que

afectan particularmente a las minorías étnicas, vinculando directamente el desarrollo de políticas específicas dirigidas a reducir dichas desigualdades, con el modelo de reconocimiento de la diversidad étnica de la sociedad británica vigente en los últimos lustros. Finalmente estudiaremos brevemente la implementación de dichas políticas, prestando especial atención a las diferencias entre los discursos y las prácticas, disonancias que nos remiten al carácter en buena medida simbólico de dichas medidas, así como a su importancia en la creación de un imaginario colectivo “multicultural” en la sociedad británica.

#### *4.1.1. Equidad en el NHS y desigualdades en salud en la sociedad británica*

Las discusiones explícitas acerca del modo en que el escurridizo y multifacético concepto de equidad debía ser entendido y aplicado en el NHS han sido extremadamente raras en el Reino Unido. De hecho, dicho concepto no apareció de forma explícita en la evaluación de los servicios proporcionados por los distintos esquemas del estado de bienestar en general<sup>328</sup>, y del sistema sanitario público en particular, hasta la década de los 1970s. La falta de una conceptualización precisa de los objetivos de equidad que debían ser alcanzados por el NHS no fue óbice para que en la lógica de creación de dicho sistema, así como en su evolución y funcionamiento posterior, existiesen ciertas asunciones acerca del modo en que este sistema debía ofrecer sus prestaciones sanitarias, así como respecto a qué se consideraba “justo” en cada momento.

Así, el sistema de protección social creado en el RU en la segunda mitad de los 1940s estaba fundamentado sobre los

---

<sup>328</sup> De hecho, la estructura y los mecanismos de financiación del estado de bienestar británico estaban mal preparados para alcanzar objetivos de equidad, lo cual contribuyó al creciente escepticismo de la izquierda hacia la utilidad última de los esquemas de protección social a lo largo de la década de los 1960s y 70s (Hills, 1990: 14).

conceptos de “*need*” y de “*free access*”, así como en la aplicación de un planteamiento de la equidad basado en el “*equal access for equal need*”. De acuerdo con estos planteamientos, cada individuo con la misma “necesidad” de atención sanitaria debía recibir idéntico tratamiento, de modo que el NHS sería responsable de garantizar que la distribución de atención sanitaria se realizase de modo independiente al nivel de renta de los pacientes. Esta lógica igualitarista emanaba directamente del contexto de creación del NHS, marcado por las experiencias de falta de cobertura de buena parte de la población, acceso a los recursos médicos y hospitalarios mediatizado por el nivel de renta, y dependencia de los grupos más desfavorecidos de los pobremente dotados esquemas de beneficencia.

Tras la institucionalización de un NHS con cobertura universalista y financiación con cargo a los presupuestos del estado, las exigencias respecto a las premisas de “justicia” fueron variando, y de la misma manera lo hizo el análisis del modo en que el sistema sanitario público respondía a las nuevas demandas que se le planteaban. Así, la aproximación inicial de los creadores del NHS respecto al modo en que debía funcionar dicho sistema, así como respecto al impacto que cabía esperar de su institucionalización, era percibida a finales de la década de los 1970s como un tanto “*naif*” (Klein, 1999: 224). La ingenuidad de dicho enfoque residía fundamentalmente en la asunción del planteamiento de que la equidad en la provisión de servicios sanitarios se obtendría automáticamente a través de la gratuidad, obviando el hecho de que, además de los estrictamente económicos, existen otros costes adicionales en la obtención de servicios sanitarios. La introducción en el análisis de otros factores como la disponibilidad temporal (que favorece a los jubilados, a los desempleados, o a las personas con empleos más estables y mejor remunerados), la distancia hasta los centros sanitarios (que beneficia a los habitantes de las zonas mejor dotadas de infraestructuras sanitarias), o una serie de habilidades sociales y culturales (que favorecen a aquellas personas con un nivel educativo más alto), apuntaban a la existencia de colectivos que se

beneficiarían de un modo más directo que otros de los servicios sanitarios proporcionados por el NHS<sup>329</sup>.

En esta segunda lectura histórica del concepto de equidad (claramente dentro de lo que podríamos identificar como enfoque igualitarista de la justicia distributiva en el ámbito de la salud, pero más cerca en esta ocasión de su versión colectivista), la presión normativa sobre el NHS quedó desplazada hacia la “*equality of access*”. De acuerdo con esta aproximación la intervención pública debería garantizar que todas las personas hubieran de afrontar los mismos costes (monetarios y no monetarios) para acceder a la atención sanitaria (LeGrand, 1991: 108).

Bajo esas premisas, el gobierno Laborista diseñó y aplicó en 1975 el *Resource Allocation Working Party* (RAWP), un mecanismo de atribución de recursos económicos para la financiación del sistema sanitario público. Este esquema, encargado de asegurar una distribución de recursos más equitativa y eficiente entre las distintas RHA, pondera la distribución de recursos en función de algunos indicadores de “necesidad relativa”

---

<sup>329</sup> Basándose en evidencia empírica de *General Household Survey* (GHS), LeGrand afirmaba que los trabajadores poco cualificados eran más proclives a visitar a su GP (se explica probablemente por el mayor uso por parte de los mayores de 65 años en esos grupos), pero este indicador de desigualdad en el uso de los servicios sanitarios resultaba muy pobre como indicador de equidad, ya que no tenía en cuenta posibles diferenciales de “necesidad”. Si se tomaba en consideración la información sobre morbilidad proporcionada por esa misma encuesta, ese sesgo pro-pobres del sistema desaparecía y aparecía un patrón muy estable de relativa igualdad de acceso a igualdad de necesidad en atención primaria. Según LeGrand, en ese análisis ningún factor socio-demográfico resultaba estadísticamente significativo aparte de la morbilidad auto-declarada (LeGrand, en Hill, 1990: 125). Para estudiar no ya “*equal access for equal need*”, sino “*equal treatment for equal need*”, se requiere sin embargo considerar no solo utilización de GP, sino uso total del NHS. Respecto a esto, la evidencia resultaba más ambigua. Un estudio previo realizado por LeGrand con datos de los 70s mostraba un importante sesgo pro-ricos en el NHS. Un estudio similar por otro autor a mediados de los 80 mostraba sin embargo un trato equitativo para todos los grupos, explicándose la diferencia por un aumento importante en los casos de personas pudientes declarando un estado de salud precario.

de la población en las distintas zonas del territorio británico. El objetivo de este esquema era eliminar las disparidades territoriales en términos de oportunidad de acceso a la atención sanitaria a igualdad de riesgo para la salud. Con objeto de lograr dicho objetivo de equidad, los presupuestos asignados a cada región pasaron a ser ponderados por la composición poblacional (edad y sexo), y ajustados con indicadores estandarizados de mortalidad. Con el tiempo, la fórmula del RAWP se fue complejizando hasta incluir consideraciones relativas a flujos inter-regionales de pacientes, número de enfermos crónicos y hospitales universitarios, e indicadores de privación relativa entre los que se incluye el porcentaje de población perteneciente a minorías étnicas.

Pese al sostenimiento de dichos esfuerzos en el tiempo, las desigualdades geográficas en las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios se han mantenido hasta nuestros días, lo cual constituye por otra parte una característica común a todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados (por la imposibilidad material de garantizar todo tipo de tratamientos, en todas partes y en el mismo tiempo), y no resulta particularmente grave en el caso británico<sup>330</sup> (Klein, 1989: 148).

A principios de la década de los 1980s se entraba en la tercera etapa en la evolución de la conceptualización de la equidad en el RU, basada en esta ocasión en un planteamiento que propugnaba la conveniencia de alcanzar la igualdad en el estado de salud a través de una (relativamente problemática) equiparación entre desigualdad e inequidad<sup>331</sup> (LeGrand, 1991: 117). Esta fase se

---

<sup>330</sup> Diversos autores destacaron el carácter ambivalente de dichas medidas, ante la persistencia de las desigualdades intra-regionales, y las fuertes resistencias de los grupos de interés afectados negativamente por dicha redistribución de recursos; contrarrestadas por el incremento de los recursos disponibles para las regiones más desfavorecidas (LeGrand, en Hill, 1990: 120).

<sup>331</sup> Como señala LeGrand, y es discutido previamente en el Capítulo 2, dicha equiparación tan solo puede ser hecha de modo acrítico si obviamos completamente el papel de la volición humana en la determinación del estado de salud de los individuos.

iniciaba con la publicación del informe del *Research Working Group on inequalities in health* dirigido por Sir Douglas Black, conocido como *Black Report*. Este estudio longitudinal de las tasas de mortalidad de las diferentes categorías ocupacionales en las que se agrupaban los datos sociodemográficos del censo británico había sido encargado por el gobierno Laborista en 1977, pero el informe final no fue publicado hasta el verano de 1980, unos meses después de la llegada al poder del partido conservador. Las conclusiones de dicho informe señalaban que, 30 años después de la creación del NHS, todavía persistían importantes desigualdades en el estado de salud de los distintos estratos socio-económicos de la población británica. El contexto político, y la actitud de recelo del gobierno conservador ante las conclusiones de este informe contribuyeron a incrementar considerablemente su eco en la opinión pública británica. Las propuestas contenidas en dicho informe, centradas en el desarrollo de un ambicioso programa de ingeniería social destinado a combatir la pobreza, y eliminar así las desigualdades en salud que afectaban a los distintos estratos de la sociedad británica, chocaban frontalmente con el programa electoral con el que Margaret Thatcher había llegado al gobierno, basado en un claro compromiso de reducción del papel del estado, y una reforma radical de los mecanismos de protección social.

El grueso de las críticas realizadas a este informe no trataba de cuestionar la existencia de un gradiente de salud entre distintos colectivos de la sociedad británica, sino fundamentalmente de refutar las premisas normativas de las que partían los redactores del mismo, así como de invalidar sus recomendaciones finales acerca del modo más efectivo para limitar dichas desigualdades. El enfoque de dicho informe en relación a la equidad, mucho más claramente inclinado hacia planteamientos colectivistas, consideraba que el objetivo del NHS no debería ser conseguir la igualdad de acceso o de tratamiento dentro del sistema sanitario, sino alcanzar la igualdad en la distribución de salud en la población ("*equal distribution of health*"). Ante esto se planteaban

algunos dilemas por el surgimiento de objetivos en conflicto<sup>332</sup>, con la reflexión última de que existe una colusión directa entre políticas basadas en imperativos éticos, y aquellas basadas en cálculos utilitarios que toman en consideración los costes de oportunidad de cada intervención (Klein, 1989: 175). Esa falta de consideración de los costes de oportunidad sería la que llevaría a los autores del *Black Report* a plantear la necesidad de acometer un proyecto de lucha contra la pobreza con objeto de eliminar las desigualdades en salud, sin conocer realmente los mecanismos que regulan la interacción entre el estado de salud, y una multiplicidad de factores sociales, económicos, políticos y culturales que tienen un efecto cierto sobre el mismo.

Pese a las importantes limitaciones metodológicas de dicho estudio, su principal mérito consistió en llamar la atención de la opinión pública británica sobre la existencia de considerables desigualdades en salud entre los diferentes grupos de la población; así como en modificar la conceptualización de los objetivos de equidad a alcanzar por el sistema sanitario público. Desde ese momento las políticas públicas en el ámbito sanitario incluyeron la reducción de las desigualdades en salud en el seno de la sociedad británica entre sus prioridades oficialmente establecidas.

La existencia de desigualdades en salud que afectaban de modo específico a las minorías étnicas residentes en el RU (que mostraban considerables diferencias en sus tasas de mortalidad en comparación con la mayoría blanca), fue también introducida en la agenda política a través del *Black Report*. En las próximas líneas repasaremos brevemente la evolución de la conceptualización de los colectivos de origen inmigrante en el RU, así como la

---

<sup>332</sup> Dichos dilemas situarían a los responsables sanitarios ante la tesitura de tener que elegir entre mejorar el nivel de salud agregado de la comunidad en su conjunto, o el de los grupos más desfavorecidos. Así, al desarrollar una campaña de prevención del tabaquismo, o de lucha contra la mortalidad infantil, la salud de la comunidad podría mejorar, pero no lo haría de igual modo entre todos los grupos sociales, ya que aquellos con un nivel educativo más alto mostrarían una mayor receptividad a dichos mensajes y por lo tanto sacarían un mayor provecho de los mismos.

evidencia empírica que demostraba la existencia de un marcado gradiente de salud entre estos grupos minoritarios y la población blanca, al tiempo que introduciremos los principales rasgos de las políticas desarrolladas por las autoridades británicas para responder a dichas desigualdades.

#### *4.1.2. Minorías étnicas y gradiente sanitario*

La referencia a los debates relativos al modo de afrontar la diversidad étnica surgida en el RU a partir de la instalación de las poblaciones inmigrantes procedentes de las antiguas colonias y territorios de ultramar resulta inevitable en el análisis de las políticas diseñadas y aplicadas con el objetivo de incrementar la equidad en la provisión de servicios sanitarios por el NHS británico. El modo de conceptualizar dicha diversidad étnica determinó tanto el establecimiento de categorías de agregación de individuos y grupos que permitió generar datos y analizar la existencia de desigualdades, como el desarrollo de políticas sanitarias específicas para dichos colectivos.

Como vimos anteriormente, el proceso de renegociación de la identidad británica que implicó el progresivo cambio del principio de vinculación a la Corona por el de la ciudadanía territorial, supuso la compartimentalización de los ciudadanos británicos en categorías étnicamente diferenciadas (Joppke, 1995). Así, el RU reconoció la diversidad étnica de su población mucho antes que ningún otro país occidental<sup>333</sup>, y desarrollaba ya en la década de los 1960s los rasgos generales de lo que sería el modelo bifurcacionista británico: regulación y establecimiento de

---

<sup>333</sup> El Ministro del Interior del momento declaraba ya en 1966, *'I do not think that we need in this country a melting pot, which will turn everybody out in a common mould, as one of a series of carbon copies of someone's misplaced vision of the stereotypical Englishman... I define integration, therefore, not as a flattening process of assimilation but as equal opportunity, accompanied by cultural diversity, in an atmosphere of mutual tolerance'* (citado en Joppke, 1995).

mecanismos contra la discriminación por origen étnico, política de igualdad de oportunidades, y reconocimiento de la diversidad cultural.

Pese a esas tempranas declaraciones de fe en el carácter multirracial y en la diversidad étnica interna de la sociedad británica, el diseño y la implementación de políticas que llenasen de contenido el modelo de integración multicultural, y que afrontasen las necesidades específicas de las minorías étnicas, tuvo un desarrollo bastante modesto y pausado<sup>334</sup>. Las autoridades británicas partieron inicialmente de una aproximación universalizadora (“*colour-blind*”) que asumía que los diferentes grupos étnicos residentes en el RU podrían beneficiarse de los servicios normalizados en la misma medida que la población blanca mayoritaria, siempre y cuando la política de igualdad de oportunidades y de no discriminación fuese aplicada de modo efectivo. Tan solo a mediados de la década de los 1980s comenzó a reconocerse públicamente la necesidad de desarrollar programas específicos que permitiesen alcanzar un objetivo de equidad más elaborado que la mera igualdad de acceso.

Hasta la década de 1980s el tema de las desigualdades en salud que afectaban a las minorías étnicas no recibió ninguna atención por parte de las autoridades británicas, y las principales discusiones en el ámbito sanitario sobre este colectivo estuvieron encuadradas en las cuestiones del acceso, así como en el control sanitario de las fronteras, descritos en el capítulo anterior. Las políticas sanitarias eran diseñadas para el conjunto de la población, y los colectivos de origen inmigrante eran incorporados a los circuitos normalizados, una aproximación que encajaba a la perfección con el espíritu liberal y universalista del NHS británico.

Las organizaciones implicadas en la lucha contra algunas enfermedades que presentaban una incidencia más alta entre la población perteneciente a minorías étnicas trataban de modificar

---

<sup>334</sup> Como señala Soysal, “*although policy discourse in Britain stresses race relationships and even the existence of a multiethnic society, there are no indications that migrants are viewed or treated as collective groups*” (Soysal, 1994: 54).

esta situación, pero el bajo perfil de este tema en el ámbito de la política sanitaria general, así como la escasa capacidad de movilización y presión de estos colectivos, dificultaba en gran medida la introducción de este tema en la agenda política y sanitaria. En ese contexto, la publicación de los primeros informes en torno a la existencia de desigualdades en salud que afectaban a estos colectivos contribuyó de modo considerable a aumentar la prioridad asignada a estos temas, forzando a las autoridades sanitarias británicas a reconocer la existencia de necesidades específicas que requerían medidas compensatorias (Smaje, 1995; Kelleher and Hillier, 1996).

Pese a sus limitaciones metodológicas<sup>335</sup>, las investigaciones basadas en el análisis de las tasas de mortalidad apuntaban importantes desigualdades en salud entre las personas nacidas fuera del RU, y el resto de la población. Tras la publicación del *Black Report*, el debate entre explicaciones materialistas e individualistas de las desigualdades en salud que afectaban a las minorías étnicas se prolongó durante un considerable período de tiempo. El gobierno hacía hincapié en la responsabilidad individual en la prevención de la enfermedad, y arrinconaba toda referencia a la existencia de desigualdades en salud que afectase a grupos específicos. Así, pese a que el informe *Health Divide* publicado en 1987 proporcionó evidencia empírica concluyente acerca de la existencia de un marcado diferencial en la tasa de mortalidad entre la población nacida en el extranjero y el resto de la población británica, el documento oficial "*Health of the Nation*" publicado por las autoridades sanitarias británicas en 1992 con objeto de señalar las grandes líneas de intervención pública

---

<sup>335</sup> A mediados de los 1980s, las investigaciones sobre el nivel de salud de las minorías étnicas en el RU comenzaron a realizarse en base a las tasas de mortalidad de la población nacida fuera de Gran Bretaña. La utilización de este indicador excluía a las segundas y terceras generaciones de ciudadanos británicos pertenecientes a colectivos étnicamente diferenciados, al tiempo que incluía a la ciudadanos británicos blancos nacidos en el extranjero, por lo que resultaba un indicador muy pobre de la situación específica de los colectivos étnicamente diferenciados.

sobre el ámbito sanitario, tan solo hacía una referencia tangencial a la existencia de “variaciones” de compleja naturaleza y origen en los niveles de salud de la población.

Tabla 6. Mortalidad de poblaciones de origen inmigrante en el RU 1970-78

Causa de mortalidad	Comparación con tasas de mortalidad en Inglaterra y Gales
Tuberculosis	Alta en inmigrantes del Subcontinente indio, Irlanda, Caribe, África y Escocia
Cardiopatía Isquémica	Alta en inmigrantes del Subcontinente indio
Hipertensión y embolias	Extremadamente alta en inmigrantes del Caribe y África
Cáncer de hígado	Alta en inmigrantes del Subcontinente indio, Caribe y África
Diabetes	Alta en inmigrantes del Caribe, y del Subcontinente indio
Materna post-parto	Alta en inmigrantes de África, Caribe, y del Subcontinente indio
Mortalidad infantil	Alta en niños de mujeres nacidas en Pakistán y el Caribe
Violencia y accidentes	Alta en todos los grupos inmigrantes

Fuente: Elaborada por el autor con datos procedentes de Whitehead, 1992.

La tabla 6, muestra las principales conclusiones del informe *Health Divide*, en relación a las tasas de mortalidad diferencial obtenidas en base a los datos del *Immigrant Mortality Study* para el periodo 1970-78. En los años subsiguientes otros autores publicaron nuevos trabajos mostrando la consistencia de dicho diferencial de salud entre las diferentes minorías étnicas y la población mayoritaria blanca en el RU.

Tabla 7. Tasa mortalidad estandarizada en Inglaterra y Gales por país de nacimiento, 1989-9

	Enfermedad
--	------------

	Todas las causas		coronaria		Embolia	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Todos los países	100	100	100	100	100	100
África del Este	110	103	131	105	114	122
África del Oeste	113	126	56	62	271	181
Caribe	77	91	46	71	168	157
Subcont. Indio	106	100	146	151	155	141

Fuente: Elaborada por el autor con datos procedentes de Wild y McKeigue, 1997.

Como muestra la tabla 7, elaborada a partir de datos estandarizados, las tasas de mortalidad de las personas procedentes de algunas zonas del mundo eran consistentemente más altas que las del resto de la población británica, en especial en relación con algunas enfermedades concretas. Así, el caso de las personas originarias de África Occidental mostraba una clarísima propensión a experimentar problemas circulatorios y en particular a sufrir embolias. Un análisis similar realizado por Raleigh y Balarajan en relación con las distintas tasas de mortalidad infantil, mostraba también una diferencia significativa entre los diferentes grupos étnicos.

Tabla 8. Tasas de mortalidad infantil por país de origen de la madre en el RU, 1989-91

	Perinatal	Neonatal	Postnatal
Reino Unido	7,9	4,4	3,2
África del Este	10	5,1	2,3
Bangladesh	10,9	3,8	2,3
India	9,9	5,9	2,7
Resto de África	13,2	7,6	3,5
Caribe	13,3	7,5	4,3
Pakistán	14,2	7,4	5,5

Fuente: citado en Bardsley y Lowdell, 1999.

El tercer informe a nivel nacional sobre la existencia de desigualdades en salud en la población británica, dirigido por Sir Donald Acheson, titulado “*Report of the Independent Inquiry into Inequalities in Health*”, y publicado en 1998, volvía a señalar la persistencia de importantes variaciones en las tasas de mortalidad entre los diferentes grupos étnicamente diferenciados. De acuerdo con este informe, las tasas de mortalidad para la práctica totalidad de los colectivos de origen inmigrante durante el período 1989-92 fueron superiores a la media del conjunto de la población británica. Las causas específicas de mortalidad variaban en función del país de origen, con la tasa de mortalidad por enfermedades coronarias superior a la media en el caso de aquellas personas nacidas en el Subcontinente indio; la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares considerablemente más alta para el conjunto de las personas nacidas en el extranjero (exceptuando las procedentes del Este de África); la tasa de mortalidad por cáncer de útero muy alta entre mujeres nacidas en el Caribe; la tasa de suicidios inusualmente alta entre mujeres jóvenes nacidas en India; y la tasa de mortalidad por accidentes anormalmente alta entre jóvenes y ancianos nacidos en Irlanda y el Subcontinente indio.

Pese a las limitaciones de las tasas de mortalidad diferenciales como indicador de la existencia de desigualdades en salud en el seno de una sociedad, la relativamente abundante evidencia empírica existente a este respecto apuntaba consistentemente a la existencia de un importante gradiente de salud entre los distintos colectivos étnicamente diferenciados de la población británica.

La idea de que dichas desigualdades podrían ser probablemente mejor estudiadas a través del análisis de indicadores de morbilidad llevó a diversas agencias públicas británicas a financiar el *Fourth National Survey of Ethnic Minorities*. Esta investigación, elaborada entre 1993 y 94 por el *Policy Studies Institute*, incluía una serie de preguntas relacionadas con el estado de salud auto-percibido realizadas a una muestra representativa de personas pertenecientes a los principales

grupos étnicos residentes en el RU, así como a un grupo de control perteneciente a la población blanca mayoritaria. Los resultados de dicha encuesta fueron publicados en 1997, representando hasta la fecha la investigación más completa en relación con la morbilidad de las minorías étnicas en el RU<sup>336</sup>. La tabla 9 resume algunos de los resultados más relevantes de dicha investigación.

Algunos datos interesantes emergen de dicho estudio, confirmando en términos generales la hipótesis de la existencia de importantes variaciones en el nivel de salud entre las minorías étnicas y la mayoría blanca, aunque aparecen considerables discrepancias en relación con las conclusiones presentadas por otros estudios realizados en base a tasas de mortalidad a los que nos referimos anteriormente.

---

<sup>336</sup> En un esfuerzo por solventar algunos de los problemas de estabilidad en la recogida de información propios del método de auto-adscripción étnica del Censo de 1991, la muestra fue seleccionada siguiendo el criterio de país de origen de la familia. Con objeto de superar otros problemas de comparabilidad derivados de la diferente composición socio-demográfica de los distintos grupos étnicos en relación con la mayoría blanca, los datos fueron estandarizados por edad y género.

*Tabla 9. Tasas de morbilidad entre los diferentes grupos étnicos en el RU, %*

	Caribe	Sudeste asiático	Subcont. indio***	Pakistán y Bangladesh	China	Toda las minorías étnicas	Blancos
Moderada o pobre*	34	32	27	39	26	32	27
Actividades limitadas por salud	14	17	13	24	10	12	8
Enfermedades de larga duración	27	18	17	21	15	21	27
Problemas psico-sociales	49	34	34	35	42	39	54
Enfermedades de corazón **	3,7	4,2	3,3	6,0	3,0	4,0	4,2
Hipertensión	17	9	8	11	5	12	12
Diabetes	5,3	6,2	4,7	8,9	3,0	5,7	1,7
Problemas respiratorios	23	16	15	18	12	18	27
Accidentes	9	4	4	5	8	6	13

\* Comparado con personas de la misma edad

\*\* Diagnosticadas

\*\*\* Incluye los africanos de origen asiático

Fuente: Elaborada por el autor con datos procedentes de Nazroo, 1997.

En términos de salud general, prácticamente todos los grupos étnicos minoritarios declararon un peor estado de salud que la mayoría blanca, siendo los colectivos pakistaní y bangladeshí los más proclives a ello, y el colectivo chino el único que declaraba un mejor estado de salud que la población blanca. Pakistanis y bangladeshis se declaraban también particularmente proclives a ver sus actividades limitadas por su estado de salud, seguidos en ello por el resto de los colectivos minoritarios. Resulta interesante destacar que, pese a declarar peores niveles de salud, y una mayor interferencia de sus problemas de salud sobre sus actividades cotidianas, las minorías étnicas declaraban sufrir menos enfermedades crónicas que la población blanca. Según Nazroo, la explicación de esa paradoja puede residir en la existencia de diferentes interpretaciones de la pregunta de la encuesta por los miembros de los diferentes colectivos étnicamente diferenciados.

Uno de los datos de comparación más interesantes entre las tasas de mortalidad presentadas anteriormente, y los datos de morbilidad generados por esta encuesta, es el de las enfermedades coronarias. Según los datos de mortalidad, aquellas personas procedentes del Subcontinente indio tenían mayores tasas de enfermedades coronarias que los nacidos en el RU, y los nacidos en el Caribe menores tasas de prevalencia de dicha enfermedad (Acheson, 1998). Los datos sobre morbilidad sin embargo indican que los caribeños declaran menores tasas de enfermedades coronarias que los blancos, aunque dicha diferencia no resultaba estadísticamente significativa. Las personas originarias del Subcontinente indio, así como los indios africanos declaraban tasas similares de enfermedades coronarias que los blancos, mientras que pakistanis y bangladeshis declaraban tasas más altas de esta afección, siendo estos datos estadísticamente significativos y consecuentes con los datos proporcionados por las estadísticas de mortalidad.

Una posible explicación de dichas diferencias entre las tasas de mortalidad y las de morbilidad es que no exista co-varianza entre ambos indicadores, es decir, que por diferencias en el acceso a tratamiento, exposición ambiental, o factores sociales que

puedan influir en la evolución de la enfermedad, o por diferencias en la evolución natural de la misma, ambos indicadores sean simultáneamente correctos. Sin embargo, la explicación más plausible señala a la inadecuación del proceso de agregación de identidades étnicas en el caso de las personas originarias del Subcontinente indio, al constituir ésta una categoría excesivamente amplia que estaría distorsionando los indicadores de mortalidad al no tomar en consideración la gran variabilidad interna entre los distintos colectivos incluidos en la misma.

Los datos sobre mayores niveles de hipertensión entre las personas procedentes del Caribe resultan consistentes en ambos tipos de datos (de mortalidad y morbilidad), y lo mismo ocurre con los datos sobre la prevalencia de la diabetes, superior en todos los grupos a la mayoría blanca. Según otros indicadores de morbilidad como la salud psico-social (falta de energía, cansancio, alteraciones del sueño), y los problemas respiratorios, los distintos grupos étnicos declaraban un nivel de salud superior al de la mayoría blanca.

Otro aspecto que contrasta entre las tasas de mortalidad y los datos generados por esta encuesta es la tasa de accidentes declarados por las minorías étnicas. Esta divergencia resulta particularmente interesante si consideramos que los accidentes suelen estar directamente relacionados con la pobreza y las malas condiciones de la vivienda, y que las minorías étnicas están sobre-representadas en los colectivos en dichas situaciones de privación relativa<sup>337</sup> (Smaje, 1995).

El interés de las autoridades sanitarias británicas por la “monitorización” de las desigualdades en salud que afectan a las minorías étnicas llevó al *Department of Health* (DoH) en 1999 a

---

<sup>337</sup> Una serie de factores pueden contribuir a explicar esa divergencia: variaciones entre los distintos grupos en el recurso a la atención hospitalaria tras sufrir un accidente, la menor ingestión de alcohol por algunos grupos étnicos (un factor directamente relacionado con todos los tipos de accidentes), o el hecho de que la encuesta no incluya a los menores de edad, un grupo particularmente susceptible de sufrir accidentes directamente relacionados con la situación socio-económica de la familia (Nazroo, 1997: 56).

incluir en el *Health Survey for England* (la encuesta anual con la que se pretende investigar la evolución de la salud de la población inglesa), una muestra paralela en la que se sobreponderó la presencia de hogares integrados por personas pertenecientes a minorías étnicas. Además, y con objeto de reducir las distorsiones introducidas en los datos generados a través de encuestas por la exclusión de la población menor de edad, dicha encuesta incluyó a los niños entre 2 y 15 años.

Los datos de dicha encuesta no se diferenciaron excesivamente de la investigación desarrollada algunos años antes por el *Policy Studies Institute*, destacando sin embargo la mayor atención prestada a los aspectos socio-económicos (que deberían explicar una parte importante de dichas diferencias en el estado de salud de las minorías étnicas), así como la matización de la importancia atribuida a la variable etnicidad en dicho estudio. Esta relativización del concepto de origen étnico indicaba el cierre de un ciclo en el que dicha variable había pasado a ocupar un, en buena medida inmerecido, lugar prominente en los discursos relativos a la existencia de desigualdades en salud en el RU. En la próxima sección estudiaremos el modo en que la toma en consideración de dicha variable se transformó en un aspecto relativamente importante de la delimitación de políticas de equidad en el sistema sanitario público británico.

#### *4.1.3. Políticas específicas de salud dirigidas a los colectivos étnicamente diferenciados*

Las declaraciones del Ministro de Sanidad citadas al comienzo de esta sección trazan la evolución de la toma de conciencia de las especificidades sanitarias de los grupos de origen inmigrante, al tiempo que indican el camino seguido por las autoridades británicas a la hora de hacer frente a las voces que reclamaban políticas específicas dirigidas a mejorar el estado de salud de estos colectivos. El discurso oficial en ese momento inicial de la inclusión de la variable etnicidad en la consideración de las

desigualdades en salud existentes en la sociedad británica, giraba en torno a la conveniencia de considerar formas diferenciadas de proporcionar los mismos servicios sanitarios ya existentes, y no tanto de articular esquemas de servicios nuevos o específicos para estos grupos.

En los años subsiguientes una serie de iniciativas procedimentales fueron desarrolladas por el Ministerio de Sanidad británico con el objetivo de afrontar dichas desigualdades en salud. La ausencia de voluntad política para transformar dichas iniciativas en políticas realmente efectivas que tuviesen un impacto sustancial sobre el diferencial de salud que afectaba a dichos colectivos, así como la sobrecarga de prioridades para el NHS derivada de los procesos de reforma a los que ha estado permanentemente sometido dicho sistema desde mediados de la década de los 1980s, determinaron sin embargo el escaso alcance final de dichas medidas.

El carácter descentralizado de los esquemas de protección socio-sanitarios en el RU, reforzado por la introducción de mecanismos de mercado en la gestión de dicho sistema, facilitó la puesta en práctica de iniciativas encaminadas a tratar de reducir dicho gradiente de salud. Así, algunos gobiernos locales, en colaboración con organizaciones del tercer sector y asociaciones comunitarias encargadas de defender los intereses de colectivos étnicos, se mostraron particularmente activos en el desarrollo de programas encaminados a mejorar el estado de salud de las minorías étnicas, y a facilitar su acceso al sistema sanitario de un modo adaptado a sus necesidades específicas. Pese a que el *NHS Executive* trató de promover procesos de aprendizaje entre distintos niveles de administración del sistema sanitario, la escasa prioridad atribuida a este ámbito de políticas resultó en escasos esfuerzos efectivos encaminados a desarrollar programas diseñados para afrontar las necesidades específicas de las minorías étnicas. Las iniciativas locales y regionales supusieron así una respuesta fragmentada a las demandas existentes, sin una estrategia global que les confiriese consistencia en todo el territorio británico.

El movimiento desde la asimilación, hacia la acomodación bifurcacionista (o “multicultural”) en el ámbito sanitario ha sido considerado por algunos autores como una transformación estrictamente discursiva que no ha implicado una voluntad real de transformar los procedimientos de trabajo del NHS para adaptarlos a las demandas de una población multiétnica y multicultural. En la base de dicha falta de compromiso para afrontar las necesidades específicas de las minorías étnicas se encontraría la ambigua posición de las propias autoridades británicas hacia la aceptación del carácter multicultural de la sociedad británica, pese a las múltiples declaraciones públicas reconociendo la complejidad de la sociedad británica.

Así la política “multicultural” británica, basada en la igualdad de oportunidades, y en la no discriminación, estaría dirigida al inmigrante individual, tratando de incorporarle en los circuitos normalizados de la sociedad blanca mayoritaria (fundamentalmente a través de su participación en el sistema educativo y en el mercado de trabajo). Como resultado de esto, las necesidades específicas de las comunidades y grupos inmigrantes no serían un objetivo para las políticas públicas. Una de las consecuencias de estas políticas (y fundamentalmente de las no políticas) se plasmaría en los diferenciales en los niveles de salud reflejados por los datos sobre mortalidad y morbilidad que afectan a las minorías étnicas.

El debate en torno a la naturaleza última de las causas que originan los gradientes en los estados de salud que afectan a las minorías étnicas en el RU nos servirá como eje vertebrador de nuestro estudio de los distintos programas específicos desarrollados por las autoridades políticas y sanitarias británicas con objeto de reducir las desigualdades en salud que afectaban a dichos colectivos. A continuación repasaremos los cinco grandes marcos explicativos que han sido planteados para dar cuenta de dichas desigualdades, señalando las implicaciones que cada una de ellas ha tenido en el ámbito de las políticas de equidad sanitaria británicas en relación con las minorías étnicas.

El primero de los marcos explicativos de dichas desigualdades, defendido por aquellos sectores más reticentes al desarrollo de política específicas focalizadas en las necesidades de las minorías étnicas, ha vinculado directamente las diferencias en mortalidad de las minorías étnicas a los métodos de generación de datos utilizados para obtener la evidencia empírica sobre la que se apoyan dichos argumentos. Así, la escasa sensibilidad de las tasas de mortalidad como indicadores de la salud relativa de una población<sup>338</sup>; los problemas derivados de la utilización del país de nacimiento declarado en el certificado de defunción como mecanismo de adscripción a un determinado origen étnico; la existencia de posibles sesgos en la atribución de la causa de defunción a causa de los prejuicios y estereotipos hacia distintos colectivos; o la diferente estructura socio-demográfica de las poblaciones de las distintas minorías étnicas, han sido utilizados como factores deslegitimadores de la fiabilidad de la evidencia empírica relativa a la existencia de desigualdades en salud que afectarían a las minorías étnicas en el RU.

De igual modo las tasas de morbilidad presentarían sus propios problemas específicos, entre los que se pueden destacar las debilidades metodológicas del proceso de construcción de las categorías de agregación<sup>339</sup>, y las dificultades derivadas de la

---

<sup>338</sup> Las tasas de mortalidad presentan la ventaja de estar claramente definidas, ser relativamente accesibles mediante el uso de certificados de defunción, y estar razonablemente desagregadas por causa del fallecimiento, sin embargo resultan escasamente dotadas para aprehender el carácter multidimensional del concepto de salud que hace referencia a la noción de ausencia de enfermedad, autonomía funcional, integridad física, y bienestar general.

<sup>339</sup> Los métodos utilizados en buen número de investigaciones sobre el tema de salud y etnicidad para la adscripción de los individuos a las distintas categorías étnicas resultan en general excesivamente simplistas, y no captan la complejidad de ese concepto. El uso de categorías generales como “black”, o “South Asian” para describir la adscripción étnica de las personas ignora la existencia de una multiplicidad de culturas, creencias religiosas, historias migratorias, y situaciones socio-económicas que diferencian radicalmente a las personas y grupos incluidos bajo dichas etiquetas. Como señala Nazroo además, *‘the view of ethnicity as a natural division between social groups allows the*

utilización de información generada a través de encuestas a colectivos muy diferenciados en torno a un tema particularmente complejo<sup>340</sup>.

Como señala Smaje, este tipo de argumentos resultan particularmente útiles para introducir una nota de escepticismo acerca de la validez y la fiabilidad de la evidencia empírica existente, ya que los mecanismos de generación de datos pueden introducir importantes distorsiones en la evidencia empírica relativa a desigualdades en salud que afectarían a las minorías étnicas<sup>341</sup> (Smaje, 1995). Sin embargo, la consistencia de los datos obtenidos a través de distintos métodos y fuentes muy diferenciadas, no nos permite descartar la existencia de dichas desigualdades, por lo que en última instancia, esta línea de razonamiento no justificaría la inacción pública en el desarrollo de programas encaminados a alcanzar una distribución más equitativa de la salud.

---

*description of ethnic variations in health to become the explanation, leading to untested assumptions about the existence and importance of cultural and biological differences being asserted as fact without underlying explanations being explored* (Nazroo, 1997: 9). Los esfuerzos realizados para generar una información más compleja, como la posibilidad incluida en el Censo de 1991 de permitir que cada individuo se auto-adscriba a un colectivo étnicamente diferenciado, suponen un avance en la dirección de obtener una información más ajustada a la realidad tal y como ésta es definida socialmente, pero generan al mismo tiempo nuevos problemas para la comparabilidad de los datos, al posibilitar la inconsistencia en la auto-adscripción étnica a lo largo del tiempo.

<sup>340</sup> Como señala Nazroo, la dificultad en la interpretación de las respuestas a preguntas relacionadas con temas de salud proporcionadas por personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos reside en el hecho de que las diferencias, *“may be a reflection of differences in the ways that particular groups interpret and respond to questions and differences in their access to health care and the type of treatment received”* (Nazroo, 1997: 12).

<sup>341</sup> Como señala esta autor, dichas distorsiones no solo actuarían sobreestimando las diferencias, sino también infravalorándolas, por lo que resultaría difícil descartar de plano la existencia de un gradiente de salud que afecte a dichos colectivos por problemas estrictamente epistemológicas o metodológicas.

La existencia de un paradigma de incorporación de la diversidad interna proclive al reconocimiento de categorías de agrupación identitaria ha permitido trasladar al aparato estadístico parte de dicha complejidad, desarrollando así mecanismos de monitorización que, aunque imperfectos, constituyen un punto de partida muy valioso a la hora de explorar la importancia de la etnicidad en las desigualdades en salud en el seno de la sociedad británica. Así, el *NHS Executive* instó a las autoridades sanitarias a sistematizar la recogida de información respecto al origen étnico de los pacientes hospitalizados a partir de enero de 1995, con objeto de generar información lo más fiable posible respecto a la morbilidad de dichos colectivos (“*ethnic monitoring*”), así como a las pautas de utilización de los servicios sanitarios por parte de dichas poblaciones.

La segunda aproximación teórica a la explicación de dicho gradiente en el estado de salud de las minorías étnicas en el RU se ha articulado en torno a la fuerte correlación existente entre nivel de salud y estatus socio-económico. Aunque resulta extremadamente difícil establecer la dirección de la causalidad en dicha relación (que de hecho parece funcionar en sentido bidireccional, y en cierto modo retroalimentado), el impacto negativo de la exclusión social sobre la salud (desempleo, vivienda precaria, condiciones insalubres de trabajo, etc) ha sido ampliamente documentado (Townsend, 1992; Whitehead, 1992; Wilkinson, 1996). Recopilando datos sobre patrones de exclusión en el RU, diversos autores han señalado como las minorías étnicas en ese país se encuentran sobrerrepresentadas entre los colectivos en situaciones de pobreza, desempleo, precariedad en el empleo, bajos salarios, y peores condiciones laborales (Mason, 1995; Bardsley y Lowdell, 1999). Las explicaciones materiales de las desigualdades en salud han incluido también consideraciones acerca de las condiciones medioambientales en las que viven los distintos colectivos. Así, las minorías étnicas se concentran en las zonas más degradadas del centro de las ciudades, y en los barrios periféricos de vivienda en altura, todo lo cual tendría un impacto negativo en términos del acceso a servicios públicos, calidad de la

vivienda, empleo, estereotipación de las poblaciones que residen en esas zonas<sup>342</sup>, etc.

El *Black Report* se encontraría claramente en esta línea de análisis, por lo que sus propuestas de atacar las raíces socio-económicas de la desigualdad harían causa común con los argumentos que propugnan la necesidad de prestar mayor atención a conceptos relacionados con la privación relativa (económica, social, cultural, política), atribuyendo al origen étnico de los colectivos desfavorecidos una menor capacidad explicativa en relación al gradiente de salud que afectaría a las minorías étnicas. De acuerdo con esta aproximación, por tanto, la variable étnica debería recibir una prioridad relativamente baja en un contexto que debería estar marcado por el desarrollo de políticas de equidad dirigidas al conjunto de la población en situación de exclusión social, y encaminado a reducir las desigualdades materiales que determinarían el surgimiento de desigualdades en salud.

Como señalamos anteriormente al referirnos a la elaboración de la 1999 *Health Survey for England*, en los últimos años de gobierno laborista parece haberse producido un proceso de decantación en el que (sin abandonar la consideración de otros posibles factores explicativos) la importancia de los factores socio-económicos ha ganado peso específico en la explicación oficial del surgimiento, mantenimiento (e incluso incremento) de las desigualdades en salud que afectan a las minorías étnicas en el RU. Así, el informe del DoH "*Tackling Health Inequalities*" publicado en 2002, introduce la necesidad de distinguir en el seno de las comunidades étnicamente diferenciadas a las personas que se encuentran en situación de privación; "*Members of Black and minority ethnic groups are not a homogeneous group for health status, disease patterns or health behaviour. (...) These inequalities relate to differences in disease prevalence, differential access to services and differential delivery and take-up of services.*"

---

<sup>342</sup> Algunos estudios realizados en EEUU han mostrado además la existencia de una desigual distribución de la contaminación ambiental que perjudicaba a los grupos más desfavorecidos, lo cual vendría a agravar las condiciones de vida de estos colectivos.

*Many people from Black and minority ethnic communities also experience other social conditions which impact on health status and risk-taking behaviour, including poverty, poor housing and racism” (DoH, 2002: 38).*

En la medida en que dicho giro en el enfoque hacia el tema de las desigualdades en salud llegue a transmitirse al ámbito concreto de las políticas públicas, podría significar una mayor prioridad atribuida a otros programas de protección social (mantenimiento de rentas, vivienda, educación), y un relativamente menor énfasis (al menos en el nivel discursivo) en las políticas sanitarias, incluyendo aquellas dirigidas a incrementar la equidad en relación a la actuación del NHS con las minorías étnicas.

El tercer gran grupo de explicaciones a las diferencias en salud que afectan a los grupos étnicamente diferenciados en el RU hace referencia a la importancia de las barreras culturales, lingüísticas y de comunicación que dificultarían el acceso de estos grupos al sistema sanitario público en condiciones de igualdad con el resto de la población<sup>343</sup>. La subcultura particular del sistema sanitario público británico supondría en ese contexto la primera barrera que debería ser superada por las minorías étnicas para recibir una atención sanitaria equitativa<sup>344</sup>.

---

<sup>343</sup> La barrera lingüística ha sido señalada en infinidad de ocasiones como un posible obstáculo a la hora de acceder a los servicios sanitarios para aquellas personas cuya lengua materna no sea la del país de acogida. La falta de información adecuada en su propio idioma acerca de temas sanitarios, así como sobre el funcionamiento del sistema sanitario público, puede deprimir la demanda de servicios sanitarios y por ello incidir negativamente en el estado de salud de estas poblaciones. Sobre este punto específico han aparecido también opiniones algo más escépticas, que circunscriben los problemas de acceso al sistema sanitario por cuestiones lingüísticas a un grupo relativamente reducido integrado por personas de edad muy avanzada, o inmigrantes llegados recientemente al RU (Baraitser, 1999: 147).

<sup>344</sup> La estructura de funcionamiento de los centros sanitarios, con sus prácticas, expectativas y sistemas de valores (incluyendo los roles de paciente y personal sanitario, diagnóstico y tratamiento, conceptos de salud y enfermedad) reflejan los de la sociedad mayoritaria, pero no coinciden necesariamente con la cosmovisión de los distintos colectivos étnicamente diferenciados.

A este enfoque se han opuesto una serie de autores contrarios a la utilización estereotípica y acrítica de las diferencias de sistemas de valores culturales, creencias y estilos de vida entre los diferentes grupos étnicos (Ahmad, in Kelleher and Hillier, 1996; Ahmad, 1992; Mason, 1995). Para dichos autores, el concepto de cultura debe ser utilizado de un modo flexible y en interacción con otros factores estructurales.

A través del establecimiento de mecanismos de traducción, publicación de documentación sanitaria en las lenguas de las principales minorías étnicas, y contratación de personal sanitario bilingüe, así como de mediadores culturales, las algunas autoridades sanitarias regionales y locales británicas trataron de reducir el impacto de las barreras culturales y lingüísticas en el acceso de estos colectivos al sistema sanitario público. La introducción de temas relativos a la diversidad cultural de la sociedad británica contemporánea en los programas de formación del personal sanitario; y el establecimiento de mecanismos de consulta con las diferentes comunidades étnicamente diferenciadas, han constituido algunos de los mecanismos a través de los cuales las autoridades sanitarias han tratado también de incrementar la sensibilidad de las instituciones sanitarias integrantes del NHS en relación a las minorías étnicas a las que han de atender. De igual modo, buen número de centros sanitarios han tratado de adaptar sus prácticas de funcionamiento interno a las diferentes sensibilidades alimenticias, religiosas y culturales de las distintas comunidades étnicas, con objeto de proporcionar un tratamiento sanitario más adaptado a las necesidades específicas de los pacientes.

En el marco de este tipo de medidas específicas, el Ministerio de Sanidad promovió y financió en 1981 la primera campaña nacional encaminada a prevenir el raquitismo entre las poblaciones procedentes del Subcontinente indio. Esta campaña, desarrollada en colaboración con la ONG *Save the Children Fund*, trataba de concienciar a estos grupos de la importancia de una dieta equilibrada en la que estuviese presente la vitamina D, y representaba en la práctica una continuación de las actuaciones

previamente desarrolladas por organizaciones del tercer sector constituidas fundamentalmente por miembros de las propias minorías étnicas<sup>345</sup>. Esta campaña estableció el patrón de delegación en manos de organizaciones del tercer sector de la mayor parte de las iniciativas de salud multicultural financiadas por las autoridades sanitarias británicas.

En 1987, el propio Ministro de Sanidad moderó un seminario dirigido a gestores de centros sanitarios del NHS y dedicado especialmente al tema de la salud de las minorías étnicas en el RU, diseñado con el objetivo específico de favorecer el aprendizaje de prácticas y programas que hubiesen sido aplicados con éxito a nivel regional y local (Department of Health, 1988). Así mismo, el Ministerio de Sanidad financió a la *National Association of Health Authorities* para que elaborase un protocolo de actuación para las autoridades sanitarias en relación con la provisión de servicios sanitarios culturalmente sensibles para las minorías étnicas (NAHA, 1988).

En 1989, Veena Bahl (directora de las campañas nacionales de prevención antes mencionadas), fue nombrada consejera especial del Ministerio de Sanidad para temas relacionados con la salud de las minorías étnicas. Simultáneamente dicho Ministerio estableció un fondo especial de medio millón de libras anuales dedicado a financiar proyectos comunitarios encaminados a mejorar el acceso de las minorías étnicas a los servicios sanitarios públicos.

A principio de la década de 1990, los cambios en la estructura del NHS supusieron un reto considerable para las autoridades sanitarias y para los gestores de los centros sanitarios públicos, absorbiendo la mayor parte de sus esfuerzos y recursos; y dejando así poco espacio para consideraciones relativas a las desigualdades en salud que afectaban a las minorías étnicas en el RU. Pese a esto, el Ministerio de Sanidad financió al *King's Fund* para que crease el *Services in Health and Race Exchange* (SHARE), un

---

<sup>345</sup> En 1984 dicho esquema se reprodujo de nuevo en la "*Asian Mother and Baby Campaign*", una campaña encaminada a mejorar diversos aspectos relacionados con la salud reproductiva entre las mujeres procedentes del Subcontinente indio.

observatorio de políticas aplicadas en los distintos niveles del NHS para afrontar las necesidades sanitarias específicas de las minorías étnicas, y dedicado a favorecer el intercambio y la diseminación de experiencias existentes dentro del sistema sanitario público británico.

En 1998, el gobierno laborista presentaba ante el Parlamento *Our Healthier Nation. A contract for health*, una propuesta en la que se establecía las prioridades para el desarrollo de la política sanitaria británica. Entre dichas líneas de acción señalaba algunas prioridades establecidas a nivel nacional (lucha contra el cáncer, la embolia, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y la salud mental), al tiempo que enfatizaba la idea de que fuesen las autoridades sanitarias regionales y locales las que determinasen las prioridades sanitarias a nivel local con objeto de hacer frente a las desigualdades en salud, uno de los objetivos últimos de dicha iniciativa. Entre los colectivos que sufrían dicha desigualdad situaba a los grupos vulnerables, señalando explícitamente a los grupos étnicamente minoritarios<sup>346</sup>.

La cuarta línea de explicaciones a la existencia de un gradiente de salud entre minorías étnicas y mayoría blanca en el RU, íntimamente relacionada con la anterior, hace referencia a la existencia de una serie de necesidades específicas de estos colectivos, derivadas de su experiencia migratoria<sup>347</sup>, o de su

---

<sup>346</sup> Así, en relación con los grupos vulnerables establecía que, “*In order to address the health needs of specific groups of people whose health is of particular concern, local strategies might address the needs of different minority ethnic groups, homeless people, single parents, socially isolated people, people with learning disabilities, people on low income or refugees*” (Department of Health, 1998).

<sup>347</sup> Debido a la experiencia migratoria que las personas pertenecientes a las minorías étnicas en el RU han atravesado (ellas personalmente, o sus familiares), estos grupos podrían mostrar una especial propensión a sufrir determinadas enfermedades y trastornos de salud. La evidencia internacional acerca de la medicina de la inmigración muestra la relación directa entre este proceso y la baja salud de los grupos migrantes, en particular en aquellos casos en que estos grupos se instalan en países con un marco cultural muy diferenciado (Smaje,

propio stock genético<sup>348</sup>, para los cuales el sistema sanitario público británico no estaría adecuadamente preparado, en buena medida por la escasa prioridad atribuida a estos colectivos dentro del ámbito general de la política sanitaria.

Con objeto de afrontar dichas necesidades específicas, algunas autoridades sanitarias británicas desarrollaron programas dirigidos a los colectivos particularmente afectados por las mismas (programas de intervención sobre algunos tipos de anemias que afectan fundamentalmente a las poblaciones de origen africano - *sickle cell, thalassaemia*-; o esquemas de atención psicológica a los solicitantes de refugio). De igual modo, desarrollaron esquemas de prevención y de distribución de información con objeto de concienciar a las poblaciones potencialmente afectadas por dichas patologías, para lo cual la colaboración con organizaciones del tercer sector especializadas en el trabajo comunitario con las minorías étnicas resultó especialmente fructífera.

Esas medidas fueron acompañadas por la creación de la *Ethnic Health Unit*, un centro de investigación dependiente del Ministerio de Sanidad, y dedicado a facilitar la tarea de las agencias proveedoras y financiadoras de los servicios sanitarios en relación con la salud de las minorías étnicas. De modo similar, el *NHS Planning and Priorities Guidance* para los años 1994-95 incluía por primera vez una serie de consejos dirigidos a las autoridades sanitarias regionales y locales respecto a como afrontar las cuestiones relacionadas con la salud de las poblaciones pertenecientes a grupos étnicamente minoritarios.

---

1995). Este fenómeno ha sido vinculado a las situaciones de stress derivadas del choque cultural producido por el proceso migratorio.

<sup>348</sup> En relación con el tema de las herencias genéticas, y pese a la extrema precaución con la que han de manejarse este tipo de variables explicativas de las desigualdades en salud que afectan a las minorías étnicas, su utilización puede ser necesaria en aquellos casos relacionados con enfermedades hereditarias particularmente presentes en determinados grupos humanos, tales como algunos tipos de anemias presentes fundamentalmente entre poblaciones originarias del continente africano.

El quinto y último bloque de explicaciones a las diferencias en estatus sanitario que afecta a las poblaciones étnicamente minoritarias hace referencia a la posible existencia de prácticas discriminatorias en el sistema sanitario público británico. Desde el racismo virulento, hasta la estereotipación y el prejuicio, las minorías étnicas en el RU habrían de afrontar el fenómeno de la discriminación permanentemente en sus vidas cotidianas<sup>349</sup>. Además del impacto que dicha situación pudiera tener directamente sobre el estado de salud (especialmente psicológica) de estos colectivos, la existencia de racismo en el seno del sistema sanitario público limitaría claramente las posibilidades de alcanzar el máximo potencial de salud de las personas pertenecientes a dichos grupos.

En este sentido, el marco normativo antidiscriminatorio británico estaba marcado por la promulgación de la *Race Relations Act* en 1976, que atribuía al NHS la obligación de proporcionar atención sanitaria sin ningún tipo de discriminación. Con objeto de alcanzar dicho objetivo diversas autoridades sanitarias regionales y locales crearon programas de igualdad de oportunidades en el empleo de personal para los centros sanitarios, establecieron procedimientos para eliminar la discriminación en el tratamiento de sus pacientes, y desarrollaron canales de comunicación con los

---

<sup>349</sup> Según la CRE, la discriminación es definida como, “*less favourable treatment of individuals or groups on the grounds of their culture, colour, race, ethnicity, religious or national origin*”, y aunque con frecuencia involuntaria, “*it can manifest itself either in the provision of services which are inappropriate or insensitive, or through staff applying racial stereotypes when making assessments about black and ethnic minority individuals*” (Department of Health, 1992: 73). Según el informe del *Chief Medical Officer* sobre el estado de la salud pública en el RU en 1991, algunas áreas que requerirían atención para eliminar discriminaciones en el servicio sanitario público británico serían la provisión de dietas culturalmente adecuadas, la creación de espacios de oración para las distintas confesiones religiosas, la atención a mujeres inmigrantes por parte de doctoras, la creación de puestos de intérpretes y mediadores culturales, el desarrollo de mecanismos de información en las principales lenguas minoritarias, y el respeto a los estándares de intimidad de las minorías étnicas (segregación de enfermos por sexo, camiones más largos, etc).

representantes de las distintas minorías étnicas asentadas en su área de actuación<sup>350</sup>, al tiempo que establecían comités de monitorización de la implementación de la política de igualdad de oportunidades, encargados de la supervisión de los avances en dicha dirección (Chandra, 1996). En 1986 el Ministerio de Sanidad financió también el establecimiento del *King's Fund Task Force on equal opportunities*, una agencia encargada de ayudar a las autoridades sanitarias regionales y locales a desarrollar políticas de igualdad de oportunidades que garantizaran un trato equitativo a sus pacientes y empleados, independientemente de su origen étnico.

En su informe anual sobre el estado de la salud pública en el RU de 1991, el *Chief Medical Officer* dedicó también un capítulo específico al tema de la salud de las minorías étnicas y de los refugiados políticos, afirmando que “*the NHS must address the particular needs of the black and ethnic minorities living in this country, and take positive steps to eliminate discrimination*”, proporcionando así mismo consejos a los gestores del sistema sanitario público respecto a como mejorar la atención a la población perteneciente a grupos étnicos minoritarios<sup>351</sup> (Department of Health, 1992). Las declaraciones de las autoridades sanitarias británicas comprometiéndose a mejorar los

---

<sup>350</sup> En los últimos años han aparecido de modo creciente voces discordantes con la idea, excesivamente simplista, de que establecer mecanismos de consulta con los “*community representatives*” permitirá a las autoridades sanitarias obtener una idea más adecuada de las demandas de las minorías étnicas (Baraitser, 1999: 147). Estas posturas coinciden con las visiones más críticas respecto al comunitarismo, y tratan de introducir una reflexión en torno a la idea del poder en el seno de esas comunidades, y en contra del inmovilismo que reflejan respecto a la capacidad de adaptación y cambio de dichas comunidades étnicamente diferenciadas.

<sup>351</sup> En este informe el *Chief Medical Officer* seguía las directivas marcadas por otros documentos publicados por el gobierno británico en los meses precedentes (como la *Patient's Charter*), en los que se identificaba a las minorías étnicas como grupos con necesidades específicas que debían ser respondidas por las autoridades sanitarias, prestando especial atención a su privacidad, dignidad, creencias religiosas y culturales.

servicios sanitarios ofrecidos a las minorías étnicas continuaron en los años subsiguientes, y en 1993 dos grupos de trabajo interministeriales fueron establecidos con este fin: uno centrado en temas de empleo en el NHS de personal procedente de los grupos étnicamente minoritarios, y el otro en temas relacionados con el estado de salud de dichos colectivos (Department of Health, 1996).

La publicación a principios de 1999 del *Steven Lawrence Report*, denunciando la pervivencia de discriminación en todos los niveles de la administración del estado del RU, y conceptualizando dichas prácticas como racismo institucional<sup>352</sup>, supuso una sacudida considerable en la actitud de relativa complacencia que existía en el sistema sanitario público británico respecto al tema de la discriminación; y motivó el desarrollo de investigaciones internas a todos los niveles del NHS con objeto de identificar las posibles desviaciones en el funcionamiento de dichos organismos respecto a las *Race Relation Acts*, y las regulaciones específicas de la CRE que persiguen las prácticas discriminatorias. Una vez más, y con objeto de mostrar su cumplimiento de la regulación, dichas iniciativas antidiscriminatorias terminaron haciendo especial énfasis en los aspectos más medibles y cuantificables de su actuación. Así, los centros sanitarios del NHS realizaron, actualizaron y publicaron nuevos informes acerca de los porcentajes de su personal perteneciente a minorías étnicas en los distintos niveles de su

---

<sup>352</sup> Redactado como respuesta a la movilización de los colectivos afrocaribeños ante la pasividad y obstruccionismo de la policía en la investigación por el asesinato un joven negro en un barrio del sur de Londres, "*The Stephen Lawrence Inquiry*" supuso el primer reconocimiento oficial de la existencia de "racismo institucional" en el modo en que la administración británica se relacionaba con las minorías étnicas. Definido como, "*The collective failure of an organisation to provide an appropriate and professional service to people because of their colour, culture or ethnic origin*", el racismo institucional permearía las estructuras de las distintas agencias y organismos públicos a través de actitudes, procesos y comportamientos de sus integrantes, lo cual resultaría en un trato discriminatorio hacia las poblaciones pertenecientes a colectivos étnicamente diferenciados (Home Department, 1999).

estructura organizativa, tratando de mostrar la corrección de su actuación como “*equal opportunity employers*”.

La serie de iniciativas que hemos señalado, adoptadas por los distintos niveles del NHS siguiendo las pautas y recomendaciones generales elaboradas por las autoridades centrales del sistema sanitario público británico destinadas a avanzar en la dirección de la equidad en la provisión de servicios sanitarios hacia los colectivos étnicamente diferenciados, comparten su naturaleza esencialmente procedimental, así como el hecho de actuar fundamentalmente en el ámbito de la gestión del sistema (en detrimento de la modificación de los patrones de funcionamiento efectivo de las organizaciones sanitarias). Pese a la escasa ambición de las medidas adoptadas (o quizás precisamente por ello), su impacto sobre el funcionamiento de los centros sanitarios, o sobre las condiciones en las que las minorías étnicas han sido atendidas por el NHS, ha sido ciertamente limitado. En la siguiente sección esbozaremos algunas de las causas de las limitaciones de dichas medidas, señalando el papel que las propias prácticas de funcionamiento cotidiano de los actores implicados en el funcionamiento del NHS tuvieron en el escaso alcance de las mismas.

#### *4.1.4. De los discursos a las prácticas*

En esta última sección argumentaremos que, en el contexto de la redefinición de las estructuras organizativas internas del NHS, y dada la relativamente baja prioridad atribuida al desarrollo de programas multiculturales en el seno del sistema sanitario público británico, los avances en el tema de la consecución de una mayor equidad en relación con la atención sanitaria a las minorías étnicas fueron relativamente escasos.

Como vimos en el Capítulo 3, el gobierno conservador británico aprobó en 1990 la transformación organizativa del NHS, desde una estructura integrada, a un sistema de mercado interno con una clara separación entre las funciones de financiación

(realizada por las autoridades sanitarias regionales y de distrito, y los GP *Fundholders*), y de provisión de los servicios sanitarios (encargada a los hospitales públicos transformados en NHS *Trusts*). Este cambio tuvo considerables implicaciones en el ámbito concreto de la provisión de servicios sanitarios a las minorías étnicas. En primer lugar dicha reforma enfatizaba la responsabilidad de las autoridades sanitarias a nivel local (por parte de las autoridades sanitarias de distrito, así como de los GPs), en la compra de los servicios sanitarios adecuados para la población de su ámbito territorial de actividad. Esto implicaba que dichas agencias y profesionales sanitarios debían evaluar las necesidades sanitarias específicas de sus potenciales pacientes (estableciendo mecanismos de consulta, recogiendo información respecto a la composición de la población a la que debían atender, e incluso realizando investigaciones y estudios para averiguar sus necesidades específicas) con objeto de definir con precisión la demanda de servicios sanitarios que deberían contratar. El *NHS Executive* publicaba anualmente gran cantidad de información para guiar a las autoridades sanitarias en su adaptación a sus nuevas funciones.

Como consecuencia de dicha transformación los equipos gestores de las agencias regionales y locales del NHS se veían literalmente desbordados por la sobrecarga de prioridades, consejos, instrucciones y protocolos de actuación que supuestamente debían guiar sus actividades. Entre ese caudal de prioridades, el tema de la atención a las necesidades específicas de las minorías étnicas no ocupaba un lugar excesivamente relevante<sup>353</sup>, especialmente en aquellas áreas en que la proporción de población perteneciente a dichos grupos era relativamente

---

<sup>353</sup> Como varios gestores del NHS declararon a los autores del informe sobre la compra y provisión de servicios sanitarios para las minorías étnicas, su preocupación por mantener el ritmo de los cambios organizativos a que estaba sometido el sistema sanitario público les impedía centrar sus esfuerzos en cualquier aspecto de la provisión de servicios sanitarios que no apareciese como central, y que no fuese explícitamente impuesto por las autoridades ministeriales como una prioridad (Department of Health, 1996).

pequeña, o donde los mecanismos de representación de intereses de estos colectivos estaban escasamente desarrollados. Las presiones para adaptarse a las nuevas responsabilidades de adquisición de prestaciones sanitarias, para reducir las listas de espera, y para frenar el crecimiento de los costes, actuaban como auténticos desincentivos a la hora de desarrollar esquemas específicos de contratación de servicios sanitarios de un modo que reflejase más adecuadamente las necesidades específicas de las minorías étnicas.

Además de esto, los cambios organizativos introducidos a raíz de dichas reformas desestructuraron los mecanismos de consulta y coordinación que habían funcionado en el antiguo sistema sanitario integrado. Reestablecer las iniciativas previamente existentes, y reconstruir las redes de negociación e intercambio de información requería tiempo y esfuerzo, ambos recursos generalmente escasos.

Las prioridades políticas de las autoridades sanitarias nacionales giraban fundamentalmente en torno a la implementación de las medidas destinadas a crear el mercado interior en el sistema sanitario; y las cuestiones relacionadas con la reducción de desigualdades, o con las necesidades específicas de las minorías étnicas, recibían una atención relativamente baja<sup>354</sup>, apoyando así los argumentos de aquellos que afirmaban que la introducción del tema de la equidad en la provisión de servicios sanitarios para las minorías étnicas en la agenda política sanitaria británica había sido extremadamente superficial, pretendiendo fundamentalmente responder a las presiones ejercidas por la movilización de algunos grupos étnicos explícitamente insatisfechos con la atención proporcionada por el NHS a sus demandas de atención específica.

---

<sup>354</sup> Citando a los autores del informe sobre la compra y provisión de servicios sanitarios para las minorías étnicas antes mencionado; *“the evidence of this study is that, on the one hand, insufficient thought had been given by senior NHS managers about the implementation issues, and, on the other, that policy in this area seems to be underdeveloped at board level in health authorities”* (Department of Health, 1996).

En dicho contexto de saturación de reformas organizacionales, la referencia a la importancia de la discrecionalidad de los agentes empleados en dichas organizaciones, así como a la tendencia a la prevalencia de las rutinas organizacionales, resulta particularmente relevante.

Un buen ejemplo de la importancia de la discrecionalidad en el funcionamiento real de las agencias del NHS lo podemos encontrar en las resistencias a nivel micro ante los requerimientos gubernamentales (aplicados desde 1995) de recoger información acerca de la pertenencia étnica de los pacientes del NHS. Dicha medida, que tenía por objetivo generar una información precisa acerca de la utilización de los servicios y prestaciones sanitarios por parte de las poblaciones pertenecientes a las minorías étnicas, con objeto de desarrollar posteriormente programas que redujesen las barreras de acceso de dichos colectivos al NHS, era percibida por los empleados de los centros sanitarios como una carga de trabajo adicional<sup>355</sup>, y además como información potencialmente peligrosa (en función del uso que pudiese hacerse de la misma en un sentido discriminatorio). La modificación de las pautas de recogida de información de los pacientes, particularmente en contextos de gran carga de trabajo implica (como ya vimos en el caso de la aplicación del cuestionario para comprobar la elegibilidad del potencial paciente al tratamiento gratuito por el NHS) la no aplicación de los nuevos procedimientos que son percibidos por los empleados como tareas burocráticas añadidas de escasa utilidad práctica.

Dada la prioridad atribuida por las autoridades sanitarias británicas a la introducción de mecanismos de mercado en el funcionamiento interno del sistema sanitario público británico, las medidas encaminadas a alcanzar una intervención más equitativa

---

<sup>355</sup> Como recogía un reciente artículo en el que se daba cuenta de los problemas de implementación de esta política de “*ethnic monitoring*” en el NHS, un empleado de un centro sanitario justificaba el escaso grado de cumplimiento de dicho requerimiento con el argumento de que, “*no one is looking for work to do*” (Manwaring, 2002: 2).

en relación a las poblaciones étnicamente minoritarias ocupaba un lugar relativamente secundario.

La necesidad de desarrollar algún tipo de medida que fuese percibida como una intervención política encaminada a incrementar la equidad en la provisión de servicios sanitarios llevó a las autoridades sanitarias británicas a volcarse en el desarrollo y aplicación de medidas procedimentales (establecimiento de observatorios de análisis, y centros de formación; desarrollo de seminarios y foros para el intercambio de experiencias y prácticas; elaboración de directrices generales acerca de buenas prácticas; publicación de materiales que facilitasen el desarrollo de programas “*culturally sensitive*”, etc), y de gestión (contratación de personal perteneciente a minorías étnicas), que además de resultar poco onerosas (añaden escasos gastos adicionales al funcionamiento del sistema), poseían un perfil público muy marcado (trabajan fundamentalmente a nivel del discurso y de la imagen percibida del NHS por parte de la sociedad británica), y pueden ser controladas de modo relativamente cercano por los gestores de los centros sanitarios (minimizando así el margen para las desviaciones respecto a las directrices generales elaboradas a nivel nacional). De este modo, el control sobre los “procesos” ha primado sobre la consecución de los supuestos objetivos organizacionales finales. En ese contexto, la primacía de los aspectos más visibles y mensurables (porcentaje de personas pertenecientes a minorías étnicas empleadas en los distintos niveles de la organización, y en particular ocupando puestos de responsabilidad en la gestión de los hospitales, presentes en los RHBs, los HMCs, o los CHCs), sobre las transformaciones en las estructuras del NHS para adaptarlas a las posibles necesidades diferenciadas de las minorías étnicas, resulta bastante evidente.

En la práctica, la mayoría de las medidas con alguna implicación efectiva en la provisión de servicios sanitarios a las minorías étnicas se han desarrollado como resultado de iniciativas puntuales implementadas por autoridades regionales y locales, o por organizaciones del tercer sector comprometidas con la defensa de los intereses de estos colectivos (Department of Health, 1998).

Una de las principales consecuencias de esta dilución de las responsabilidades del diseño e implementación de medidas encaminadas a incrementar la equidad en la provisión de servicios sanitarios hacia escalones inferiores ha sido el surgimiento de una considerable diversidad en el grado de prioridad atribuida a dichas medidas; y por lo tanto la apertura de un considerable margen para la desigualdad (en función del lugar de residencia), y la arbitrariedad (dependencia de la voluntad e iniciativa de la autoridad sanitaria local). Así, mientras algunas autoridades sanitarias regionales y/o locales han prestado particular atención a las directrices y recomendaciones generales elaboradas por el Ministerio de Sanidad y han mostrado una gran iniciativa a la hora de trasladarlas al ámbito concreto de los programas y protocolos de actuación; otras han atribuido una prioridad muy baja a este ámbito de intervención, o se han limitado a actuar sobre los aspectos más superficiales del mismo (por ejemplo, declararse “*equal opportunity employer*” en relación a la contratación de personal para sus centros sanitarios).

Otra consecuencia de esta estrategia de delegación de las responsabilidades ha sido la potenciación del papel de las organizaciones del tercer sector, en cierta medida favorecidas por el desarrollo de una cultura contractual derivada de las reformas introducidas en el sistema sanitario británico durante la década de los 1990s. Así, buen número de las iniciativas comunitarias encaminadas a realizar tareas de prevención y promoción de la salud entre los colectivos étnicamente diferenciados entraron en acuerdos contractuales con las autoridades sanitarias regionales y locales, así como con los gobiernos locales, que financiaban sus actividades.

En buena medida estas organizaciones focalizaron sus actividades en ámbitos que habían sido dejados de lado por los servicios normalizados del NHS (medicina preventiva dirigida a colectivos étnicamente minoritarios, concienciación acerca de enfermedades específicas, traducción y mediación cultural, etc). Esta función sustitutiva de la actuación pública generó un intenso debate en el seno de dichas organizaciones, al plantearse la

necesidad de atribuir prioridades a las funciones que se pensaba este tipo de organizaciones debía desarrollar. Así, estas organizaciones voluntarias se veían atrapadas entre su objetivo de proporcionar los servicios necesarios a sus comunidades (para lo cual recibían financiación pública), y su deseo de intervenir como actores en la escena política tratando de introducir en la agenda política las reivindicaciones relativas a los temas sobre los cuales trabajaban. Junto a esta duda acerca del enfoque y la actuación más adecuada se planteaban la conveniencia de trabajar en esquemas que, tanto por la escasez de su financiación, como por la brevedad de los mismos, difícilmente podían cambiar las circunstancias estructurales que se encontraban en el origen de los problemas que trataban de resolver, limitándose por tanto tan solo a paliar los efectos más evidentes de la inacción, o de la inadecuada actuación pública. Al mismo tiempo dicho orden de cosas mantiene a los magros recursos de estas organizaciones en permanente tensión (mecanismos de evaluación, auditoría y control de gastos, elaboración de nuevos proyectos, etc) ante la necesidad de renovar la financiación para sus programas. En última instancia, la existencia de dichos acuerdos de cooperación entre las administraciones y las organizaciones del tercer sector podían llevar a las autoridades sanitarias a la relativamente cómoda situación de afrontar los aspectos relacionados con la equidad de la atención sanitaria a las minorías étnicas (al menos en su vertiente más visible y pública), sin necesidad de modificar la estructura esencial de sus servicios normalizados, algo que era percibido por las organizaciones voluntarias como una consecuencia indeseable de su propia intervención.

Pese a estas limitaciones, las organizaciones del tercer sector implicadas en este ámbito de políticas desempeñaron un papel importante en la introducción de este tema en la agenda política, presionando para conseguir un cambio de actitud por parte de las autoridades sanitarias hacia las desigualdades en salud que afectan a las minorías étnicas. En otros casos, los responsables sanitarios dispuestos a introducir algún tema específico en la agenda política relacionado con la mejora de la equidad en la provisión de

servicios sanitarios por el NHS, y que encontraban resistencias en el seno de su propio departamento (o en otros departamentos de la administración -Ministerio de Hacienda, o Economía fundamentalmente-) para abordar dichas medidas, se apoyaban en la labor de concienciación pública realizada por estas organizaciones para justificar la importancia de desarrollar políticas concretas en dicho ámbito de actuación<sup>356</sup>.

Los discursos acerca del reconocimiento del carácter multiétnico y multicultural de la sociedad británica permitieron a las autoridades de este país afrontar buena parte de los problemas derivados del asentamiento de importantes comunidades étnicamente diferenciadas en el RU. El enfoque bifurcacionista aplicado tuvo su plasmación en todos los ámbitos de actuación de la administración británica, incluido el sistema sanitario público, donde la mera posibilidad de nombrar y contar a las personas pertenecientes a dichos colectivos permitió señalar la importancia de la variable etnicidad en la determinación de los gradientes de salud que afectan a distintos colectivos de la sociedad británica. En si misma, y aunque sometida a importantes cuestionamientos acerca de su adecuación metodológica, e incluso de sus implicaciones normativas, dicha capacidad de desagregación estadística constituye una diferenciación importante de la aproximación británica hacia el fenómeno de la diversidad étnica interna.

Más complejo resulta categorizar las políticas desarrolladas con posterioridad al reconocimiento de la existencia de dichas desigualdades en el ámbito sanitario. Abierta y explícitamente favorables al desarrollo de programas específicos que deberían permitir proporcionar un tratamiento diferenciado a aquellos

---

<sup>356</sup> A modo de ejemplo, la ONG Mind, especializada en temas de salud mental, era financiada por el Ministerio de Sanidad para realizar sus actividades, que en buena medida consistían en denunciar la inacción de las autoridades sanitarias en ese ámbito de política sanitaria. Esto ha sido explicado como un esfuerzo de generación de alianzas de apoyo para la consecución de un objetivo bloqueado por elementos internos al propio Ministerio, o por otras agencias de la administración pública.

colectivos que, por su idiosincrasia biológica (genética), y cultural (costumbres, valores, practicas), o por las propias limitaciones del sistema sanitario (discriminación, falta de conocimientos) afrontasen problemas específicos para beneficiarse de las prestaciones del NHS en igualdad de condiciones que la población mayoritaria; las políticas de equidad desarrolladas por las autoridades sanitarias británicas han estado sin duda marcadas por un fuerte carácter simbólico, claramente reflejado en la corta duración de las líneas de financiación abiertas para dichos programas, la elevada heterogeneidad de las medidas adoptadas (derivada de la dilución hacia la base de la organización sanitaria de las responsabilidades por el desarrollo e implementación de dichas políticas), y su escasa repercusión final sobre la provisión efectiva de servicios sanitarios.

En un contexto caracterizado por el acelerado y permanente cambio institucional, la escasa prioridad política atribuida al establecimiento de políticas de equidad implicó un escaso desarrollo de este tipo de políticas, así como el surgimiento de un mayor margen para la aparición de resistencias institucionales.

En los últimos años dos tendencias relativamente novedosas parecen despuntar en el ámbito de las políticas británicas hacia las desigualdades que afectan a las minorías étnicas. Por un lado, la recontextualización de la variable etnicidad en un marco de análisis más complejo en el que las variables socio-económicas vuelvan a ocupar un lugar central en la explicación de las desigualdades en salud (en clara ruptura con la aproximación desarrolladas por los gobiernos conservadores de la década de los 1980s y buena parte de los 1990s). Por otra parte, la indicación de una tendencia hacia el “*mainstreaming*” en el ámbito de la lucha contra la discriminación, visible en la propuesta gubernamental de amalgamar las actividades de la CRE, en una agencia nacional dedicada a combatir toda forma de discriminación en la sociedad británica, modificando así un curso de actuación iniciado hace ya varias décadas cuando se estableció dicha agencia especializada en perseguir la discriminación racial.

## **4.2. Francia**

*“Les statistiques n’en font guère état et les variables concernant la nationalité ou l’origine ne sont pas plus incluses dans les études sur les inégalités de santé (...) Seules quelques études incluent la nationalité ou le pays de naissance, aucune l’origine immigrée, qui constitue pourtant l’une des composantes du statut social. Ainsi, non mesurée, cette réalité n’existe-t-elle pas scientifiquement”.*

Fassin, en Leclerc, 2000: 131.

La inclusión de consideraciones de equidad en la provisión de servicios sanitarios a las poblaciones de origen inmigrante en la agenda del sistema sanitario público francés es un fenómeno extremadamente reciente y, en cualquier caso, escasamente desarrollado, pese a lo cual resulta un tema de estudio muy revelador, ya que señala claramente las limitaciones de dicho sistema de aseguramiento sanitario, así como algunas de las contradicciones internas básicas del modelo universalista republicano de incorporación de inmigrantes a la sociedad francesa.

El primero de los obstáculos para la consideración de los aspectos de equidad en dicho sistema residía en el propio marco organizativo del sistema sanitario francés. Mientras que de la estructura institucional del NHS británico emanaba una obligación universalizadora basada en la igualdad de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público (independientemente de la categoría socio-profesional, o del nivel de renta del paciente); el sistema sanitario público francés constituía tan solo una parte de un sistema de seguridad social cuyos objetivos generales estaban definidos más en términos de “seguridad”, que de equidad (Carr-Hill y Aiach, en Aiach et al., 1988: 188). La acumulación de esquemas de aseguramiento a través de la cual se procedió a la progresiva expansión del rango de cobertura sanitaria de la SS francesa, fue planteada como la respuesta a la demanda fundamental hecha a dicho sistema (y que tardó más de 50 años en

ser cumplida): la garantía de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público para todo residente en territorio francés.

Ante la inadecuación de los equilibrios institucionales que definían el funcionamiento de dicho sistema sanitario para garantizar la igualdad de acceso, el planteamiento de demandas más complejas (relacionadas con las condiciones en que dicho acceso se traducían en atención sanitaria, o las consecuencias de dicho estado de cosas en desigualdades en salud entre distintos grupos de la sociedad francesa) no llegó a ocupar un espacio propio en la agenda política francesa.

La inexistencia de un cuestionamiento en profundidad del funcionamiento del sistema sanitario público francés en términos de equidad afectaban por partida doble a las poblaciones de origen inmigrante, a las que no se reconocía oficialmente como colectivos que pudiesen ser objeto de un tratamiento estadístico o político específico. En nombre de la filosofía republicana se negaba toda posibilidad a la variable “origen étnico” en la generación de datos estadísticos<sup>357</sup>, y por lo tanto a su toma en consideración como un posible factor explicativo en el estudio de las desigualdades en el seno de la sociedad francesa.

Una serie de temas que fueron surgiendo a lo largo de la década de los 1980s, vinculados a la necesidad de reconocer la existencia de discriminaciones que afectan a estos colectivos y que tienen un impacto final en términos de desigualdad, cuestionaron sistemáticamente la capacidad de dicho modelo de incorporación para funcionar en una sociedad crecientemente diferenciada, y donde la discriminación resultaba más difícil de ocultar. De este modo la aproximación francesa a la diversidad interna resulta mucho más matizada que la británica, poniendo especial énfasis en la limitación de las situaciones de exclusión social, y destacando las semejanzas entre todas las personas que se encuentran en una situación de marginación.

---

<sup>357</sup> Como señalaba el informe del HCI de 1991, “*la conception de l’intégration doit obéir à une logique d’égalité et non à une logique de minorités*” (Thayer, 1994: 294).

*4.2.1. Conceptualización de la equidad en el sistema sanitario público francés, y actitud hacia las desigualdades en salud*

Tradicionalmente el concepto de equidad ha tenido escaso eco en Francia, desbancado en este caso por el omnipresente lema de la igualdad, heredero del *leit motiv* de la Revolución Francesa (*liberté, égalité, fraternité*) que ha reducido considerablemente el margen para el tratamiento diferencial de los ciudadanos por parte de las administraciones republicanas. Paradójicamente sin embargo, la sociedad francesa en general, y el sistema de protección social en particular, se articularon en la post-guerra en torno al concepto de “distinción”<sup>358</sup>, con esquemas de aseguramiento diferenciados en función del estatus socio-profesional (garantizando distintos rangos de cobertura y niveles de prestaciones), y con amplios márgenes para la exclusión de los derechos de cobertura más básicos de algunos segmentos de la población.

La diferencia en las estructuras sanitarias existentes en el RU y en Francia determinó la aparición de distintas expectativas respecto al conjunto de objetivos a alcanzar por los respectivos sistemas sanitarios públicos, y de ahí la gran divergencia en el papel desempeñado por el concepto de equidad en los análisis del funcionamiento y adecuación de los mismos. Como vimos en la sección anterior, del sistema sanitario universalista británico se esperaba en sus primeros tiempos que proporcionase igual tratamiento sanitario a toda persona residente en territorio británico, independientemente de su nivel de renta, y más tarde que lograrse garantizar niveles de salud equiparables para todos los ciudadanos (a pesar de las desigualdades que pudiesen prevalecer en el resto de los ámbitos sociales que determinan las opciones vitales de estas personas). Así, los debates acerca del éxito del

---

<sup>358</sup> En su magistral trabajo titulado de ese mismo modo, Bourdieu muestra claramente la importancia de dicho concepto en los procesos de estratificación social en las sociedades contemporáneas, y específicamente en la sociedad francesa. Ver Bourdieu, 1984.

NHS giraron en torno a sus logros en la consecución de dichos objetivos.

La evolución del sistema sanitario francés y la expansión de su cobertura, estuvieron por su parte marcadas por el proceso de acumulación de esquemas de aseguramiento utilizado como mecanismo para ampliar paulatinamente el porcentaje de población cubierta por el mismo. Ese proceso de expansión del derecho de acceso a las prestaciones del sistema sanitario respondía al compromiso asumido por los fundadores de dicho sistema de garantizar la igualdad de acceso a la atención sanitaria para todos los ciudadanos. La universalización del acceso a la sanidad pública en Francia no fue un hecho sin embargo hasta 1999 (tras la aprobación de la ley de la CMU), por lo que la consecución de dicho objetivo se mantuvo durante más de cinco décadas como la principal reivindicación al sistema sanitario público, imposibilitando cualquier crítica a dicho sistema por su política de equidad.

Los debates relativos a la eficiencia del sistema sanitario francés giraron fundamentalmente en torno al equilibrio presupuestario en las cuentas del sistema de SS del cual dependía; al impacto del creciente gasto sanitario sobre el presupuesto de dicho sistema de aseguramiento social; así como los desincentivos al consumo de servicios sanitarios introducidos por los mecanismos de control de la demanda (ticket moderador, *forfait journalier*, etc.) (Carr-Hill, en Aiach et al., 1988: 134). De este modo las desigualdades en el sistema francés eran conceptualizadas fundamentalmente como una consecuencia más de las desigualdades financieras y de cobertura en el acceso a las prestaciones sanitarias del sistema de SS.

Los datos estadísticos en el ámbito sanitario disponibles en cada país, y la explotación científica de los mismos, se encuentra en relación directa y simbiótica con las expectativas existentes respecto a cada sistema, y sus consiguientes debates<sup>359</sup>. Así,

---

<sup>359</sup> Como señalan Carr-Hill y Aiach en su comparación de la importancia de los debates acerca de las desigualdades en salud en el RU y en Francia, “ en

mientras en el RU los datos disponibles hacían alusión fundamentalmente a las tasas de mortalidad diferencial entre las diferentes categorías socio-profesionales, así como a la existencia de marcadas desigualdades geográficas; en el caso francés, y pese a que también existían datos de mortalidad diferencial por categoría profesional, los datos más estudiados y comentados hacían referencia al consumo sanitario diferencial entre distintos grupos sociales.

Tanto la falta de atención sobre el tema de las desigualdades en salud por parte de las políticas sanitarias en Francia, como la escasa entidad de la investigación científica acerca de estos temas, se derivaría directamente de los equilibrios institucionales en vigor y de las pautas de funcionamiento interno del sistema sanitario público francés (Berthod-Wurmser, en Leclerc et al., 2000: 69; Carr-Hill y Aiach, en Aiach et al., 1988: 189). Así, mientras el NHS británico habría mostrado una necesidad de dedicar esfuerzos a la cuestión del reparto de recursos<sup>360</sup> (no solo entre distintos niveles del sistema, sino incluso entre territorios y poblaciones), para lo cual el estudio de las desigualdades habría ido adquiriendo una mayor preeminencia tanto en el ámbito de las políticas públicas como en el de la generación de datos y en la investigación científica; en Francia la estructura del sistema sanitario público apenas habría requerido información para asignar los recursos de financiación, lo cual se habría traducido en una ausencia casi total de interés por el tema de las desigualdades en salud (tanto en el plano geográfico como social), en una escasa

---

*Grande-Bretagne, le recours à des arguments reposant sur des données empiriques dans le champ de la santé se fait de façon systématique et parfois acrimonieuse, alors qu'en France il se fait de façon presque symbolique.*" (Carr-Hill y Aiach, en Aiach et al., 1988: 186).

<sup>360</sup> Como señala Berthod-Wurmser, "*Ce sont les systèmes nationaux dont le fonctionnement conduit à se poser la question 'comment allouer les ressources pour la santé des populations?' qui ont développé une approche fondée sur une analyse des états de santé et sur les disparités constatées*" (Berthod-Wurmser, en Leclerc et al. 2000: 71).

investigación científica sobre el tema, y en un perfil bajísimo de este tema en la agenda pública francesa.

Una segunda explicación alternativa a las reticencias al estudio sistemático de las desigualdades en salud en la sociedad francesa hace alusión al impacto que la publicación de dichos resultados podría haber tenido sobre la legitimidad del “pacto social” en el que se apoyaba el sistema de SS en Francia. Según Rosanvallon, los sistemas de aseguramiento social están fundados sobre la premisa de que todos los individuos son iguales ante los riesgos sociales, “*L’opacité du social était ainsi une condition implicite du sentiment d’équité. (...) la meilleure connaissance que la société a de ses différences tend à modifier très sensiblement la perception du juste et de l’injuste*” (Rosanvallon, 1995: 54). La publicación de la existencia de desigualdades en salud en el seno de la sociedad francesa implicaría una retirada de la confianza de los individuos en el sistema.

Una tercera línea de análisis es la planteada por los autores del primer estudio sistemático dedicado íntegramente al análisis de los determinantes sociales de las desigualdades en salud en Francia (publicado en 2001), para los cuales la práctica inexistencia de investigaciones respecto al fenómeno de las desigualdades en salud en Francia emanaría en buena medida de la relativa desconexión entre las instituciones científicas encargadas de realizar investigación sobre el ámbito de la salud (fundamentalmente el *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* -INSERM-), y aquellas instituciones encargadas de generar datos estadísticos<sup>361</sup> (estructuradas en torno al *Institut Nationale de la Statistique et des études économiques* -INSEE-) (Leclerc, et al, 2000: 18).

---

<sup>361</sup> De la misma opinión se mostraba uno de los pioneros del estudio de las desigualdades en salud en Francia cuando señalaba que, “*Un cloisonnement extrême s’est maintenu entre les institutions de recherche comme l’INSEE et l’INSERM. A l’INSERM, qui a la charge d’exploiter les données de mortalité et de les publier, il n’y a jamais eu, sauf à de très rares exceptions, de volonté d’introduire la variable socio-professionnelle dans l’analyse des données*” (Aiach, 1988: 152).

Una explicación complementaria a ésta, también desde una perspectiva de sociología del conocimiento, analiza la sincronía entre la falta de interés político por las desigualdades sociales en salud y la debilidad de los estudios académicos sobre este tema, en base a la existencia de una “*policy community*” en la que estarían incluidos tanto los responsables de la política de investigación en el ámbito de la salud, como los decisores en el ámbito de la política sanitaria, de modo que existiría una cultura común que impediría el desarrollo de líneas de investigación independientes de los grandes marcos cognitivos e ideológicos definidos desde el poder (Berthod-Wurmser, en Leclerc, et al, 2000: 75).

Finalmente, la ambigüedad de la distribución de competencias y responsabilidades sanitarias entre las agencias de la SS, el estado, y los gobiernos regionales y locales habría contribuido también al desinterés por una información individualizada al nivel de los pacientes, las diferencias de salud, la demanda sanitaria a nivel territorial, los niveles de oferta sanitaria, o los índices de actividad de los distintos centros sanitarios.

En conjunto, el desinterés de la opinión pública francesa ante el tema de las desigualdades en salud puede resultar en cierta medida paradójico, habida cuenta de la gran atención prestada en los últimos lustros al tema de la desigualdad social en general, y al fenómeno de la exclusión social en particular. Como ya señalamos en el Capítulo 3, el fenómeno de la exclusión social se convirtió en tema central en la agenda política en Francia a mediados de la década de los 1990s, constituyendo uno de los ejes centrales de la campaña presidencial de 1995, y de las elecciones legislativas de 1997. En relación con el tema del acceso al sistema sanitario, diversos estudios señalaban por aquellas fechas un deterioro en las condiciones de acceso por parte de los colectivos más precarizados<sup>362</sup>, para los cuales el acceso al sistema sanitario se

---

<sup>362</sup> Así, las encuestas realizadas entre distintos actores implicados en el campo de la protección social por el *Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie* (CREDOC) desde 1993 señalaban una ligera mejora en las condiciones de acceso a la vivienda y al empleo, pero un deterioro considerable en el acceso al sistema sanitario para las poblaciones más

hacía fundamentalmente a través del hospital, lo cual implicaba generalmente un diagnóstico tardío, y un tratamiento interrumpido antes del total restablecimiento por problemas administrativos que dificultaban la continuación de los cuidados.

Pese a la evidencia empírica que señalaba dicho deterioro en las condiciones de acceso al sistema sanitario para los colectivos más desfavorecidos, y la gran movilización social que envolvía la reivindicación de una universalización efectiva de la cobertura sanitaria en Francia, el grueso de la opinión pública francesa permanecía a finales de la década de los 1990 relativamente despreocupada respecto al tema de la equidad en el funcionamiento del sistema sanitario público francés, como demuestra el hecho de que en los *États Généraux de la Santé* desarrollados durante 1999 el tema de las desigualdades en salud apenas recibiera atención (Berthod-Wurmser, en Leclerc et al., 2000: 79).

Las reformas introducidas en la propia estructura y mecanismos de funcionamiento del sistema sanitario público francés (descentralización, establecimiento de nuevos mecanismos de negociación con los profesionales sanitarios, creciente intervención estatal y control parlamentario, etc.) habrían provocado sin embargo una paulatina transformación de los mecanismos de generación de información sobre el funcionamiento del sistema sanitario y su impacto sobre el nivel de salud de la población. A esta transformación tampoco serían ajenos los procesos de imitación y aprendizaje internacional, así como la influencia de organismos supranacionales como la OMS y

---

desfavorecidas. De igual modo, un estudio del INSEE sobre la evolución del acceso al sistema sanitario entre 1980 y 1991 concluía que "*l'équité de notre système de santé aurait bien pu reculer au cours de la dernière décennie*" (Ménoret-Calles, 1997: 15). Junto a los indigentes sin domicilio fijo, los desempleados de larga duración, los menores de 25 años en situación de marginación, y los enfermos mentales desinstitucionalizados, los inmigrantes indocumentados constituían uno de los colectivos más importantes entre los excluidos sociales para los cuales el acceso al sistema sanitario se habría convertido en una carrera de obstáculos, en muchas ocasiones insalvables.

sus objetivos de reducción de las desigualdades sociales sanitarias, explicitadas en el documento *Salud para todos en el año 2000*, aprobado en 1985.

Un breve repaso de la evolución de los estudios sobre mortalidad diferencial en Francia nos muestra que el primer informe sobre este tema fue publicado en 1965 en base a los datos recopilados por el INSEE. Dichos datos mostraban ya un considerable diferencial de mortalidad por clase social (con una tasa de mortalidad de los obreros poco cualificados que triplicaba a la de las categorías ocupacionales más elevadas) (Drulhe, en Leclerc et al., 2000: 42). Durante la década de los 1970s diversos equipos de investigadores del INSERM, y del INSEE realizaron estudios puntuales sobre diferentes aspectos sanitarios de la población, mostrando de nuevo la existencia de un importante gradiente de salud en términos de mortalidad entre distintas clases sociales<sup>363</sup>.

Las principales causas de mortalidad para los distintos grupos socioeconómicos variaban también considerablemente. Así, las tasas de mortalidad prematura por accidentes, consumo de alcohol, suicidio, cáncer de pulmón o infarto de miocardio eran sistemáticamente más elevadas entre los obreros y los empleados, que entre los cuadros superiores y profesionales liberales<sup>364</sup> (el

---

<sup>363</sup> Como demuestran los datos de mortalidad publicados por el INSEE para el período 1982-96, el diferencial de esperanza de vida a los 35 años para los varones en Francia era de 6,5 años entre los cuadros superiores y los obreros, y la probabilidad de fallecimiento entre los 35 y los 65 se doblaba entre esas dos categorías sociolaborales (del 13 al 26%).

<sup>364</sup> De acuerdo con el informe sobre precariedad publicado por el HCSP en base a datos del período 1989-91, las diferencias en las tasas de mortalidad entre los obreros-empleados, y los cuadros-profesionales liberales eran del orden de 3,6 veces superiores en el caso del cáncer de pulmón; 10,2 veces superiores en el caso de cáncer de las vías aerodigestivas; 9,3 veces en el caso de enfermedades derivadas del consumo de alcohol; 2,5 veces en el caso de infarto; 3,3 veces en el caso de embolias; 2,6 veces en el caso de accidentes de circulación; y 2,9 veces en el caso de suicidio. El incremento de las desigualdades a lo largo de la década anterior se habría debido fundamentalmente a un descenso mucho más acelerado en la mortalidad prematura en el caso de los grupos más acomodados (HCSP, 1998: 21).

Sida era la única causa de muerte prematura más frecuente entre estos últimos y además el sesgo de esta desigualdad específica mostraba signos de estar invirtiéndose) (Jougla et al., en Leclerc, 2000: 152).

Como señalaba el informe sobre la exclusión social y su impacto sobre la salud publicado por el *Haut Comité de la Santé Publique* (HCSP), el sistema de información sanitaria francés no permitía disponer de información incontestable acerca de los efectos de los distintos indicadores de privación social ante la desigualdad sanitaria, por lo que tan solo encuestas como la elaborada por el CREDES arrojaban algo de luz sobre la existencia de gradientes de salud entre las distintas categorías sociales que estructuran la sociedad francesa. Los índices de riesgo vital y de invalidez<sup>365</sup> basados en la *Enquête Santé et Protection Sociale* (ESPS)<sup>366</sup>, mostraban sin embargo el mismo sesgo en el estado de salud de la población francesa que indicaban las estadísticas de mortalidad diferencial<sup>367</sup>.

---

<sup>365</sup> Dichos índices sintéticos elaborados por el CREDES se basan en estimaciones realizadas por médicos acerca de la gravedad, posible evolución y consecuencias de las enfermedades declaradas por los encuestados (Mizrahi, et al., 1993: 6; Khalt, et al., 1998: 1159).

<sup>366</sup> La ESPS no es representativa de la sociedad francesa en su conjunto, ya que selecciona su muestra únicamente entre hogares donde alguno de sus miembros está afiliado al *Régime General de la Sécurité Sociale*. De igual modo, la otra gran encuesta sobre morbilidad, la *Enquête Décennale de Santé* elaborada conjuntamente por el CREDES y el INSEE, también adolece de problemas de representatividad, al trabajar sobre la población censada, lo cual deja fuera de su universo muestral tanto a la población sin domicilio fijo, como a la población institucionalizada.

<sup>367</sup> Según los estudios elaborados por el CREDES, el índice de riesgo vital varía considerablemente según nivel de ingresos de los hogares. Así, mientras en hogares con ingresos superiores a 20.000 Francos/año, el ratio del índice de riesgo vital se estimaba en un valor de 0,89 respecto a la media, dicha valor se situaba en 1,14 en aquellos hogares con ingresos inferiores a 5.500 Francos/año. Una proporción muy similar se presentaba en el caso del ratio del índice de invalidez (0,89 en el caso de los hogares más acomodados, frente a 1,12 en aquellos más desfavorecidos) (Girard, et al., en Leclerc et al., 2000: 167).

Pese a la realización de estos estudios el debate sobre el tema de las desigualdades en salud permanecía estrictamente circunscrito a un reducido círculo científico de demógrafos y estadísticos, sin que las variables socioeconómicas fuesen utilizadas de modo exhaustivo para explicar dicho gradiente de salud. Citando a Drulhe, “*Les analyses d’experts et les interventions publiques restent encore prisonnières du modèle individualisé de la fonction réparatrice du système de soins, faute de s’investir dans une explication plus large de la différenciation sociale inégalitaire de la santé des Français*” (Drulhe, en Leclerc et al., 2000: 46). Para este autor, esta aproximación individualizada al tema sanitario se derivaría directamente del éxito de la profesión médica en imponer su sistema de valores (como vimos en el Capítulo 3, plasmado en el código deontológico profesional, y de ahí imbuida en la política sanitaria tras la constitución del sistema de SS): respeto al secreto profesional, libre elección de médico por el enfermo, relación directa entre las partes para la fijación de los honorarios, y libertad de prescripción médica. Una de las consecuencias fundamentales de esto habría sido la extrema individualización de la sanidad en Francia, limitando el espacio para el desarrollo de medidas de salud pública, y magnificando así el tema del acceso al sistema sanitario (Drulhe, en Leclerc et al., 2000: 48).

El tratamiento del tema de las desigualdades sociales en salud en la agenda sanitaria francesa puede ser trazado a través de los documentos oficiales de política sanitaria. Así, el VI plan sanitario publicado en 1971, dedicaba dos párrafos a la existencia de “*disparités de l’état de santé des Français suivant la catégorie socioprofessionnelle*”, pasando posteriormente a centrarse en la preocupación fundamental del momento: modernizar y expandir las instalaciones hospitalarias, y mejorar la organización del sistema sanitario, con la idea implícita de que la mejora en esta dirección tendría efectos beneficiosos en la distribución de salud entre los diferentes estratos de la sociedad francesa (Drulhe, en Leclerc et al., 2000: 45).

La llegada de los socialistas al gobierno a principios de la década de los 1980s implicó un mayor interés por el análisis de la interpretación social de las desigualdades existentes en el ámbito de la salud, y una mayor atención para los aspectos relacionados con el medio y las condiciones de vida y trabajo; aunque el énfasis girase rápidamente hacia los aspectos individuales<sup>368</sup>, y hacia el funcionamiento del sistema sanitario (incluyendo cuestiones de acceso al mismo).

El informe anual del *Conseil d'État* de 1996 constituye el primer documento oficial francés que reflexiona en voz alta acerca de la necesidad de plantear argumentos de equidad que vayan más allá de la mera y simple igualdad formal de derechos. Adoptando una visión Rawlsiana del concepto de justicia, dicho informe afirma que con objeto de frenar el agravamiento de las desigualdades económicas, sociales y culturales en el seno de la sociedad francesa, las administraciones públicas deberían asumir una concepción “*équitable de l'égalité*”, en la que se aceptase un diferenciación de derechos que en última instancia garantizaría la verdadera igualdad de oportunidades (Le Monde, 11 de marzo de 1997). Como señalaba el encargado de la redacción de dicho informe François-Xavier Stasse, “*Dans cet esprit, le Conseil d'État souligne l'intérêt de diverses initiatives prises pour donner des chances supplémentaires aux populations en difficulté*”, legitimando de este modo el desarrollo de políticas específicas que hiciesen frente a las desigualdades que afectarían fundamentalmente a algunos colectivos más desfavorecidos.

---

<sup>368</sup> En buena medida como consecuencia de las amenazas a la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social derivadas del deterioro de las condiciones económicas en las que dicho sistema había estado funcionando durante los 40 años precedentes la prevención (tradicionalmente el pariente pobre en el sistema sanitario francés), pasó a ocupar un lugar más visible en el ámbito de las políticas sanitarias en Francia. En enero de 1988 (unos meses después de que el gobierno británico adoptase medidas similares), el Parlamento francés creó un fondo nacional para la acción preventiva con el objetivo de actuar en las direcciones apuntadas por las recomendaciones de la OMS: luchar contra el alcohol y el tabaco; y trabajar por la prevención de los accidentes laborales y de tráfico (Terquem, 1992: 16).

El informe sobre la exclusión social y su impacto sobre la salud publicado por el HCSP en 1998 apuntaba como objetivo del sistema sanitario público francés la consecución de la igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias a través de una aplicación estricta del criterio de residencia como factor de elegibilidad, al tiempo que introducía una definición igualitarista del objetivo de equidad para el sistema sanitario público francés, que según dicho documento, “*consiste à offrir à ceux qui -tout en bénéficiant d’une égalité formelle- vivent avec la menace permanente de glisser vers les marges de la société, un ensemble de mesures spécifiques destinées à les empêcher de tomber dans la grande pauvreté et l’exclusion et donc en particulier de protéger leur santé*” (HCSP, 1998: 297).

Entre dichos colectivos desfavorecidos se encuentran buen número de personas de origen inmigrante que por la precariedad de su situación administrativa, o por su posición en las estructuras sociales y productivas de la sociedad francesa, han visto limitados sus derechos y su capacidad de beneficiarse de las prestaciones del sistema sanitario público en igualdad de condiciones que el resto de la población. En las próximas líneas repasaremos el problema adicional al que se enfrentan dichos grupos a la hora de ver reconocida su situación de desigualdad como consecuencia de las dificultades de la sociedad francesa para acomodar la diversidad en su seno.

#### *4.2.2. Conceptualización de las minorías étnicas, escasez de datos sobre desigualdad, y limitaciones del modelo republicano de incorporación*

El tema de la salud de las personas de origen extranjero residentes en Francia constituye un tema escasamente estudiado. Los datos estadísticos generados por las distintas instituciones implicadas en el ámbito de la salud recogen muy poca información

acerca de la nacionalidad o experiencia migratoria de la población francesa, y la escasa información existente es raramente explotada para analizar el estado de salud de la población de origen extranjero<sup>369</sup>.

Como señala Chenu, “la ‘race’ aux États-Unis, la ‘social class’ en Grande-Bretagne, la catégorie socioprofessionnelle en France sont des nomenclatures qui permettent de dresser un portrait statistique dans un langage issu de l’histoire de ces pays respectifs. Les catégories de ce langage, (...) sont des objets complexes, présentant de multiples facettes, assez directement issus du sens commun” (Chenu, en Leclerc et al, 2000: 97). Estas categorías clasificatorias significantes en cada ámbito sociopolítico específico permitirían aprehender la “realidad” de cada país, pero dificultarían considerablemente la comparación de procesos sociales como el de la desigualdad en salud. Fassin destaca también la importancia de los marcos cognitivos en los que se encuadran las categorizaciones a través de las cuales se analiza la realidad al señalar que, “Le problème de la définition de l’objet concerne d’ailleurs tout autant ce que on ne sait pas -ou que l’on ne veut pas- voir” (Fassin, en Leclerc et al, 2000: 130).

Los argumentos tradicionalmente esgrimidos en Francia para justificar la exclusión de variables determinantes del origen étnico

---

<sup>369</sup> Esto se puede constatar en el volumen editado por Leclerc, et al. (una obra fundamental en el estudio de las desigualdades en salud en Francia dada la escasez de trabajos de este tipo en ese país, y la pluralidad de enfoques y temas tratados en dicho libro) donde, aparte del capítulo redactado por Fassin, este tema es mencionado de modo breve y rápidamente trivializado. Un ejemplo de esto último puede apreciarse en el capítulo sobre salud perinatal donde los autores, tras señalar que existe un consenso en la literatura internacional sobre los condicionantes de los problemas de salud infantil que incluye el “origen extranjero de la madre”, se apresuran a afirmar en el siguiente párrafo que “*Cette sélection de facteurs repose sur l’état de la littérature et ne correspond pas toujours à la situation actuelle de la France. Même si l’origine étrangère reste un facteur de risque de mortalité infantile, son rôle comme facteur de risque de prématurité ou d’hypotrophie n’est pas si évident; en France, en 1981, les différences étaient faibles, en 1995, elles n’apparaissent plus*” (Kaminski, et al., en Leclerc, et al., 2000: 183).

de los análisis sobre desigualdad en salud han sido fundamentalmente de orden político y metodológico. En el ámbito político, se temía que la diferenciación de los colectivos de origen extranjero en el interior de la población francesa fuese utilizada para establecer una vinculación entre estos grupos y determinadas enfermedades de carácter infeccioso donde se tenía la certeza de que se encontraban sobrerrepresentados (tuberculosis, Sida)<sup>370</sup>. En este mismo sentido, se temía que se cuestionase la legitimidad del acceso de estas personas a las prestaciones del sistema sanitario público francés, de lo cual se seguiría que la identificación de estos colectivos podría llevar finalmente a su estigmatización. En el ámbito metodológico, los argumentos contrarios a la utilización de las variables de nacionalidad u origen migratorio giraban en torno a la irrelevancia última de dichas variables y la dilución de su capacidad explicativa en otras variables intermedias de carácter socioeconómico.

De modo general, englobando los tipos de argumentación anteriores, funcionaba una objeción de carácter ideológico, vinculada a la existencia de un “*policy paradigm*” estructurado en torno a la filosofía republicana de integración equiparable al modelo asimilacionista esbozado en el Capítulo 2 de esta tesis. Cumpliendo con este marco normativo general, los organismos encargados de la generación de datos estadísticos se oponían frontalmente a la toma en consideración de determinadas características de los individuos que pudiesen suponer una amenaza para la libertad individual<sup>371</sup> (religión, afiliación política

---

<sup>370</sup> El contra-argumento a esta idea sería que el déficit de información rigurosa facilita la aparición de discursos estereotipados que no podrían ser rebatidos precisamente por la inexistencia de evidencia empírica. Como consecuencia de esto además, las poblaciones de origen extranjero serían víctimas de una situación de desigualdad que no podría ser revertida en la medida en que se desconocería su verdadera magnitud (Fassin, en INSERM, 1997: 61).

<sup>371</sup> La experiencia del régimen de Vichy, y los ficheros utilizados para la identificación de la población judía que fue posteriormente entregada a los nazis, pesó de modo abrumador en la conciencia de los responsables políticos y técnicos de la administración francesa tras la IIª GM, de modo que el INSEE y el

o sindical), o que pudieran poner en cuestión la ciudadanía común<sup>372</sup> (raza, etnicidad, nación) en la República francesa. Esta filosofía queda plasmada tanto en los discursos oficiales acerca del tratamiento de la diversidad interna, como en el marco legal que regula la generación de datos estadísticos. Así, la Ley *Informatique, fichiers et libertés* de 1985 (por la que se constituía la *Commission Nationale de l'informatique et des libertés* -CNIL-) restringe fuertemente la recolección de datos sobre la nacionalidad, el lugar de nacimiento y el origen étnico de las personas residentes en Francia con objeto de evitar la utilización de dicha información con fines discriminatorios.

Los límites impuestos por el modelo republicano de integración a la generación de información sobre los colectivos de origen inmigrante no se limitarían a actuar sobre el marco regulador, sino que se habrían filtrado a las percepciones de los propios científicos sociales de modo que éstos conceptualizarían el estudio de la diversidad interna como un tema con escaso prestigio, o directamente sospechoso de promover el “comunitarismo”.

Pese a que el debate sobre esta cuestión ha sido largo y complejo<sup>373</sup> las condiciones que mantenían el modelo republicano

---

resto de los organismos públicos encargados de recoger información estadística fueron sometidos a una norma extremadamente restrictiva en la generación de datos que pudiesen llegar a ser empleados para separar a la población por criterios considerados “sensibles” (INSEE, 1998: 18).

<sup>372</sup> Siguiendo un razonamiento similar el *Conseil d'Etat* se ha opuesto sistemáticamente a la ratificación de las convenciones internacionales establecidas en defensa de las minorías, ya que de acuerdo con la filosofía republicana los mecanismos de diferenciación que se interpongan entre el ciudadano y el estado no pueden ser reconocidos por las instituciones de la República.

<sup>373</sup> En dicho debate existe un abundantísima literatura y una plétora de autores que podrían ser situados a lo largo de un espectro que iría desde las posiciones republicanas más ortodoxas representadas por los trabajos de Todd, pasando por actitudes más flexibles como las representadas por Schnapper, hasta la de aquellos autores más favorables a un reconocimiento de la diversidad étnica en el seno de la sociedad francesa (aunque siempre desde una posición de respeto a las reglas de juego básicas del sistema republicano) como Viewiorka o

inalterable han sufrido cambios sustanciales en los últimos años, cambios que han contribuido a una ligera apertura en la dirección de un cierto reconocimiento de la diversidad interna de la sociedad francesa<sup>374</sup>.

Uno de los factores que más claramente influyó en esa relativa flexibilización del discurso republicano fue el reconocimiento de la existencia de discriminaciones hacia algunos colectivos de origen inmigrante en distintos ámbitos de la sociedad francesa<sup>375</sup> (Simon, 1999: 34; FAS, 1999: 20). La constatación de la existencia de racismo y discriminación en Francia resultó chocante, no tanto porque tradicionalmente no hubiese existido rechazo hacia los extranjeros, sino porque (de nuevo)<sup>376</sup> ponía de relieve la existencia de barreras internas en el seno de la sociedad

---

Touraine. Únicamente autores como Nathan romperían los límites del consenso republicano adentrándose en las revueltas aguas del comunitarismo (Viewiorka, 1998: 132).

<sup>374</sup> Entre los agentes motores de dicho cambio se pueden identificar la generalización y banalización del uso social de criterios de adscripción identitaria poco rigurosos; la imposibilidad de seguir ignorando la discriminación por motivos étnicos en el seno de la sociedad francesa; la creciente integración internacional (y europea en particular) que introduce obligaciones en términos de reducción de desigualdades sociales; así como la mayor conexión de los científicos sociales franceses con redes internacionales donde el uso de categorías de diferenciación étnica resulta corriente y que, en última instancia, dificultan el mantenimiento de la “excepcionalidad francesa” (Fassin, INSERM, 1997: 61).

<sup>375</sup> En 1991 un informe del *Haut Conseil à l'intégration* (HCI) reconocía por primera vez oficialmente la existencia de racismo y prácticas discriminatorias en Francia. En su informe de 1998 dicho organismo volvía a incidir sobre esta cuestión, estableciendo una definición del concepto de prácticas discriminatorias como, “*toute action ou attitude qui conduit, à situation de départ identique, à un traitement défavorable de personnes du fait de leur nationalité, origine, couleur de peau ou religion, qu'une intention discriminante soit, ou non, à l'origine de cette situation*”, y abogaba por la creación de una agencia encargada de supervisar dichas prácticas contrarias a derecho en la sociedad francesa.

<sup>376</sup> El tema del tratamiento de la “alteridad” en el seno de la población francesa había generado históricamente intensos debates con frecuencia acompañados de violencia física (hugonotes y guerras de religión), o simbólica (*Affaire Dreyffus*) que la aplicación estricta del pacto republicano pretendía zanjar.

francesa que no se correspondían con los límites de la nacionalidad (francés vs. extranjero), sino con mecanismos de adscripción étnica (origen francés -o incluso europeo- vs. origen no europeo), que resultaban frontalmente incompatibles con los ideales republicanos.

Estas tensiones entre el modelo republicano de integración y la realidad de una sociedad cambiante y crecientemente diversa se trasladaron al ámbito académico en la segunda mitad de los 1990s en forma de virulento debate entre científicos sociales. El origen de dicha polémica se puede localizar en la elaboración de la encuesta “*Mobilité géographique et insertion sociale*” por la demógrafa Michèle Tribalat, realizada en 1992 en base a un acuerdo entre el *Institut National d’Études Démographiques* (INED) y el INSEE. A través de esta encuesta se pretendía trascender la tradicional distinción entre franceses y extranjeros, y avanzar en una categorización “étnica” de los distintos colectivos de origen extranjero residentes en Francia, vinculando a los encuestados con el “origen” geográfico de sus padres, y a partir de ahí adscribiendo a estas personas a un grupo lingüístico/cultural diferenciado<sup>377</sup>. Como señalaba esta autora en su justificación de la necesidad de reconocimiento de la diversidad interna de la sociedad francesa, “*la prise en compte de l’appartenance ethnique est nécessaire. Sur ce question, nous vivons dans un état de schizophrénie totale: ne pas disposer de données sur les différentes ethnies ne nous empêche pas d’en avoir, collectivement, une représentation forte, quant à leur importance et leurs particularités d’adaptation à la vie française*” (Tribalat, 1995: 12).

---

<sup>377</sup> De este modo, esta autora se proponía presentar una imagen más elaborada de la población de origen inmigrante, mostrando así que el balance del proceso de integración de estos colectivos en la sociedad francesa sería mucho más exitoso de lo que la politización del tema migratorio habría hecho pensar, “*Lorsque les résultats servent à évaluer l’assimilation des personnes immigrées résident en France, ne pas tenir compte de celles qui sont devenues françaises aboutit nécessairement à écarter les populations qui sont en moyenne mieux assimilées. Un tel biais d’observation n’est pas admissible*” (Tribalat, 1995: 11).

Una parte de la crítica a estos intentos de cuantificación de la diversidad étnica de la sociedad francesa se centraba en lo burdo de las categorizaciones étnico/lingüísticas utilizadas (Héran, en INSEE, 1998: 33), o en su incapacidad para incorporar la experiencia de los ciudadanos franceses procedentes de los territorios de ultramar<sup>378</sup> (Martinica, Reunión, Guadalupe, Guayana) (Bertaux, 1999: 41). Otros autores resaltaban la obligación del científico social de escapar a las categorías impuestas por el “sentido común”<sup>379</sup>, o por intereses partidistas (Spire, 1999: 38). En conjunto, los críticos a dicho estudio temían que la utilización de categorías étnicas por parte de organismos de investigación públicos sentase un precedente que abriese espacios para el reconocimiento oficial de dichas clasificaciones, avanzando así hacia un “comunitarismo” desintegrador de la filosofía universalista republicana francesa.

Este debate, en principio de naturaleza científica, no permaneció ajeno a un contexto político marcado por la presencia de una extrema derecha remarcablemente fuerte que desde principio de los 1980s había influido poderosamente en la determinación de la agenda política francesa, especialmente en los temas relacionados con la inmigración. Así, el sociólogo Hervé Le Bras se convirtió en cabeza visible de la crítica al trabajo de Michèle Tribalat utilizando no ya argumentos metodológicos, sino

---

<sup>378</sup> Como señala Bertaux, “*on peut se demander si la naissance des parents hors de France métropolitaine est discriminante en soi ou si c’est plutôt pour des caractéristiques individuelles de nom, prénom, aspect physique, sexe, et/ou lieu de résidence, etc., pris dans des rapports sociaux et historiques complexes que les discriminations s’exercent?*” (Bertaux, 1999: 42).

<sup>379</sup> Uno de estos autores señalaba la necesidad de, “*sociologiser l’immigration plutôt que d’ethniciser le social*”, al tiempo que destacaba las dificultades para utilizar una categorías étnicas que no tienen ninguna otra existencia institucional, y que serían sin duda rechazadas por buen número de individuos que “*à défaut de revendiquer le droit à la différence, seraient plutôt enclins à réclamer le droit à l’indifférence*”, y reivindicaba el desarrollo de estudios específicos, de carácter fundamentalmente cualitativo, en lugar del establecimiento de una terminología de carácter permanente para la recogida de datos estadísticos (Spire, 1999: 38).

claramente filosófico-políticos. Desde una perspectiva de defensa radical del modelo republicano de integración, este autor afirmaba que, “*Les membres d’une même nation doivent faire comme s’ils avaient la même origine*”, por lo que el origen extranjero de los ciudadanos franceses debía quedar explícitamente fuera de la investigación científica (Le Bras, en INSEE, 1998: 46). Haciendo frente a las acusaciones de estar siguiendo el juego de la extrema derecha<sup>380</sup>, o incluso de ser abiertamente cómplices de la misma al tratar de introducir criterios de identidad étnica en las estadísticas francesas, los demógrafos favorables a la inclusión de dichas categorías en los mecanismos de recopilación de información estadística argumentaban la necesidad de realizar investigación social rigurosa para desenmascarar las falacias de los discursos del FN (Simon, 2000: 190); y afirmaban que para las poblaciones de origen extranjero no se trataba de ser contados para demostrar que no suponían una amenaza para la identidad francesa, sino de dar la vuelta a dicho argumento, y mostrando su condición de ciudadanos, “*se compter pour montrer que l’on est suffisamment nombreux pour peser sur les décisions politiques et avoir place dans le débat politique*” (Valentin-Marie, en INSEE, 1998: 55).

La conclusión al acalorado debate sobre la incorporación de indicadores de origen étnico se alcanzó a partir de la organización de un seminario en el que participaron todas las instituciones de investigación públicas responsables de generar datos estadísticos en Francia<sup>381</sup>, y en el que se redactó un protocolo<sup>382</sup> que se

---

<sup>380</sup> El FN tenía como uno de los puntos más marcados de su discurso político la idea de la “dilución” de la identidad francesa en una marea de inmigrantes crecientemente diferenciados étnicamente. Este partido acusaba además a las autoridades francesas de ocultar dicha “realidad” a través de estadísticas “manipuladas” para no reflejar la abrumadora presencia de “extranjeros”.

<sup>381</sup> Algunas de las personas entrevistadas durante la realización de esta tesis destacaban el importante papel de las prácticas específicas de funcionamiento interno de cada uno de estos centros de investigación, así como de la deontología profesional, la vocación de “*service publique*”, y la identificación con los ideales republicanos de los técnicos que trabajan en ellos, en la evolución del debate sobre la utilización de categorizaciones de carácter étnico en las estadísticas generadas por instituciones públicas francesas.

pretendía, “*non polémique*”, et largement partagé par les statisticiens concernant les variables de repérage de l’origine et des discriminations dans les enquêtes statistiques, ainsi que leur utilisation” (DREES, 1999). Con objeto de poner dicho acuerdo en práctica, y de incorporar a la investigación pública el estudio del tema de la discriminación<sup>383</sup>, el INED y el INSEE decidieron elaborar la encuesta de “*Construction des identités*”, encargada de subsumir la cuestión de la identidad de los grupos de origen inmigrante en una serie de aspectos más amplios entre los que se incluirán otros mecanismos de formación de identidades como el género, la pertenencia a grupos profesionales, o los equilibrios identitarios entre dimensiones político-territoriales paralelas (local, regional, nacional, y europea) (INSEE, 2000: 1). Como reconocen explícitamente las instituciones encargadas de la elaboración de esta encuesta, “*L’approche est délibérément multi-*

---

<sup>382</sup> Ese documento de trabajo interno elaborado por representantes del INSEE, el INED, la *Direction de l’animation, de la Recherche, des études, et des Statistiques* (DARES), y la DREES pretendía evitar “*tout ‘dérapiage’*” en la utilización de categorizaciones sobre el origen de la población francesa. En él se diferenciaban aquellas variables tradicionalmente utilizadas por el aparato estadístico francés (nacionalidad, país de nacimiento, año de instalación en Francia), de las variables específicas (país de nacimiento de los padres, lengua materna) que debían ser diseñadas y aplicadas de modo puntual por cada encuesta. De igual modo establecía el marco general para la utilización de dichos datos, “*il est essentiel de ne pas isoler ces variables dans la phase d’exploitation pour en faire au défaut des facteurs explicatifs de premier rang. (...) il n’y a de sens à faire intervenir l’origine des parents que dans le cadre d’une analyse multivariée qui s’emploie à contrôler les effets de structure. (...) C’est la seule façon d’écarter la tentation (si souvent observée dans les ‘ethnic studies’) d’attribuer à l’origine nationale des parents des vertus qui sont en réalité imputables à d’autres facteurs socio-démographiques*” (DREES, 1999).

<sup>383</sup> En relación con el tratamiento estadístico de la discriminación, este protocolo apunta la necesidad de considerar, no solo actitudes voluntarias de discriminación, sino también prácticas, más o menos voluntarias, que resulten en una limitación en el acceso a un bien o servicio. Pese a esto, dicho documento aclara explícitamente que, “*Une telle approche ne suppose pas qu’on adhère à la conception officielle britannique, qui qualifie systématiquement de ‘discrimination indirecte’ toute inégalité d’accès révélée par la mesure statistique*” (DREES, 1999: 5).

*dimensionnelle et attentive au phénomène de construction et de reconversion des identités. La question de l'immigration sera abordée, mais avec l'idée-forte qu'on ne peut en aucun cas réduire l'immigré ou l'enfant d'immigré à ses origines: il participe également aux autres dimensions de l'identité, peut reconstruire ses références au cours du temps, etc.*" (DREES, 1999: 6).

A través de dicha encuesta se trata de dar respuesta a la tensión intrínseca entre la necesidad de señalar las fuentes de desigualdad existentes en la sociedad francesa (precarización económica, segregación territorial), y que afectan de un modo especial a las poblaciones de origen inmigrante, destacando también aquellos procesos que resultan específicos de estos colectivos por su propia especificidad (discriminación, vulnerabilidad jurídica); todo ello sin caer en la tentación de "racializar" o "culturizar" las desigualdades. Se trataría de considerar la variable de origen sin obviarla ni idealizarla, es decir tomándola en consideración junto con otras variables relevantes (nivel de renta, estudios, edad, sexo, etc.) de forma relacional.

Dicha encuesta<sup>384</sup>, en cuya elaboración colabora también el INSERM, incorporará una serie de *items* relacionados con la auto-percepción de salud, lo cual implicará la posibilidad de realizar análisis de la morbilidad diferenciada entre los distintos grupos sociales (incluyendo los grupos de origen extranjero que serán sobre-ponderados para que representen un tercio de los 10.000 hogares entrevistados).

Hasta mediados de la década de los 1970 los estudios que vinculaban inmigración y salud giraban fundamentalmente en torno a la figura del trabajador inmigrante, así como a cuestiones relacionadas con la siniestralidad laboral en la que los inmigrantes resultaban particularmente afectados. Al mismo tiempo prestaban

---

<sup>384</sup> En fase de pre-test del cuestionario durante la fase final de redacción de esta tesis, se prevé que el trabajo de campo de dicha encuesta será realizado entre los meses de febrero y marzo de 2003, y que estará disponible para los investigadores de las instituciones participantes en el consorcio encargado de su elaboración en junio de ese mismo año (INSEE, 2002: 4).

especial atención a los riesgos que el fenómeno migratorio podría suponer para la salud de la sociedad de acogida. Este enfoque marcó durante las siguientes décadas el estudio de los problemas sanitarios que afectaban a los colectivos de origen inmigrante, de modo que dichos problemas quedaron categorizados en patologías importadas (enfermedades infectocontagiosas propias de los países de origen traídas por los inmigrantes); patologías adquiridas en el país de acogida (en gran medida derivadas de las condiciones de precariedad laboral, residencial, etc., en las que vivían dichos grupos); y problemas derivados de la adaptación de los inmigrantes a la sociedad francesa (problemas de salud mental y adicciones -alcoholismo, drogodependencias, etc.-), así como de la sociedad de acogida hacia los grupos recién llegados (problemas de comunicación e inadaptación de los servicios socio-sanitarios a las demandas de los inmigrantes). Siguiendo esta tipología analítica, los escasos estudios sobre la situación sanitaria de las poblaciones de origen inmigrante hasta principios de la década de los 1980s eran generalmente de carácter micro, centrándose en algún colectivo concreto (trabajadores solos viviendo en albergues), en alguna enfermedad específica (prevalencia de enfermedades parasitarias en colectivos inmigrantes procedentes de algún área geográfica concreta), o haciendo hincapié en el consumo diferencial de servicios sanitarios (consumo hospitalario, de atención primaria, o de productos farmacéuticos) por las poblaciones de origen inmigrante respecto al resto de la población francesa.

En un contexto de utilización política del tema de la inmigración por la extrema derecha (en especial del impacto de las demandas de los colectivos de origen inmigrante sobre los mecanismos de protección social en Francia), se publicaba en 1986 el primer informe sobre la salud de la población inmigrante encargado por el Ministerio de Asuntos Sociales. Dicho informe, estructurado siguiendo el esquema analítico antes mencionado, y realizado en base a una aproximación cualitativa sustentada sobre los conocimientos de los expertos en salud pública encargados de su redacción, concluía con unas recomendaciones más

encaminadas a desactivar los argumentos xenófobos del FN<sup>385</sup>, que a proporcionar respuestas a las situaciones descritas en su propia enumeración de problemas existentes (Gentilini et al., 1986).

Otro eje central de los estudios sobre la situación sanitaria de las poblaciones de origen inmigrante era el de su situación respecto al derecho de acceso al sistema sanitario público, y de la cobertura que el sistema de aseguramiento les proporcionaba. Así, un informe elaborado por el INSEE utilizando datos del censo de 1991 afirmaba que el porcentaje de personas que disponían de una atención sanitaria plenamente gratuita (doble cobertura a través de la AM y la complementaria) era del 78% en el caso de los franceses, y tan solo del 56% para los extranjeros, ocultando esta última cifra considerables variaciones entre nacionalidades (europeos del sur 63,4%, frente a magrebíes 53,6%, o africanos 50,1%) (INSEE, 1994).

Un estudio realizado a mediados de la década de los 1980s en los hospitales de París mostraba una utilización diferenciada de los servicios sanitarios por parte de las poblaciones de origen inmigrante, particularmente de los menores, que no era posible explicar en base a la clase social o la categoría ocupacional (Lombrail, et al., 1989: 11). Según dicho análisis, los niños de origen inmigrante estaban sobre-representados entre los menores hospitalizados, especialmente en relación con enfermedades respiratorias o digestivas, y accidentes. Además, la duración media de las hospitalizaciones era también mayor que entre la población autóctona. Estos datos resultaban plenamente coincidentes con otros estudios que mostraban diferencias sustanciales en la utilización de los servicios sanitarios por parte de los distintos colectivos de origen inmigrante en Francia, en cierta medida

---

<sup>385</sup> Como explicitaban claramente las conclusiones de dicho informe, “*ils est difficile de sauvegarder la santé des migrants si la migration est vilipendée, caricaturée ou caouflée. Il convient donc de dépassionner le débat et de rétablir la vérité, tout en sachant que l’acceptation des étrangers par la société française résultera plus d’un choix éthique, politique et culturel que d’une démonstration scientifique ou d’un catalogue statistique*” (Gentilini et al., 1986: 67).

relacionadas con el menor grado de protección sanitaria de estas poblaciones en el incompleto sistema de aseguramiento sanitario francés de la época. Así, una encuesta realizada por el INSEE en 1981 mostraba que frente a una media de 5,29 consultas al médico de atención primaria anuales por parte de la población autóctona (lo cual implicaba adelanto de honorarios y co-pago), los inmigrantes españoles y portugueses realizaban 4,33; y los de origen magrebí tan solo 3,14 (Kaddar, 1987: 6). Otro estudio mostraba que el 21% de la población de origen francés no había consultado a un médico de atención primaria en el año anterior a la realización de la encuesta, mientras que este porcentaje aumentaba al 25,5% para los españoles y portugueses, y hasta el 29% en el caso de los magrebíes (Sérange-Fonterme, 1983: 3). Paralelamente a esto, los inmigrantes utilizaban con mayor frecuencia los servicios hospitalarios (para los cuales no se debía adelantar los honorarios médicos ni realizar co-pagos). De acuerdo con esta última investigación, y en términos generales, los inmigrantes procedentes del sur de Europa consumían servicios sanitarios ligeramente por encima de la media (representando el 12,2% de los servicios sanitarios totales pese a constituir tan solo 10,5% de la población), mientras que los magrebíes consumirían por debajo de dicha media (siendo el 5% de la población consumían el 4,3% de los servicios sanitarios proporcionados).

Los múltiples problemas metodológicos de dichos trabajos<sup>386</sup> limitaban considerablemente las posibilidades de generalización

---

<sup>386</sup> Entre dichos problemas, el desconocimiento del tamaño real de dichas poblaciones que dificultaban la correcta estandarización por género, edad, categoría socio-profesional, etc; así como la constitución de las muestras para la realización de las encuestas. Además de esto, aparecían problemas para identificar vínculos causales ante la práctica imposibilidad de separar las consecuencias derivadas de su condición de inmigrantes (auto-selección y sus implicaciones en términos de mejor estado de salud), de las particularidades derivadas de su posición en la estructura productiva (mayor siniestralidad laboral, contratos más precarios y por lo tanto menos recursos económicos y peor cobertura sanitaria), o de las peculiaridades culturales propias de su origen étnico (percepción diferenciada de la enfermedad, dificultades de comunicación y de comprensión del funcionamiento de las estructuras sanitarias).

de sus conclusiones, por lo que a lo sumo podían ser utilizados como indicadores de un uso diferenciado (tanto en términos cuantitativos como cualitativos) de los servicios sanitarios por parte de los distintos colectivos.

Los escasos análisis realizados respecto a los datos de mortalidad infantil en función de la variable nacionalidad mostraban también un diferencial considerable entre los distintos colectivos, de modo que si la tasa de mortalidad perinatal era de 7,1 por mil si la nacionalidad de la madre era francesa, dicha tasa aumentaba hasta 13,3 si la madre era nacional de algún país del Maghreb, y a 10,6 si era de otra nacionalidad (Thayer, 1994: 286). Los datos sobre mortalidad en adultos presentaban además importantes problemas de orden metodológico añadidos, por las dificultades para estimar la magnitud real de lo que se presumían importantes flujos de retorno hacia sus países de origen (fundamentalmente entre los magrebíes) en estadios avanzados de enfermedad que desvirtuaban los datos de mortalidad de extranjeros contabilizados en Francia (Khalth, et al., 1996: 1156).

Los estudios de morbilidad comparada entre extranjeros y población autóctona en Francia realizados durante la década de los 1990 llegaron por su parte a conclusiones bastante contraintuitivas ya que indicaban un mejor estado de salud de los extranjeros residentes que el de la población de nacionalidad francesa. Así, el análisis de los datos de la ESPS de los años 1988 a 1991<sup>387</sup> resumido en la tabla 10 muestra como los extranjeros presentaban valores de riesgo vital y de invalidez considerablemente inferiores que la población francesa. Dichos valores continuaban siendo sustancialmente mejores que los de la población autóctona tras tener en cuenta las diferencias de edad en

---

<sup>387</sup> Los datos de estas 4 encuestas realizadas por el INSEE y el CREDES en años consecutivos fueron agrupados con objeto de incrementar el número de casos y poder así comparar a los colectivos de origen extranjero con el resto de la población francesa. Así, del total de 29.971 hogares (35.378 individuos) incluidos en dicho agregado, un 6% eran de nacionalidad extranjera, 3,7% eran extranjeros nacionalizados, y el 90,3% restante eran franceses de nacimiento (Mizrahi, et al., 1993: 29).

la composición de las distintas poblaciones mediante un proceso de estandarización. Curiosamente, los indicadores de salud de la población de origen extranjero que ya había obtenido la nacionalidad francesa eran considerablemente peores, no solo que los de los extranjeros, sino incluso que los de los nacidos franceses.

Mientras que el resultado relativamente sorprendente del mejor estado de salud de la población extranjera era atribuido a la auto-selección en origen de los inmigrantes (de modo que habrían sido los más fuertes y sanos los que habrían conseguido alcanzar con éxito su propósito de emigrar a Francia), los peores datos de la población ya nacionalizada serían explicables por la precariedad de las condiciones de vida y trabajo que habrían experimentado estos colectivos en Francia desde su asentamiento (Mizrahi, et al., 1993: 7). Esto parece apuntar la posibilidad de una imagen radicalmente distinta de dichos indicadores de desigualdad en niveles de salud si se adoptase una metodología de agrupación de poblaciones similar a la utilizada en el RU, basada en la categorización de la población por su origen étnico (incluyendo así no solo a los primo-migrantes, sino al conjunto de los colectivos relacionados, de una u otra manera, con la experiencia migratoria -primera, segunda, y hasta tercera generación).

Tabla 10. Indicadores de morbilidad comparada entre población de origen extranjero y autóctonos en Francia

	Índice pronóstico vital	Ratio pronóstico vital respecto a población francesa		Índice invalidez	Ratio invalidez respecto a población francesa	
		Bruto	Estand. edad		Bruto	Estand. edad
Franceses	7,8			6,86		
Nacionalizados	8	1,02	1,24	7,03	1,02	1,19
Extranjeros	5,4	0,69	0,86	4,76	0,69	0,89

Fuente: Elaborado por el autor con datos de Mizrahi, et al., 1993.

El estudio realizado en base a la *Enquête Décennale de Santé* de 1991-92 del INSEE acerca de la morbilidad de la población magrebí coincidía plenamente con los resultados (en cierta medida

paradójicos), alcanzados previamente por Mizrahi et al. Así, el estudio de los hogares cuyo cabeza de familia era de origen magrebí (única manera de aprehender a la mayor parte posible de la población de origen norteafricano dadas las limitaciones del aparato estadístico muestra que estos colectivos declaran muchas menos enfermedades que el resto de la población francesa.

Tabla 11. Morbilidad de la población de origen magrebí respecto a la de origen francés\*

Enfermedad	Hombres	Mujeres
Conjunto de enfermedades	-33%	-16%
Sistema endocrino	-	+39%
Sistema circulatorio	-68%	-
Estructura ósea	-33%	-40%
Afecciones perinatales (<2 años)	-	× 19
Síntomas mal definidos	-	+58%

\* Estandarizado por edad y categoría socio-profesional.

Fuente: Elaborado por el autor con datos de Khalt, et al., 1996: 1165.

Esa diferencia en el estado de salud declarado era sustancialmente mayor en el caso de los hombres (33%), que en el de las mujeres (16%). De hecho, mientras los hombres magrebíes declaraban estar en mejor estado de salud que los hombres franceses en todos los indicadores incluidos en dicha encuesta, las mujeres de los hogares magrebíes declaraban tener más problemas de los sistemas endocrino y nervioso, así como más patologías relacionadas con la gestación y maternidad, que las mujeres francesas. El ratio del riesgo vital (0,61) y de invalidez (0,98) de los hombres magrebíes (estandarizado por edad y categoría socio-profesional) respecto a los hombres franceses, presentaba una imagen favorable del nivel de salud de los inmigrantes,

coincidiendo también plenamente en esto con el estudio realizado unos años antes respecto al conjunto de la población extranjera.

Sin descartar la posibilidad de interferencia de factores culturales a la hora de declarar enfermedades, los autores de este estudio apuntaban de nuevo al factor de “*healthy migrant*” para explicar el buen estado de salud relativo de los hombres magrebíes (algo que afectaría en mucha menor medida a las mujeres, llegadas en su gran mayoría en procesos de reagrupación familiar), e incorporaban también el argumento de la dieta mediterránea, de la que participan las culturas del norte de África, como factor explicativo de su buen estado de salud relativo.

Como los propios autores reconocen, los resultados de la explotación de las encuestas sobre los cuales estaban basados sus estudios han de ser manejados con gran precaución, ya que dejan fuera del universo muestral a los sectores de la sociedad francesa más precarizados (población institucionalizada, personas sin domicilio fijo, etc.), donde los inmigrantes están claramente sobre-representados<sup>388</sup>. Como ya señalamos anteriormente, la ESPS plantea el problema adicional de trabajar únicamente con el conjunto de las personas inscritas en el RG de la SS (en torno al 80% de los hogares franceses), es decir aquellos hogares con una cobertura sanitaria estable, y por lo tanto en mejores condiciones para recibir asistencia sanitaria en caso de necesidad.

Tanto los investigadores en temas de salud, como las organizaciones dedicadas a tratar de garantizar la atención sanitaria a las personas en situación administrativa precaria eran plenamente conscientes de que, más allá de la limitada evidencia empírica proporcionada por las estadísticas relativas al estado de

---

<sup>388</sup> Como señalan Khlal et al., el porcentaje de la población francesa residente en hogares no ordinarios se calcula en torno al 2%, pero dicha estimación se eleva hasta el 5% en el caso de los extranjeros, por lo que esta población estaría claramente infra-representada en las muestras de las encuestas (Khlal, et al., 1996: 1157). Los mayores porcentajes de no respuesta, y los problemas de comunicación entre los encuestadores y los extranjeros supondrían otra fuentes de sesgos estadísticos que afectarían especialmente a la fiabilidad de la información generada a través de dichas técnicas.

salud de la población “normalizada”, una de las principales causas generadoras de desigualdades en salud en la sociedad francesa continuaba siendo la exclusión de importantes colectivos de la cobertura del sistema sanitario público, donde los inmigrantes se encontraban fuertemente sobre-representados. Pese a esto, las ONGs sanitarias de carácter generalista (*Croix Rouge*, MDM, MSF, etc) encargadas de cubrir los huecos de asistencia dejados por el sistema sanitario de la SS se mostraban extremadamente cautas a la hora de publicar información acerca de la nacionalidad de las personas atendidas en sus consultorios por temor a la utilización política de la misma, así como por su adscripción a los valores de la filosofía republicana de integración.

A partir de 1998<sup>389</sup>, y en un ambiente político mucho más sereno en relación con el tema de la inmigración, estas organizaciones se mostraron más dispuestas a hacer públicos dichos datos, en parte como mecanismo para presionar a las administraciones y a los actores políticos con objeto de conseguir una verdaderamente universalización de la cobertura sanitaria en Francia (Observatoire de la Pauvreté, 2000: 147).

Así, a finales de los 1980s MSF participó junto con REMEDE en una investigación dirigida por el CREDES con objeto de estudiar la situación socio-sanitaria de los colectivos desfavorecidos que acudían a los consultorios gratuitos de estas organizaciones. Este estudio, desarrollado en base a datos de los años entre 1986 y 1990, mostraba como la puesta en marcha en 1989 del esquema de RMI había contribuido a reinsertar en el sistema sanitario público a buen número de excluidos de nacionalidad francesa, y como a partir de esa fecha los consultorios gratuitos de estas organizaciones habían comenzado a atender fundamentalmente a extranjeros en situación

---

<sup>389</sup> Así, las memoria anuales de MDM, extremadamente exhaustivas en información socio-sanitaria de las personas atendidas en sus consultorios, habían omitido antes de esa fecha la nacionalidad de sus pacientes. La memoria de 2001 señalaba de este modo que el 78% de sus pacientes eran de nacionalidad extranjera (32% magrebíes, 27% subsaharianos, y 11% de Europa del Este) (MDM, 2001: 12).

administrativa precaria. De este modo, el porcentaje de extranjeros había pasado del 34% en 1986, al 61,7% en 1990 (Cong, et al., 1992: 2). La continuación de dicho estudio, agrupando los datos de los años 1991-92, mostraba un mantenimiento en dicha tendencia, al incrementarse la proporción de extranjeros entre los excluidos del sistema sanitario público hasta representar cerca del 63% del total de pacientes atendidos por esta ONG (Mizrahi, et al., 1993: 11). Pese a la escasa representatividad de la comparación de los datos de morbilidad presentados por dichos estudios, éstos servían para mostrar la situación de las poblaciones excluidas del sistema sanitario público, y dentro de estas, para destacar la consistente diferenciación entre los problemas de la población de nacionalidad francesa (principalmente problemas del aparato respiratorio, psicósomáticos y mentales), y los de los extranjeros sin cobertura sanitaria (fundamentalmente problemas del sistema digestivo, y relacionados con el embarazo y la maternidad) (Cong, et al., 1992: 47; Mizrahi, et al., 1993: 33).

De modo similar tres consultorios de MDM y el “*dispositif précarité*” del hospital de Saint-Antoine de Paris colaboraron con el INSERM en la elaboración del estudio *Précar: Trajectoires de précarité, États de santé et Accès aux soins*, en base los informes médicos de cerca de 4.000 pacientes de dichos centros de atención sanitaria gratuita. Pese a que disponía de la información acerca de la nacionalidad de los pacientes, este estudio no exploró el posible impacto de esta variable en las variaciones en la morbilidad, centrándose fundamentalmente en la idea de población excluida, aunque demostró que entre los clientes de dichos centros la presencia de extranjeros continuaba aumentando a finales de la década de los 1990s (desde el 62,4% en el hospital Saint-Antoine, hasta cerca del 85% en el centro de Gennevilliers de MDM) (Chauvin, et al., 1999: 11).

Como hemos señalado anteriormente, las autoridades sanitarias francesas propugnaban la bondad del modelo universalista republicano que no haría distinciones entre ciudadanos en función de su religión, cultura u origen étnico. En la realidad cotidiana, sin embargo, algunos problemas de salud

pública que afectaban de modo específico a los colectivos de origen inmigrante demostraban las limitaciones del modelo de integración republicano, y la existencia de un discurso y unas prácticas (implicando tanto a administraciones públicas<sup>390</sup>, como a actores privados), que demostraban la inadecuación de dicha aproximación supuestamente universalista con su rechazo frontal al reconocimiento de las especificidades derivadas de la diversidad cultural.

Un claro ejemplo de como el modo de afrontar el tema de la diversidad étnica en Francia chocaba con sus propias limitaciones y estereotipos fue el caso del saturnismo infantil. Esta enfermedad, que provoca graves trastornos neurológicos a los menores que la sufrían y que era causada por una intoxicación por plomo, surgió con fuerza entre las comunidades inmigrantes africanas afincadas en las viviendas degradadas de los centros de las ciudades (fundamentalmente de París) durante la década de los 1980s.

La localización de los primeros casos de niños de origen africano afectados por dicha enfermedad llevó a una relativamente rápida identificación oficial del origen de la contaminación (las pinturas de las paredes de edificios antiguos). Pese a esto, el saturnismo no fue automáticamente categorizado por las autoridades sanitarias y los medios de comunicación franceses como un problema de salud pública relacionado con las condiciones inadecuadas en las que residían dichas familias; sino que se estableció una conexión entre dicha enfermedad<sup>391</sup> y algunos objetos (juguetes, vajilla, amuletos, maquillaje de las

---

<sup>390</sup> Uno de los primeros ejemplos de “culturización” de las patologías de la población inmigrante fue la acuñación por parte de profesionales médicos, ya a principios del siglo XX, del concepto de “*sinistrosis*”, una forma de alteración psicológica a mitad de camino entre la simulación y la histeria, que definiría algunos de los trastornos de salud sufridos por los trabajadores inmigrantes a raíz de algún accidente de trabajo o enfermedad laboral (Bennegadi y Bourdillon, 1990: 135).

<sup>391</sup> Así, el saturnismo infantil pasó a ser denominado popularmente como la “enfermedad de los hijos de los *marabouts*”, en referencia a los curanderos y chamanes subsaharianos cuyas prácticas mágico-religiosas se consideraban, de alguna manera poco clara, en cierta medida relacionadas con la enfermedad.

mujeres, tinta de los *marabouts*, etc.), y prácticas culturales propios de dichos grupos<sup>392</sup> (Nandé, 2000: 14). A los comentarios negativos respecto a las prácticas culturales propias de estos grupos (consideradas en el mejor de los casos factores que agravaban las condiciones medioambientales que provocaban la enfermedad), se añadía la crítica a algunas prácticas sociales de estos colectivos que se consideraba contribuían a una degradación más acelerada de las viviendas en las que residían (sobreocupación de los hogares derivada de la poligamia y del gran número de hijos de cada familia; prácticas culinarias que desprenderían una gran cantidad de vapor, deteriorando así rápidamente la pintura; inadecuada ventilación de las viviendas; escasa supervisión de los padres sobre los niños, etc).

Como señala Nandé, *“La controverse sur les causes culturelles éventuelles de l’intoxication saturnine a pour effet de déplacer un problème de fond bien réel, l’existence d’enfants intoxiqués à partir de peintures au plomb, à un débat sur les facteurs culturels et comportementaux africains prédisposant à la contamination, et limite implicitement le phénomène à des pratiques spécifiques d’un certain type de population”* (Nandé, 2000: 17). Esta “culturización” del problema del saturnismo infantil permitió durante bastante tiempo a las autoridades locales eludir una actuación más concreta (y onerosa) en el ámbito de las políticas sanitarias y de vivienda. En un contexto político de gran politización de la inmigración, y ante el considerable desembolso que requeriría la rehabilitación de las viviendas contaminadas, así como la complejidad de la búsqueda de un alojamiento alternativo para dichos grupos<sup>393</sup>, este tema fue considerado como una

---

<sup>392</sup> Determinados comportamientos específicos africanos como la geofagia (ingestión de determinadas sustancias no comestibles practicada fundamentalmente por las mujeres embarazadas en algunas zonas de África Occidental), o las pociones que las madres africanas harían beber a los niños, convertirían a estas mujeres en más tolerantes ante la ingesta por los niños de trozos de pintura desprendidos de las paredes.

<sup>393</sup> El hecho de que la población afectada estuviese compuesta en su inmensa mayoría por inmigrantes subsaharianos complicaba sustancialmente su

cuestión extremadamente delicada a la que convenía políticamente asignarle una prioridad relativamente baja<sup>394</sup>.

La intervención pública que finalmente se terminó produciendo requirió un proceso inverso de “de-etnicización”, por el cual la diferencia cultural y de nacionalidad quedó de nuevo sepultada bajo un discurso higienista (eliminación de viviendas insalubres), y universalista (sin distinción de nacionalidad u origen étnico). Este proceso queda ejemplificado en la actuación de las autoridades municipales de un barrio periférico de París que se negaban a proporcionar datos sobre la nacionalidad de las familias afectadas por casos de saturnismo infantil, y afirmaban negarse a “*préter à l’ethnique ce qui relève avant tout des mécanismes urbains et sociaux*” (Nandé, 2000: 20).

Otro ejemplo de las dificultades para aplicar de modo efectivo el modelo universalista republicano hasta sus últimas consecuencias, sin reforzar con ello las desigualdades en el ámbito de la salud que afectaban a las poblaciones de origen inmigrante, era el caso del Sida. Desde la identificación de la enfermedad a principios de la década de los 1980s la categorización de las personas seropositivas supuso un problema de difícil resolución para el sistema nacional de información sanitaria, atrapado entre la asociación explícita entre inmigración y extensión de la enfermedad (hecha tanto por epidemiólogos, como por la opinión

---

realojamiento habida cuenta de la escasez de viviendas públicas de carácter social (por lo que se temía el surgimiento de actitudes de rechazo a dicho realojamiento por percepción de “agravios comparativos” por parte de la población autóctona), y de la política implícita de “cuotas” que se aplica en muchos municipios franceses para tratar de frenar la segregación étnica territorial de la población.

<sup>394</sup> Como señala Nandé, “*Le fait que la maladie affecte quasi exclusivement des populations immigrées détermine le type d’inscription dans l’espace et l’action publics. La faiblesse de l’enjeu politique que représentent les conditions de vie des immigrés retarde l’action publique locale, ou permet tout du moins une certaine inertie, et ne déclenche pas d’emblée une mobilisation générale. (...) on observe une résistance à la reconnaissance du problème et à sa prise en charge au niveau des services du logement qui conduit à une situation de blacage*” (Nandé, 2000: 17).

pública francesa), y su negativa a hacer pública la información relativa a la nacionalidad y el origen étnico de las personas afectadas por esta enfermedad para preservar las premisas básicas del modelo de integración republicano; “*Cette question ne cesse d’activer le débat sur l’ethnicité, le communitarisme et autres modèles anglo-américains, souvent opposés aux principes universalistes des Lumières, dans une France républicaine et intégratrice ne distinguant ni races ni religions*”(Guilloire, 2000: 75).

La colusión entre los objetivos políticos (tratar de desactivar la movilización anti-inmigrantes), y los objetivos sanitarios (identificar a las poblaciones más expuestas a dicha enfermedad con objeto de canalizar los esfuerzos preventivos en esa dirección) se zanjó con la priorización de los condicionantes políticos<sup>395</sup>, con consecuencias negativas para las poblaciones de origen extranjero, que al no ser identificadas como colectivos afectados por una desigualdad sanitaria no fueron objeto de políticas preventivas de carácter específico. La mayor exposición de los colectivos de origen inmigrante a dicha enfermedad terminó plasmándose en el surgimiento de una nebulosa de asociaciones y organizaciones (*Act Up, Migrants contre le sida, Association de lutte contre le sida, Sida Info Service, AIDES*, etc) que denunciaban dicha situación, y presionaban a las autoridades sanitarias para que adoptasen medidas específicas para proteger a la población de origen inmigrante (Mechali, 1990).

El sistema de control de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, en el cual se integraba el mecanismo de control del Sida puesto en marcha en 1982<sup>396</sup>, no realizó un

---

<sup>395</sup> Como señala Guilloire, “*l’État opère une distinction, jugée nécessaire pour le bien public, entre les nationalités, mais refuse de se servir de ces catégories afin d’éviter toute discrimination. De ces deux contraintes, sanitaire et politique, la première a perdu la présence*” (Guilloire, 2000: 75).

<sup>396</sup> En el informe obligatorio establecido por el *Institut de Veille Sanitaire* encargado de generar dichas estadísticas, se requerían una serie de informaciones de carácter socio-demográfico acerca del paciente, entre ellas su nacionalidad, pero nunca su lugar de nacimiento ni la fecha de llegada a Francia en caso de ser

estudio sobre la incidencia de esta enfermedad entre la población extranjera ni publicó datos acerca de la nacionalidad de los afectados por la misma hasta 1999 (Savignoni, et al., 1999). Esto no resulta extraño si recordamos que, pese a la introducción de la variable nacionalidad en la información estadística generada por el INSEE, resultan escasísimos los estudios de mortalidad diferencial, o de morbilidad relativa, de los extranjeros en Francia. Finalmente en 1999 se realizó el primer estudio sistemático sobre la incidencia del Sida entre la población extranjera residente en Francia aprovechando la información recogida en los ficheros de declaración obligatoria de dicha enfermedad.

Pese a lo inadecuado de la medición, al estar basada sobre la nacionalidad y obviar por tanto a todos aquellas personas de origen extranjero que habían adquirido la nacionalidad francesa, dichos datos proporcionaban una clara imagen de la desigual exposición a la enfermedad. Así, mientras los extranjeros constituían el 6% de la población francesa, representaban el 14% de los enfermos de Sida (Lot, 2000: 84).

*Tabla 12. Casos de Sida declarados por área geográfica de origen de los enfermos en Francia\**

Área geográfica	Número acumulado de casos	Tasa acumulada por 1.000 hab.
África subsahariana	2.068	11,5
Norte de África	1.543	1,4
Europa**	1.298	0,97
América	559	7,2
Haití	809	29,0
Asia	278	0,87
Total extranjeros	6.571	1,8
Nacionalidad francesa	40.335	0,85

\* Datos estandarizados por edad, y acumulados entre 1978 y 1998, según el InVS.

Fuente: Elaborado por el autor con datos de Lot, 2000: 85.

---

inmigrante. Esto nos retrotrae al debate desarrollado en el INED acerca de las categorías de nacionalidad, etnicidad, inmigración, etc., del cual hablamos anteriormente.

Esa desigualdad se trasladaba de un modo aún más marcado a la evolución de la enfermedad en términos de nuevos casos declarados. Así, mientras que el número de nuevos casos declarados de Sida disminuyó un 61% en la población de nacionalidad francesa entre 1996 y 1998, dicha reducción fue tan solo de un 44% para la población extranjera<sup>397</sup>. Esta tendencia de marcada desigualdad hizo aumentar la proporción de extranjeros entre los enfermos declarados de Sida del 15% en el primer semestre de 1996, al 20% en el mismo período de 1998.

El hecho de que el desarrollo de la enfermedad no se siga automáticamente de la contaminación por VIH, lleva a algunos autores a plantear que la correlación existente entre vulnerabilidad y nacionalidad debe ser leída como la consecuencia de una mayor dificultad de acceso de esos colectivos a las prácticas de prevención, control y tratamiento de la enfermedad, con lo que el enfoque del análisis quedaría fuertemente desplazado hacia la esfera de la desigualdad<sup>398</sup> (Lot, 2000: 83). De todo ello se derivaría la necesidad de plantear esquemas específicos de prevención y de acceso de estas poblaciones a las pruebas de seropositividad con objeto de evitar lo que en el RU sería considerado “racismo institucional”.

#### *4.2.3. Discurso republicano y pragmatismo facultativo: (pseudo-) convergencia de prácticas*

---

<sup>397</sup> Dentro de esta categoría aparecían también importantes diferencias entre colectivos como los extranjeros de origen europeo, que descendían un 70% (más que la población de nacionalidad francesa), los haitianos que descendían un 59%, los magrebíes que descendían un 42%, o los subsaharianos que descendían tan solo un 32%.

<sup>398</sup> En buena medida se trataría de una desigualdad de acceso al sistema sanitario en general derivada de la precaria situación jurídica de muchos de los inmigrantes procedentes del África subsahariana contaminados por el VIH.

Como hemos visto en las secciones anteriores, el modelo republicano de integración ha ejercido una fuerte influencia sobre las políticas sanitarias desarrolladas en Francia, así como sobre los enfoques metodológicos y epistemológicos de una investigación científica poco proclive a reflexionar acerca del tema de la equidad en el ámbito de la salud. Pese a esto hemos observado como dicha aproximación se ha revelado excesivamente rígida para afrontar algunos problemas que, desbordando las siempre difusas barreras del ámbito sanitario, han entrado de pleno en la esfera social y política, donde la filosofía universalista oficial se ha visto superada, tanto por unos discursos públicos estigmatizadores, como por unas prácticas que muestran una imagen mucho más plural y compleja. Así, ante la constatación de las inadecuaciones provocadas por una provisión de servicios estandarizada, y unas necesidades específicas no cubiertas por los esquemas normalizados, distintas instituciones han desarrollado esquemas de atención sanitaria más flexibles que se adaptan a las demandas específicas procedentes de los colectivos de origen inmigrante. Como ya observamos en el caso británico, dichas prácticas han estado permeadas por la actuación de asociaciones y organizaciones no gubernamentales que, no solo han cubierto los huecos dejados por el sistema sanitario público, sino que han actuado al mismo tiempo como promotoras de iniciativas más adaptadas a las necesidades específicas de los colectivos inmigrantes. En este apartado pasaremos revista brevemente a dichas prácticas que proporcionan una imagen mucho más densa y rica (apartada de la visión monolítica del discurso republicano), de las políticas sanitarias de equidad hacia los colectivos de origen inmigrante en Francia.

Uno de los ejemplos con carga legislativa más marcada fue la aprobación de una legislación específica para garantizar el derecho de residencia en Francia a los extranjeros gravemente enfermos presentes sobre el territorio de este país. En un contexto migratorio extremadamente restrictivo, un grupo de asociaciones que trabajaban para la defensa de los derechos de los inmigrantes se organizaron a mediados de los 1990s con objeto de reivindicar

explícitamente los derechos de los extranjeros enfermos. El colectivo *Action pour les Droits des Étrangers Malades en France* (ADMEF) (precursor del ODSE al cual nos referimos abundantemente en el Capítulo 3), y constituido por más de una treintena de organizaciones, consiguió introducir el tema de la protección a los extranjeros gravemente enfermos en la agenda política, forzando a las autoridades francesas a elaborar un marco normativo que protegiese explícitamente a estos enfermos<sup>399</sup>, permitiéndoles permanecer en Francia por motivos humanitarios. La expansión de dichos derechos comenzó en los últimos meses del gobierno conservador de Alain Juppé, cuando en la reforma de la legislación sobre inmigración impulsada por el Ministro del Interior Debré en febrero de 1997, se introdujo una cláusula por la que se declaraba la “inexpulsabilidad” de los extranjeros gravemente enfermos. De este modo, los inmigrantes indocumentados gravemente enfermos pasaron a quedar en una suerte de limbo, al convertirse en inexpulsables-irregularizables. La victoria socialista en los comicios de 1997 supuso la aprobación de una legislación más favorable para este colectivo, que a partir de la *Loi Chevènement* de mayo de 1998 pudo acceder a un permiso de residencia por motivos humanitarios (Senovilla, 2001: 133). El extranjero enfermo debe obtener un informe médico que certifique que sufre una patología severa y que no existe alternativa terapéutica en su país de origen, procedimiento tras el cual recibe un permiso de permanencia en Francia por razones médicas que debe ser renovado periódicamente, y que no autoriza a trabajar<sup>400</sup>. Aunque no existe información disponible a

---

<sup>399</sup> Durante sus escasos meses de existencia esta plataforma presentó ante las autoridades francesas más de 400 expedientes de personas indocumentadas para las cuales la expulsión del país supondría irrevocablemente la muerte (Senovilla, 2001: 122).

<sup>400</sup> Para Fassin, este tipo de permisos reflejan una modificación en la lógica que legitimaría la presencia de dichos extranjeros en Francia, desde la funcionalidad de su capacidad de trabajo, hasta una ética humanitaria que primaría el tratamiento de la enfermedad sobre la política de cierre de fronteras; “*In a context where their productive bodies have become useless -even undesirable- because of the real or supposed competition in the workforce, it is*

nivel nacional acerca del número total de este tipo de permisos que han sido concedidos en los últimos años existe evidencia que indica que pueden llegar a representar el 10% de todos los permisos de residencia concedidos en Francia (Fassin, 2001: 4).

En el ámbito de las políticas específicas hacia los inmigrantes, desarrolladas por las administraciones públicas francesas, el papel del FAS resulta fundamental. Este organismo posee una aproximación extremadamente elaborada en relación a la diversidad que representan las poblaciones hacia las cuales va dirigida su acción, así como respecto a su modo de actuación respecto a dicha diversidad. En este sentido, el FAS actúa claramente como agente movilizador de la población beneficiaria de una serie de políticas que cabrían en la categoría anteriormente descrita como “sin público”. Así, su interés en promover la creación de organizaciones comunitarias entre los colectivos de origen inmigrante tiene por objetivo único facilitar el proceso de integración de estos grupos en la sociedad francesa a través del asociacionismo, como queda explicitado con claridad meridiana en los documentos internos de dicho organismo, “*C’est d’ailleurs à ce titre -mais à celui-là seulement- que l’établissement (el FAS) peut reconnaître la communauté comme un fait social à partir duquel des processus d’intégration peuvent se contruire*”. Esa política lleva a este organismo a reconocer la existencia de comunidades articuladas en el seno de los colectivos de origen inmigrante, así como a destacar el importante papel de las mismas en la vida de estas personas, pero al mismo tiempo niega el reconocimiento de dichas comunidades como mecanismos de agregación de intereses, mediadoras entre los individuos y el estado, “*Il n’est pas utile de reprendre la rituelle dénonciation du communautarisme, à laquelle le FAS souscrit volontiers: il s’agit là de constater que, sans valider la communauté comme une personne morale, ni accepter sa persistance comme corps social,*

---

*the suffering body that society is prepared to recognize. Far from evoking distrust or suspicion, illnesses or accidents seem to be the only source of legitimacy to which many undocumented immigrants can lay claim*” (Fassin, 2001: 5).

*elle existe de fait et constitue en elle-même un lieu de socialisation ou de solidarité. Il revient à l'établissement de capitaliser sur ce dynamisme social pour l'exploiter au profit à la fois de l'émancipation et de l'intégration de l'individu"* (FAS, 1999: 15).

Pese a todas estas matizaciones, y dentro de una de sus grandes líneas de actuación encaminada a facilitar el acceso de las poblaciones de origen extranjero a los servicios públicos normalizados, el FAS ha financiado tradicionalmente el desarrollo de esquemas especializados (con frecuencia establecidos por organizaciones del tercer sector) encargados de ayudar en el proceso de apertura efectiva de derechos a través de esquemas de acompañamiento social, traducción e interpretación lingüística y cultural, y que reflejan claramente una voluntad de avanzar en la dirección de alcanzar una provisión de servicios sociales más equitativa (Thayer, 1994: 290). Así, en el ámbito específico de la salud, el plan estratégico de este organismo para el bienio 2000-02 señala que *"Les services publics compétents doivent apporter le même service à tous, a fortiori depuis la loi sur la couverture maladie universelle du 27 juillet 1999. Dès lors, le concours du FAS n'est, en principe plus justifié. Toutefois son attention doit rester soutenue. Les actions de prévention, d'information, de sensibilisation, d'éducation et de formation des professionnels doivent contribuer à permettre la prise en compte d'éventuels éléments culturels en jeu dans le domaine de la santé, où bien-être et souffrance s'inscrivent dans un système de référence propre"* (FAS, 1999: 32).

Otro claro exponente de dicha apertura relativa hacia la toma en consideración de los colectivos de origen inmigrante como población con necesidades sanitarias específicas fue la inclusión de una sección sobre los extranjeros y los franceses de origen extranjero en el informe del HCSP de 1998 al que hicimos referencia anteriormente. Dicho texto señalaba la rareza de los estudios sobre desigualdad en salud en general, y la prácticamente total ausencia de datos y estudios sobre la salud de las poblaciones

de origen extranjero en particular<sup>401</sup> (HCSP, 1998: 272). Esta inexistencia de datos y de estudios específicos resulta relevante ya que, tal y como reconoce dicho informe, de ella se deriva “*une invisibilité de ce qu'elle est et, par-la même, sa non-prise en compte dans le débat et dans l'action publics*”.

La conclusión de dicho informe respecto a la situación sanitaria de los colectivos de origen inmigrante destacaba las condiciones materiales que sitúan a estas poblaciones entre los estratos más desfavorecidos de la sociedad francesa (lo cual contribuiría a explicar el gradiente sanitario que afectaría a estos grupos de un modo plenamente concordante con el ideario universalista republicano), pero al mismo tiempo apuntaba con claridad la existencia de condicionamientos específicos a estos colectivos que redundarían también de modo negativo en su estado de salud (rompiendo así en buena medida con la rigidez del modelo republicano de integración). Entre esas especificidades dicho informe señalaba los problemas derivados de la inseguridad administrativa en relación con su estatus jurídico; las prácticas discriminatorias sufridas en su interacción con la sociedad de acogida (particularmente con las administraciones públicas); y la inadecuación de los esquemas de provisión de servicios sanitarios (en especial en el ámbito de la prevención) para incorporar a dichas poblaciones a sus programas.

Las recomendaciones finales de dicho informe apuntaban la conveniencia de combatir frontalmente toda forma de discriminación, la necesidad de mejorar los sistemas de recogida de datos sanitarios relativos a estos colectivos y de desarrollar

---

<sup>401</sup> Fuertemente influenciada por el trabajo del profesor Didier Fassin (que formó parte del equipo que redactó dicho informe), señalaba que en buena medida relacionado con los argumentos filosófico-político-metodológicos a los que hice referencia anteriormente, la inexistencia de datos y estudios sobre el estado de salud de estos colectivos se debía a que “*tout simplement, cette réalité sociale n'intéresse guère les scientifiques concernés, au premier rang les épidémiologistes, mais aussi les démographes et les médecins, et que, même lorsqu'elle est étudiée par certains, elle demeure étonnamment mal identifiée*” (HCSP, 1998: 273).

programas específicos que respondan a las particularidades de dichos grupos en el seno de programas globales de lucha contra la precariedad<sup>402</sup>.

Tomando en consideración las recomendaciones del informe de 1998 sobre la discriminación y el racismo en la sociedad francesa elaborado por el HCI, el gobierno socialista creó a finales de 1999 el *Groupe d'Étude des Discriminations* (un año más tarde transformado en *Groupe d'Études et de Lutte contre les Discriminations -GELD-*) encargado de controlar y luchar contra las desviaciones efectivas respecto al discurso universalista de la filosofía republicana en todos los ámbitos (nacionalidad, género, discapacidad, etc). Paralelamente se crearon las *Comissions Départementales d'Accès à la Citoyenneté* (CODAC), una estructura directamente dependiente del Prefecto y encargada de encontrar soluciones concretas a los problemas de discriminación sufridos por las personas de origen inmigrante. De igual modo, a mediados de 2000 se puso en marcha la línea telefónica gratuita 114 encargada de recoger las denuncias por discriminación directamente de los ciudadanos<sup>403</sup>.

---

<sup>402</sup> Respecto a este último punto, dicho informe trataba de mantener un complejo equilibrio entre la insensibilidad de la aproximación republicana, y el riesgo de caer en el "culturalismo". Así señalaba que, "*l'oscillation entre l'affirmation d'un dogme universaliste ne se préoccupant pas des situations et des attentes particulières de ces catégories et le développement d'actions à fondement culturaliste les enfermant irrémédiablement dans une singularité décontextualisée et refusée par les intéressés eux-mêmes, a rendu impossible une véritable politique. Il faut, au contraire, simultanément afficher des objectifs et des principes communs à tous et prendre en compte les spécificités réelles, qui sont souvent d'ailleurs plus socio-économiques que strictement culturelles*" (HCSP, 1998: 337).

<sup>403</sup> Puesto en marcha de forma efectiva el 16 de mayo de 2000, dicha línea telefónica gratuita recibió en su primer año de funcionamiento más de 26.000 llamadas, cerca de 8.000 de las cuales se convirtieron en expedientes abiertos por los CODAC por casos de discriminación. Los ámbitos más frecuentes de denuncia eran los del empleo, la formación y la vida profesional, seguidos de las denuncias relacionadas con el alojamiento y la convivencia, y la relación con la fuerzas del orden (DPM, 2001: 2). No existe una explotación sistemática de las denuncias relacionadas con el ámbito sanitario.

La incorporación del tema de la discriminación a la agenda científica y política francesa, que comenzó en la segunda mitad de los 1990s con estudios realizados en el ámbito del empleo, la vivienda, el sistema educativo o el judicial, se expandió al ámbito específico de la sanidad en el año 2000 a través de la convocatoria por la DPM de un concurso para la elaboración de una investigación sobre este tema. El informe elaborado por el equipo de investigación que finalmente desarrolló dicho estudio justificaba el vacío de investigaciones existente en este terreno hasta esa fecha en base a la creencia de un *ethos* de las profesiones médicas, que habría bloqueado desde el mismo punto de partida la realización de estudios sobre esta cuestión; al tiempo que señalaba las marcadas desviaciones de las prácticas sanitarias respecto al discurso republicano y universalista que en teoría debía regir el funcionamiento del sistema sanitario francés. Entre dichas desviaciones este informe destacaba el reagrupamiento de los pacientes de origen inmigrante en las salas colectivas de los hospitales (mientras a los pacientes franceses se les asignaban habitaciones individuales), práctica justificada por el personal hospitalario en base a criterios culturales y de “preferencia” de dichos grupos; las limitaciones discriminatorias de los derechos de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público francés<sup>404</sup>; y las prácticas de filtro y negación de tratamiento por parte de los médicos liberales a los pacientes que poseen una cobertura sanitaria completa por sus escasos recursos económicos (CMU complementaria, y AME, como describimos con más detalle en el

---

<sup>404</sup> Como señalan los autores de dicho informe; “*Ainsi voit-on, en de nombreux endroits et en maintes circonstances, se multiplier les initiatives, souvent illégales, dans les administrations publiques et dans les services médicaux, visant à réduire les prérogatives de fait des étrangers: ici, une caisse primaire d’assurance maladie établit des critères d’accès à la CMU, voire à l’AME, en deçà de ce que prévoit la loi; là, un agent prend sur lui de déclarer à une personne qu’elle n’a droit à rien; là encore, un chirurgien décide de ne pas opérer un malade parce qu’il est à l’aide médicale. De ces tactiques locales, on a eu, tout au long de l’enquête, beaucoup d’illustrations*” (Carde, et al., 2002: 4).

Capítulo 3) la mayoría de ellos pertenecientes a grupos de origen inmigrante (Carde, et al., 2002).

Particular interés dentro de las desviaciones recogidas en dicho informe reviste el estudio de la actuación de buen número de médicos de atención primaria que plantean obstáculos a la atención de los colectivos con menos recursos, y en especial a las poblaciones más desfavorecidas de origen inmigrante. Tal y como vimos en el Capítulo 2 en relación a las posibles desviaciones en la actuación de los “*street-level bureaucrats*”, buen número de médicos de atención primaria aplican una multiplicidad de tácticas para desanimar a los potenciales pacientes considerados “indeseables” (retrasos injustificados en la concesión de hora para la consulta, atención al final del horario de atención tras hacer pasar a todos los demás paciente, trato ofensivo o degradante<sup>405</sup>), o directamente niegan la atención a los colectivos exonerados del adelanto del pago de los honorarios médicos (Carde, et al., 2002: 7). En la base de dichos comportamientos, ilegales al tiempo que abiertamente contrarios a la deontología profesional, se encuentra una estructura de incentivos directamente determinada por el modo en que es retribuida la actividad profesional de estos facultativos por los esquemas de aseguramiento sanitario.

Debido al énfasis puesto durante décadas en las cuestiones de acceso al sistema sanitario público para los excluidos del mismo, las “*consultations médicales précarité*” puestas en marcha en los hospitales constituían en cierta medida esquemas de “discriminación positiva”, ya que pretendían alcanzar una igualdad de derecho de acceso a través del desarrollo de esquemas

---

<sup>405</sup> Como destacan los autores de dicho informe, el trato denigrante y las prácticas discriminatorias aparecen con frecuencia en aquellos casos en que la atención sanitaria no es denegada; “*D’une manière générale, les acteurs concernés, agents administratifs, secrétaires, infirmiers, médecins, font payer aux étrangers, par des commentaires injurieux ou des allusions désagréables, ce qu’ils ne peuvent leur refuser par ailleurs. Ces propos, attestés par divers témoignages, comportent soit des mot injurieux ou des qualifications péjoratives, soit des commentaires suggérant que ce qui est accordé est déjà trop bien ou trop coûteux, soit enfin des invitations à partir*” (Carde, et al., 2002: 8).

específicos que facilitasen la apertura de derechos sanitarios para las poblaciones más desfavorecidas, buena parte de los cuales son inmigrantes en situación administrativa precaria. La condición que permitía el acceso a dichos esquemas compensadores era por supuesto la precariedad, no la nacionalidad o la pertenencia a un colectivo étnicamente diferenciado. Pese a esto, algunas consultas hospitalarias específicas sí que fueron puestas en marcha desde principios de los 1990s para atender específicamente a inmigrantes en situación administrativa precaria. Así, los hospitales Broussais, Bichat, Saint Louis, y Necker de París pusieron en marcha “*cellules accueil étrangers*” con objeto de proporcionar una respuesta adaptada a las demandas sanitarias de cierta importancia planteadas por extranjeros no adecuadamente cubiertos por los esquemas de protección social existentes (Ménoret-Calles, 1997: 85). Estos esquemas no carecían totalmente de una motivación económica<sup>406</sup>, ya que pretendían establecer mecanismos de concertación entre los profesionales sanitarios y la administración de los hospitales con objeto de evitar la perpetuación de prácticas de “hechos consumados”, o la ocultación de los tratamientos, a través de los cuales los médicos trataban a los pacientes indocumentados de espaldas a la administración de los centros sanitarios.

La *Direction Générale de la Santé* (DGS) encargada, entre otras misiones, de la supervisión y control de la salud pública afirmaba ya en la primera mitad de los 1990s que, “*afin de répondre aux exigences des nouvelles donnees en matière de Santé*

---

<sup>406</sup> A modo de ejemplo, Ménoret-Calles señala el caso del hospital Broussais, donde el establecimiento de una de estas “*cellule accueil étrangers*” permitió en 1992 el tratamiento hospitalario de 1.064 pacientes extranjeros, reduciendo en más del 50% el número de expedientes impagados a través de medidas de acompañamiento y apertura de derechos en aquellos casos en que esto era posible (Ménoret-Calles, 1997: 86). Una experiencia similar es señalada por Lamour al describir los resultados de la colaboración del Comede con el hospital Kremlin-Bicêtre, donde en 1989 este hospital pudo cobrar cerca de medio millón de francos (el 65% de las cantidades impagadas por extranjeros) a través del trabajo de acompañamiento desarrollado por esta ONG en la apertura de derechos de pacientes indocumentados (Lamour, 1994: 24).

*publique, l'accent a été placé sur certaines orientations (...) - définition de politiques de santé en direction des populations connaissant des problèmes de santé spécifiques ou des difficultés d'accès aux soins*" (Duriez y Sandier, 1994: 36). Para el desarrollo de dichas políticas, la DGS reclamaba el apoyo de las instituciones públicas dedicadas al ámbito sanitario a nivel regional (las *Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales* – DRASS-, así como los *Observatoires Régionaux de la Santé* – ORS-), departamental (las *Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales* –DDASS-), y local (los propios centros sanitarios, centros de PMI, etc.).

Esta diversidad de actores implicados (simultáneamente) en el ámbito sanitario conllevaba una multiplicidad de prácticas diferenciadas en el ámbito concreto de la adaptación a la diversidad cultural<sup>407</sup> que llevaba a algunos autores a afirmar que, "*chacun travaille avec sa logique, son public, ses crédits*", a consecuencia de lo cual "*On ne sait plus qui est qui, qui fait quoi*" (Ménoret-Calles, 1997: 62). Efectivamente, el panorama de prácticas específicas hacia los inmigrantes en el ámbito sanitario aparecía extremadamente fragmentado y sin ninguna cobertura oficial global, guiado fundamentalmente por la iniciativa (a nivel más o menos micro) de los profesionales socio-sanitarios encargados de atender a dichas poblaciones en los centros sanitarios.

Las diferentes investigaciones, de orden cualitativo y generalmente realizadas a nivel de centro sanitario, mostraban la diversidad de dichas prácticas. Así, en base a una investigación realizada en diversos hospitales de París, Kotobi señalaba como la atención sanitaria dispensada a las personas de origen inmigrante (categorizadas por su nacionalidad, color de piel, idioma, etc) se veía sustancialmente afectada por la percepción de la especificidad

---

<sup>407</sup> Así, algunos autores afirmaban que, "*le double jeu de la déconcentration des services de l'État et de la décentralisation de l'aide sociale, joint aux configurations socio-politiques locales et aux initiatives individuelles prises dans telle administration ou tel hôpital, conduit à une réelle diversité des pratiques d'un lieu à l'autre*" (Fassin et al., 2000: 3).

de estos pacientes por parte de los profesionales sanitarios<sup>408</sup> (Kotobi, 2000: 62). Así, a principios de los 1990s existían experiencias como los cursos en “interculturalidad” encargados a empresas externas con objeto de formar al personal hospitalario para, “*mieux comprendre l'intérêt et les enjeux de l'approche culturelle, se sensibiliser à la multiplicité des appartenances, identifier les différentes composantes culturelles (temps, espace, individu, corps, relations inter-personnelles et sociales), cerner les dimensions religieuses, philosophiques et leurs implications, bref mieux communiquer*” (Belet, 1992: 16). Del mismo modo, los hospitales más frecuentados por poblaciones de origen inmigrante establecieron lugares adaptados al culto de las religiones más importantes (obviamente la musulmana), al tiempo que ofrecían la posibilidad de elegir menús adaptados a los requerimientos nutricionales de las distintas confesiones religiosas (Thayer, 1994: 294).

Pese a todo esto, los límites de dichas aproximaciones interculturalistas aparecían siempre muy marcados, pues como señalaba la propia encargada de desarrollar dichos seminarios en el ámbito sanitario, “*Il faut, cependant, se méfier d'une approche culturelle systématique*”.

El tema de la dificultad de comunicación entre facultativos y enfermos con escaso dominio de la lengua francesa ha supuesto un área específica en la que las prácticas de los centros sanitarios (aunque de modo imperfecto), han tratado de adaptar sus procedimientos, dejando espacio a un tratamiento más flexible de la diversidad. Así, ante las protestas de las organizaciones dedicadas a la defensa de los intereses de los inmigrantes, preocupadas por los problemas lingüísticos encontrados por los pacientes extranjeros para la utilización del sistema sanitario, y dadas las limitaciones de los sistemas voluntarios e informales que dependen de las redes familiares o sociales del propio inmigrante

---

<sup>408</sup> Como señala esta autora, “*si durant plusieurs décennies, le discours biomédical moderne tendait à réduire le patient à un cas standart -le malade-, celui-ci, lorsqu'il est migrant, est aujourd'hui le plus souvent perçu comme affichant des particularités*”.

(especialmente a la hora de tratar temas especialmente sensibles – sexualidad, enfermedades graves, etc.-), los centros sanitarios más implicados en el tratamiento de inmigrantes han desarrollado estrategias de adaptación de sus prácticas comunicativas, tales como la publicación de folletos con información sanitaria y procedimental básica en distintos idiomas, o la utilización de servicios de interpretación (ODSE, 2001: 12). Así, desde 1962 viene funcionando una organización sin ánimo de lucro dedicada a la provisión de servicios de interpretación lingüística<sup>409</sup> que ha trabajado extensivamente con las administraciones públicas en general (policía, sistema judicial, servicios sociales), y con las instituciones sanitarias en particular, en la tarea de reducir las dificultades de comunicación con los extranjeros que no dominan la lengua francesa. Un 15% de los servicios de interpretación presencial proporcionados por esta organización a las administraciones francesas en 2000 fue destinado a centros sanitarios, y las consultas telefónicas por parte de estos centros muestran una clara tendencia ascendente.

Desde 1962 funciona también el Centro Française Minkowska para el tratamiento de enfermedades mentales entre inmigrantes y refugiados políticos. Este centro, financiado por la *Direction de l'Action Sanitaire et Sociale* (DASS), y estructurado en secciones correspondientes a los principales grupos culturales presentes en Francia, proporciona tratamiento psicológico a estas personas en su propio idioma. Igualmente en 1995 se funda el centro Primo Levi a partir de una escisión del Centro Minkowska, especializado en el tratamiento de personas (fundamentalmente refugiados y

---

<sup>409</sup> Con más de 200 empleados y cerca de 80 lenguas, en el año 2000 esta organización realizó 15.000 servicios de interpretación lingüística a través del teléfono (en claro aumento desde las 6.300 en 1997, y las 10.200 de 1998); y cerca de 30.000 intervenciones presenciales por desplazamiento de intérprete (ISM, 2000: 19). Además de estos servicios, ISM obtuvo en 1999 un contrato con el FAS para la creación de un esquema de información telefónica en cuestiones de derechos de los inmigrantes. “Info Migrants” recibió en 2000 algo más de 11.000 llamadas, 7% de ellas solicitando información acerca de derechos sociales de los extranjeros, incluyendo la cobertura sanitaria.

solicitantes de refugio), que hayan sido víctimas de la tortura en sus países de origen. Este centro, que proporciona atención sanitaria general, y fundamentalmente psicológica, realiza también tareas de acompañamiento social con el fin de ayudar a estas personas a tramitar sus permisos de residencia, solicitudes de refugio, así como a acceder plenamente a sus derechos civiles y sociales. Financiado fundamentalmente a través de subvenciones de la ONU, la UE, la DPM, y el FAS; en 2000 este centro realizó más de 4.000 consultas con más de 350 pacientes fundamentalmente de origen africano y asiático (Association Primo Levi, 2000: 6).

En este mismo ámbito de la salud mental, y de un modo ciertamente paradójico han surgido en Francia una serie de corrientes que propugnan la necesidad de contextualizar los problemas de salud que afectan al inmigrante en el marco de los sistemas simbólicos de representación, clasificación y gestión de la enfermedad propios de su cultura de origen<sup>410</sup> (Rechtman, 2000: 48). De este modo habrían aparecido en distintas ciudades francesas, fundamentalmente en zonas donde existe una alta concentración de inmigrantes (Bordeaux, la periferia de París, etc.), asociaciones de medicina psiquiátrica transcultural vinculadas a hospitales públicos constituidas por médicos de dichos hospitales, y financiadas de modo directo o indirecto por distintas administraciones públicas nacionales, regionales y locales. Esta red tendría su nodo central en el *Centre Deveraux* de la Universidad París VIII, y desde allí se habría extendido hasta otros lugares siguiendo los vínculos personales y profesionales de T. Nathan, el propulsor de la aproximación ethno-psiquiátrica en Francia<sup>411</sup>. Estos centros tratan desordenes psicológicos y

---

<sup>410</sup> Esto según Fassin no resulta al fin y al cabo tan extraño, ya que “*French public policy has for a long time maintained an ambiguity on the subject of immigrant/immigrant-origin populations, promoting, on the one hand, a rhetoric of equality and universalism, on the other hand, special modes of treatment for these populations’ problems, such as housing or health*” (Fassin, 2001: 7).

<sup>411</sup> Entre las instituciones que han apoyado el funcionamiento del *Centre Deveraux*, o que han solicitado sus servicios profesionales, figuran un gran

conductas desviadas a petición de los servicios sanitarios, sociales o judiciales estatales en pacientes de origen inmigrante en los cuales el componente étnico o cultural es considerado un obstáculo para su tratamiento por los circuitos normalizados de los servicios públicos<sup>412</sup>.

La aproximación ethno-psiquiátrica propugnada por Nathan, y aplicada por la red de centros y asociaciones que siguen dicha corriente teórica, consiste básicamente en un rechazo de la universalidad del conocimiento psiquiátrico occidental, y en la creencia en la existencia de una vinculación indisociable entre la psique del individuo y su cultura de origen. La aplicación de este enfoque para hacer frente a los desórdenes psíquicos de los inmigrantes implica la utilización de los marcos cognitivos propios de su cultura originaria a través de la intervención de chamanes, sanadores, o curanderos. Éstos, en combinación con el ethno-psiquiatra, lograrían reducir las tensiones provocadas en la mayoría de las ocasiones por la marcada disonancias existentes entre los marcos simbólicos y normativos de su cultura de origen y los de la sociedad francesa de acogida.

Como no es de extrañar, el relativismo cultural extremo de estos enfoques ha sido duramente criticado por aquellos que, fieles al ideario republicano, opinan que todo ciudadano ha de ser

---

número de agencias e instituciones públicas como el *Conseil Général de Seine-Saint Denis*, el FAS, la DPM, la DDASS de Seine-Saint Denis, los tribunales de menores de la región de Ile de France, o el *Ministère de la Ville*. Así, durante los años 1996 y 1997 realizaron 576 y 647 intervenciones respectivamente, en torno a un 4% de ellas para instituciones judiciales (Fassin, 1999: 156).

<sup>412</sup> El razonamiento básico propugnado por la aproximación ethno-psiquiátrica, y que resulta convincente para los profesionales de los distintos servicios públicos, es resumido magistralmente por Fassin, "*la société française est devenue multiculturelle; les immigrés et leurs descendants souffrent de troubles mentaux ou, tout simplement, présentent des écarts de comportement, liés à leur culture d'origine; or, les institutions de médecine et de psychiatrie ne savent pas faire face à ces nouvelles pathologies, tout comme les institutions sociales et juridiques se révèlent désarmées devant ces déviances insolites; c'est en fait à travers une pratique radicalement différente et culturellement instruite que ces patients peuvent être compris et guéris ou jubés; seule l'ethnopsychiatrie est en mesure de proposer cette pratique et de la théoriser*" (Fassin, 1999: 147).

tratado de igual modo por las instituciones del estado francés, y que circunscriben los determinantes de la salud de los inmigrantes a cuestiones estrictamente materiales y sociales<sup>413</sup> (alojamiento, empleo, renta, etc.). Para los críticos de esos esquemas específicos, la idealización o naturalización de la cultura que se deriva de los mismos presenta una imagen estática de las identidades culturales (Douville y Natahi, 1998); legitima la creación de una sociedad segregada en base a esencialismos étnicos<sup>414</sup> y culturales<sup>415</sup>; y termina constituyendo una coartada para los propios servicios públicos que evitan así modificar sus pautas de funcionamiento para incorporar las necesidades específicas derivadas de la experiencia migratoria<sup>416</sup> (un debate que también se produjo en el

---

<sup>413</sup> Desde estas posiciones se acusa a la corriente ethno-psiquiática de utilizar la categoría de cultura como una variable omni-compresiva de tal modo que, *“La culture africaine d’origine devient une ‘valise’ où peuvent se ranger toutes les incompréhensions des institutions sociomédicales, voire judiciaires”* (Bonnet, 2000: 26).

<sup>414</sup> Como señala Crenn en relación con la aparición de una asociación de medicina transcultural en un hospital público de Bordeaux, *“En France, la sphère politique affiche, au nom du système républicain, une ignorance des faits ethniques. Pourtant, l’ethnisation des rapports sociaux au quotidien a fini par investir les institutions publiques, même si elles sont censées rester indifférentes à l’origine. Ainsi, le phénomène d’ethnisation n’épargne pas les exécutants en charge des politiques publiques”* (Crenn, 2000: 45).

<sup>415</sup> En su posición radical acerca de la “necesidad” de preservar la integridad de los marcos cognitivos de referencia de las poblaciones de origen inmigrante Nathan ha defendido las prácticas culturales más difícilmente asumibles por la sociedad de acogida (poligamia, mutilación sexual femenina), y ha llegado a propugnar la separación física de los inmigrantes de la población francesa, *“les institutions françaises doivent favoriser les ghettos afin de ne jamais contraindre une famille à abandonner son système culturel”* (Nathan, 1994: 216). El mestizaje aparece como el mayor peligro (siendo el origen de los desórdenes psíquicos que la ethnopsiquiatría ha de resolver), e instituciones públicas como el sistema educativo y el sanitario son conceptualizadas como *“machines d’abrasion des systèmes culturels (...) car ce sont les deux lieux institutionnels où l’on perçoit le migrant comme un humain universel et non comme un être de culture”*.

<sup>416</sup> Como señala Fassin, *“l’ethnopsychiatrie (...) n’a le succès qu’on le connaît que parce qu’elle s’est implantée sur un terrain favorable, délaissé par les pouvoirs publics, négligé par les institutions sanitaires et sociales, les uns et*

seno de las organizaciones voluntarias británicas implicadas en la provisión de servicios sanitarios “culturalmente adaptados”, como ya vimos en la sección anterior.

El modelo de incorporación asimilacionista que ha caracterizado a la filosofía republicana ha determinado la omnipresencia de un discurso de la universalidad que ha tenido una gran importancia en el ámbito de la sanidad en Francia (más allá de la abierta inconsistencia derivada de la existencia de un sistema de aseguramiento sanitario que dejaba huecos de cobertura entre amplios segmentos de la población francesa). De la pervivencia de dicho modelo de incorporación se han derivado las grandes limitaciones a la generación de información desagregada relativa a las poblaciones de origen inmigrante asentadas en Francia, algo que contrasta fuertemente con la actitud británica hacia este tema.

La focalización de la atención de la opinión pública francesa en el tema de los huecos en la cobertura sanitaria (con la idea de que la universalización del acceso al sistema sanitario constituía la clave para la desaparición de las desigualdades en el nivel de salud), ha sido apuntada entre otra serie de hipótesis, como factor explicativo de la ausencia de interés por análisis más sofisticados acerca de la naturaleza de las desigualdades en salud existentes en el seno de la sociedad francesa. Dicha falta de interés en las desigualdades implicó un menor énfasis en las políticas de equidad, por definición encargadas de re-equilibrar los déficit de justicia en la distribución de salud en una sociedad.

Pese a la existencia de un discurso frontalmente opuesto al reconocimiento de la diversidad interna de la sociedad francesa (y por tanto al desarrollo de medidas de tratamiento diferenciado), y al escaso desarrollo de políticas diseñadas con el objetivo explícito

---

*les autres se satisfaisant à bon compte de la seule réponse à peu près cohérente qui soit disponible. Cette réponse repose sur une reconnaissance de différences qui sont évidentes pour tout praticien confronté à des personnes culturellement éloignées, mais auxquelles les dispositifs existants n'accordent guère d'attention ou dont, s'ils veulent s'en préoccuper, ils ne savent que faire"*(Fassin, 1999: 167).

de incrementar la equidad en la provisión de servicios sanitarios en Francia, en esta sección hemos repasado una relativamente amplia variedad de programas desarrollados en los últimos años con objeto de proporcionar una atención sanitaria considerada más adaptada a las necesidades de las poblaciones de origen inmigrante. En buena medida, dichas iniciativas se han derivado de la incipiente incorporación en la agenda política del tema de inadecuación de las estructuras sanitarios oficiales para afrontar las demandas procedentes de dichos colectivos, así como de la existencia de discriminaciones motivadas por razones religiosas, culturales o étnicas en la sociedad francesa. Estas medidas implican un relativo abandono de la ingenuidad/hipocresía respecto al tema de la diversidad interna de la sociedad francesa de la que había hecho gala la filosofía republicana de integración, y por ende el sistema sanitario público francés, hasta fechas muy recientes<sup>417</sup>.

Como vimos anteriormente, a finales de los 1990s las autoridades francesas establecieron una agencia pública encargada de luchar contra toda forma de discriminación (por razón de género, religión, etnicidad, tendencia sexual, discapacidad, etc) en el seno de la sociedad francesa. Entre los actores implicados en la defensa de los colectivos de origen inmigrante se ha apuntado la conveniencia de que dicha agencia se transforme en un organismo independiente de la administración pública, siguiendo el modelo de la CRE británica (justo en el momento en que las autoridades británicas se plantean transformar esta agencia especializada, en un organismo encargado de luchar contra todas las formas de discriminación). De este modo, siguiendo en buena medida un

---

<sup>417</sup> Los precedentes de medidas de tratamiento sanitario diferencial en Francia remitían al denostado período colonial de entreguerras, cuando se desarrollaron algunos experimentos de atención sanitaria segregada para los trabajadores procedentes de las colonias y residentes en la metrópoli. Uno de los ejemplos más importantes de estas medidas (y que de hecho ha seguido manteniendo parte de su carácter diferenciado hasta nuestros días), es el hospital Avicenne en el Nordeste de París, construido como hospital franco-musulmán, y que aún hoy atiende a una población de origen mayoritariamente árabe.

proceso de aprendizaje mutuo, y si dichos proyectos de reforma prosperasen, los modelos propuestos para acometer la lucha contra las discriminaciones en ambos países apuntarían hacia un modelo común caracterizado por su carácter multidimensional, y su independencia respecto a las administraciones públicas.

### 4.3. España

*“La práctica universalización de la cobertura sanitaria pública ha reducido las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios públicos. La universalización de la atención sanitaria, sin embargo, no garantiza la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios o la realización de prácticas preventivas”*

Benach, 2002: 5.

Como vimos en Capítulos anteriores, la llegada de inmigrantes al estado español constituye un fenómeno tan reciente que no ha permitido la articulación de una política de incorporación de dichos colectivos a la sociedad española; y menos aún construir un *“policy paradigm”* que confiera sentido al proceso de gestión de la diversidad interna derivada del asentamiento de poblaciones étnicamente diferenciadas.

Ciertamente, el asentamiento de estas poblaciones ha influido sobre las políticas sanitarias españolas, pero hasta la fecha dicha influencia se ha centrado fundamentalmente en el ámbito de la igualdad estudiado en el Capítulo 3. Las consideraciones acerca del tema de la equidad sanitaria en relación con estos grupos de nuevos habitantes han quedado relegadas al ámbito estrictamente local, donde algunas autoridades sanitarias, investigadores, y organizaciones del tercer sector, han desarrollado estudios e iniciativas en torno al impacto de la actuación del sistema sanitario público sobre la salud de los colectivos de origen inmigrante.

Dicha falta de interés por los aspectos relacionados con la equidad en la provisión de servicios sanitarios a las poblaciones de origen inmigrante es también explicada, al menos parcialmente, por la ausencia de una reflexión general sobre la dimensión de la equidad en el ámbito sanitario español; indiferencia explicada en buena medida por factores de orden estructural relacionados con las herencias institucionales del antiguo sistema de aseguramiento sanitario, y con la difusa distribución de responsabilidades derivada de la descentralización asimétrica del sistema sanitario público.

De modo similar a lo que vimos en la sección anterior para el caso francés, el tema de la equidad en la provisión de servicios sanitarios tan solo comenzó a emerger de modo incipiente en la arena pública española cuando se alcanzó la práctica universalización del acceso al sistema sanitario público. En este caso sin embargo, la ruptura de la lógica de seguridad social (con su dinámica propia de acumulación progresiva de esquemas de aseguramiento), y el cambio de paradigma hacia un modelo de sistema nacional de salud en la línea del NHS británico, supuso una modificación radical de los planteamientos acerca de la igualdad y la equidad en la política sanitaria, transformación que aún no ha sido totalmente dilucidada.

Las consideraciones relativas a la equidad siguieron estando en cualquier caso fuertemente determinadas por la estructura institucional sobre la que se articuló el nuevo SNS, caracterizada por un marcado carácter descentralizado; una relativa indefinición del papel de las autoridades sanitarias nacionales en la coordinación y gestión del conjunto del sistema; y una pluralidad de modelos organizativos en los SRS que han convertido al SNS en un auténtico laboratorio de experimentación institucional articulado de un modo relativamente laxo<sup>418</sup>. Las consecuencias principales de este orden de cosas han sido una escasa atención prestada a la cuestión de las desigualdades en salud entre distintos estratos socio-económicos (algo que debe ser explicado sin duda con la contribución de otras variables socio-políticas adicionales), y una creciente inquietud acerca de las desigualdades territoriales en salud, y particularmente acerca del impacto de la descentralización sanitaria sobre dichas desigualdades.

En esta sección repasaremos la evidencia empírica generada en torno a la existencia de desigualdades en salud en el estado español, lo cual nos servirá para contextualizar la evolución del concepto de equidad en el sistema sanitario público en España,

---

<sup>418</sup> Citando a Freire, “dentro del SNS conviven organizativamente, a modo de estratos arqueológicos, lo viejo con lo novísimo y, a falta de un claro liderazgo central, cada CCAA con competencias de Insalud ha ido definiendo su propia vía de cambio...” (Freire, en Garde, 1999: 453).

para después vincular el “*policy paradigm*” para el tratamiento de la diversidad interna derivada del asentamiento de colectivos de origen inmigrante en la sociedad española (o más bien, la inexistencia de tal modelo), con el desarrollo de políticas específicas encaminadas a atender las necesidades sanitarias diferenciadas de los colectivos étnicamente minoritarios en busca de una atención sanitaria más equitativa.

#### 4.3.1. *Desigualdad y equidad en el sistema sanitario público español*

Previamente a la promulgación de la LGS en 1986 el tema de las desigualdades en salud era absolutamente desconocido en el ámbito de la reflexión sanitaria en España. En un contexto marcado por la exclusión de amplios sectores de la población española de la cobertura del sistema sanitario público normalizada, y de modo similar a lo observado en el caso francés, el grueso de la atención social y política hacia el sistema sanitario se volcaba en la cuestión del acceso a las prestaciones del sistema sanitario público. Desde el momento en que se alcanzó la práctica universalización formal del acceso al recién creado SNS<sup>419</sup>, el concepto de equidad en el ámbito de la política sanitaria en España pasó a estar centrado fundamentalmente en los aspectos financieros e interterritoriales<sup>420</sup>, sin prestar excesiva atención a la

---

<sup>419</sup> Como apunta Elola, “Los miembros del Consejo Interterritorial del SNS interpretan preferentemente el concepto de equidad como igualdad de acceso (acceso a igual servicio para igual necesidad); para hacer posible el logro de este objetivo, es preciso alcanzar la equidad en la distribución de recursos (igualdad de recursos para igual necesidad) y la equidad financiera (distribución equitativa de la financiación, dentro del territorio –entre CCAA, por ejemplo–)” (Elola, 1994: 54).

<sup>420</sup> Como señala Freire, la agenda política sanitaria en la España democrática ha estado tradicionalmente centrada en aspectos concretos de la financiación del SNS, dejando de lado otros aspectos extremadamente importantes como los problemas de organización de dicho sistema, y por supuesto las consideraciones respecto a la equidad de sus actuaciones (Freire, en Garde, 1999: 459). Así, el

existencia de desigualdades en salud entre distintos grupos sociales, ni por supuesto a la necesidad de desarrollar políticas concretas dirigidas a reducir dichas desigualdades. La escasez de información estadística sobre aspectos socio-sanitarios en España constituye así a la vez causa y consecuencia de dicha falta de atención por el fenómeno de las desigualdades en salud.

En 1993 el Ministerio de Sanidad, en buena medida influido por la polvareda levantada en el RU por la publicación del *Black Report*, nombró una Comisión Científica encargada de estudiar la existencia de desigualdades sociales en salud en España. Dicha Comisión publicó en 1996 los resultados de su trabajo basado en el estudio de las encuestas nacionales de salud de los años 1987 y 1993. El análisis de los indicadores de morbilidad en base a variables de índole socio-económica reflejó la existencia de un marcado gradiente de salud entre los distintos estratos sociales de la sociedad española (Navarro y Benach, 1996: 504; Navarro, en Cainés, et al., 1997: 31).

Desde 1995, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), a través de la publicación de sus informes periódicos en los que se hace eco de los estudios e investigaciones que se elaboran en España en torno al tema de las desigualdades sociales en salud, asumió el papel de principal actor movilizador en los intentos por introducir este tema en la agenda política y sanitaria española. Así, en su informe del año 1998 publicaba un estudio relativo a las desigualdades de mortalidad en áreas pequeñas del estado español en el cual se demostraba la existencia de un marcado gradiente geográfico nordeste-sudoeste

---

documento elaborado en 1997 por la Subcomisión para la Consolidación y Modernización del SNS del Congreso, tras 18 meses de discusión parlamentaria acerca de las líneas de actuación respecto al SNS (y en el que se plasma la voluntad política del PP en el poder de mostrar un talante dialogante en el ámbito sanitario dada su relativa debilidad parlamentaria –necesitada de los apoyos de los partidos nacionalistas–), hace referencia al término de equidad en ámbitos muy concretos, y relativamente restrictivos en cuanto a su alcance: la financiación del sistema (a través de los impuestos generales del estado), la asignación de recursos inter- e intra-territorialmente, y el control de los tiempos de espera para recibir atención sanitaria (Echaniz, en Garde, 1999: 408).

(afectando de modo particularmente negativo a algunas zonas de Andalucía); relacionando directamente indicadores de privación material relativa con indicadores de desigualdades en mortalidad y en esperanza de vida al nacer (Benach, Borrell, y Chamizo, en SESPAS 1998: 175). Dichas diferencias podían llegar a ser de hasta 6 años en el caso de los varones, lo cual implicaría la muerte de hasta 35.000 personas “de más” cada año al verse privadas de la posibilidad de desarrollar plenamente su pleno potencial de salud (Benach, 2002: 3).

La replicación de análisis ecológicos de las desigualdades en salud a nivel más agregado, utilizando las CCAA como unidades de análisis, reprodujo dicho eje territorial de desigualdad, aunque las diferencias en la esperanza de vida al nacer aparecían de un modo bastante más taimado, permitiendo percibir incluso una ligera disminución en dichas desigualdades a través de un análisis diacrónico de dichos datos. Así, la evolución de la esperanza de vida al nacer desde 1980 a 1995 mostró una disminución en las diferencias entre CCAA, pasando de 2,64 años (74,24 en Andalucía frente a 76,88 en Cataluña), a 2,40 años (en este caso 76,9 en Andalucía, frente a 79,3 en Castilla y León) (Abad y Carreter, en SESPAS, 2002: 11). De acuerdo con la orientación general de las conclusiones de ese estudio, las tasas de discapacidad severa, y de morbilidad auto-percibida, mostrarían también una distribución muy similar a la anterior, al tiempo que las tasas de frecuentación hospitalaria presentarían un gradiente inverso (con menores tasas de frecuentación en el Sur y Oeste de la península, y mayores tasas en el Noreste).

Como muestra la tesis doctoral de Urbanos, basada en la explotación de la encuesta nacional de salud de los años 1987, 93 y 95, las clases sociales más desfavorecidas tendrían un peor estado de salud que las clases más acomodadas, estructurándose dicha desigualdad en forma de gradiente. Así, mientras el 27% de la población más acomodada (estandarizada por edad y sexo) declaraba en 1995 un nivel de salud deficiente (salud regular, mala, o muy mala), dicho porcentaje se elevaba al 40% entre el

grupo de los más desfavorecidos económicamente<sup>421</sup>. De igual modo, una serie de dolencias como los trastornos respiratorios, la hipertensión arterial, la diabetes, o las enfermedades crónicas presentarían una incidencia considerablemente superior en las encuestas de morbilidad realizadas a personas pertenecientes a las clases sociales más bajas<sup>422</sup>.

Dichas desigualdades se trasladan al ámbito de la utilización de los servicios sanitarios, en parte vinculado a la existencia de copagos o a la exclusión de determinados servicios del catálogo de prestaciones del SNS (como es el caso con la atención odontológica, o los complementos oftalmológicos), o bien a través de un acceso diferenciado a la atención sanitaria en función del nivel educativo de los potenciales pacientes (menor acceso a los servicios preventivos<sup>423</sup>, mayor tiempo de espera para acceder a atención especializada<sup>424</sup>, y mayor recurso a las urgencias) (Lostao, en Regidor, et al., 2002; Palanca, 2002: 5).

---

<sup>421</sup> Como señalan Benach y Urbanos, “A partir de la estimación de una función de producción salud del período 1987-1995, se calcula que la población inactiva registra una probabilidad entre un 3% y un 7% superior de declarar una salud deficiente en comparación con el resto de población. Por el contrario, los individuos con mayor nivel educativo registran una probabilidad entre un 11% y un 15% inferior de valorar negativamente su salud en comparación con aquellos sin estudios” (Benach y Urbanos, 2000: 2).

<sup>422</sup> La prevalencia de diabetes (estandarizada por edad) resultaba 2,5 veces superior entre las mujeres de clase social más baja en relación a los grupos más acomodados en 1993. En 1987, la baja laboral por enfermedad o accidente era 4,5 veces superior entre las personas sin estudios que entre los universitarios; y un año antes, otro estudio mostraba que la proporción de personas con deficiencias físicas era siete veces superior entre la población analfabeta que entre aquellas con estudios superiores (Regidor et al., 1994).

<sup>423</sup> Así, un 20% de la población más acomodada acude regularmente al dentista, frente al 13% de las personas con menos recursos. De modo similar, las mujeres con mayor nivel educativo consultan 2,5 veces más al ginecólogo que aquellas con menor formación (Urbanos, 1999).

<sup>424</sup> Estudios basados en la encuesta nacional de salud de 1993 muestran que la media del tiempo de espera para ingreso hospitalario varía de los 18,8 días para las personas con educación superior, a los 83,5 días para las personas con un nivel educativo más bajo (Benach y Urbanos, 2000: 3).

Además, y pese a haberse producido una mejora de los principales indicadores de salud (paralela al aumento de su nivel socio-económico) en la población española en su conjunto; dicho aumento no se habría distribuido equitativamente, sino en función del nivel de renta de las personas, por lo que en realidad habría contribuido a aumentar las desigualdades en salud en el seno de la sociedad española (Gutiérrez-Fisac, en Regidor, et al., 2002; Benach y Urbanos, 2000: 2). Esta evolución reflejaría un proceso de incremento de las desigualdades en el seno de las sociedades más desarrolladas que se encontraría en la base de tendencias similares detectadas a nivel internacional.

En esta misma línea abundan también diversos trabajos publicados recientemente, y en los que se estudia a través de métodos de análisis multivariante la relación entre diversas variables sociodemográficas, y las desigualdades en salud en España. El primero de ellos destaca la existencia de una significativa correlación bilateral entre la esperanza de vida y una serie de variables como la distribución de la renta, el capital social, o el desarrollo del Estado de Bienestar; así como una correlación particularmente alta entre los indicadores de desempleo y la mayoría de los indicadores de salud (Rico, Ramos, y Borrell, 2001: 3). Aplicando un modelo de tipo logit, la distribución de la renta, controlada por un indicador de pobreza y por la calidad del Estado de Bienestar, mostraría una clara y persistente influencia sobre la salud<sup>425</sup>. En la misma línea, la explotación de la encuesta nacional de salud de 1995 elaborada por Díaz muestra cómo la relación entre las variables clase (controlando por las variables educación, edad, estado civil, hábitos de vida y salud objetiva) y salud, estarían fuertemente interrelacionadas, apareciendo una marcada desigualdad que afectaría negativamente a los grupos más desfavorecidos (Díaz, 2002: 140).

---

<sup>425</sup> Dicho modelo, elaborado a partir de la agregación de observaciones correspondientes a varios años en un “falso panel” con objeto de ampliar el número de casos, muestra una clara influencia de las variables desigualdad de renta, pobreza, y número de habitantes por médico de atención primaria, sobre la esperanza de vida, y la tasa estandarizada de mortalidad.

Pese a la publicación de esta serie de estudios e informes, resultado del trabajo de un pequeño número de investigadores interesados en el tema de las desigualdades en salud, hoy en día continúan sin existir programas de investigación a nivel estatal que documenten de forma sistemática y continuada la evolución de las desigualdades en salud en el estado español. Más allá de la inexistencia de voluntad política para desarrollar dichas líneas de investigación, el propio equilibrio institucional sobre el que se apoya el sistema sanitario público en España dificulta considerablemente la creación de un sistema homogéneo de generación de información sanitaria, aspecto básico y esencial para evaluar las políticas sanitarias públicas en general, y su dimensión equitativa en particular.

Como señalábamos anteriormente, la atención prestada al concepto de equidad en salud con anterioridad a la creación del SNS fue prácticamente nula. El sistema sanitario de la SS tenía hasta ese momento por misión asegurar a los trabajadores y sus familias, y la beneficencia cubría las necesidades sanitarias básicas de los colectivos más desfavorecidos. En ese contexto, la reivindicación principal de los actores implicados en el ámbito sanitario preocupados por la desigualdades en salud era la creación de un sistema sanitario público de cobertura universal, es decir, la elaboración de una política sanitaria de igualdad de acceso como analizamos en el Capítulo anterior.

La aprobación de la LGS en 1986 implicó el establecimiento de un mandato legal por el que las autoridades sanitarias españolas se vieron compelidas a garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos. El artículo 3.3 de dicha Ley establecía también que la política de salud debía estar orientada a la superación de los desequilibrios sanitarios territoriales y sociales. Esta formulación de los objetivos a alcanzar por el SNS establecía de un modo bastante claro las pautas de actuación en relación a la dimensión de la igualdad (el establecimiento de un modelo sanitario universalista basado en los principios de solidaridad y no discriminación); pero permitía un margen mucho

más amplio para la interpretación del criterio de equidad, por lo que éste fue aplicado de un modo relativamente más laxo<sup>426</sup>.

Pese a las declaraciones normativas contenidas en la regulación, relativas a la reducción de las desigualdades sanitarias, las propias estructuras y equilibrios institucionales heredados del sistema sanitario de la SS limitaron considerablemente la capacidad de actuación del nuevo sistema en la dimensión concreta de la equidad en la provisión de servicios sanitarios (Freire, en Simposio Argentina, 1993: 133). Así, la pervivencia de regímenes especiales de aseguramiento sanitario para diversos colectivos sociales y profesionales (Iglesia, Asociación de la Prensa, etc); mutualidades específicas para empleados de las administraciones públicas<sup>427</sup>; y “empresas colaboradoras” (entidades bancarias, empresas eléctricas, entes públicos)<sup>428</sup> que

---

<sup>426</sup> La LGS no explicita claramente el modo en que se han de conceptualizar las desigualdades (en términos de asignación financiera, de equipamientos sanitarios, de uso de los equipamientos sanitarios, de nivel de salud, etc), por lo que la aplicación del criterio de equidad termina estando basada en aspectos estrictamente procedimentales, directamente vinculados al “acceso a los servicios sanitarios públicos para todos los ciudadanos” (Nieto et al., en Simposio Argentina, 1993: 144).

<sup>427</sup> Pese a que la LGS explicitaba la obligación de subsumir los regímenes especiales de los distintos ámbitos de la administración pública en el Régimen General de la SS, con objeto de incluir a sus beneficiarios en el SNS en condiciones de igualdad con el resto de los ciudadanos, esta medida no fue aplicada. Así, hoy perviven una serie de mutualidades que dan cobertura sanitaria al 4,6% de la población española, y engloban a los funcionarios civiles (MUFACE), militares (ISFAS), y de la administración de justicia (MUGEJE). Estas mutualidades generalmente carecen de infraestructura sanitaria propia, por lo que ofrecen a sus afiliados la opción de acceder a las prestaciones del SNS, o suscribir un seguro sanitario privado. Tal y como señala Freire, estos esquemas especiales “descreman” al SNS de los mejores riesgos para beneficio de las aseguradoras privadas, al tiempo que excluyen del sistema sanitario público a unos colectivos informados y potencialmente influyentes que podrían contribuir a que el SNS respondiese mejor a las necesidades y expectativas de la población (Freire, en Simposio Argentina, 1993: 135).

<sup>428</sup> Estos colectivos se encuentran afiliados al Régimen General de la SS, pero reciben servicios sanitarios directamente de sus empresas. Esto se traduce generalmente en prestaciones diferenciadas (por ejemplo en el margen de co-

proporcionan aseguramiento sanitario a sus empleados; implicaron la pervivencia de importantes diferencias en la extensión, contenido y prestaciones de la asistencia sanitaria, todo lo cual supuso una clara limitación al establecimiento de un sistema sanitario plenamente equitativo.

De modo igualmente limitador actuó la distinción, aún hoy existente, entre los beneficiarios del SNS procedentes de alguno de los regímenes de la SS, y los que acceden al sistema sanitario público a través de los esquemas asistenciales desvinculados del mercado de trabajo (fundamentalmente personas sin recursos anteriormente atendidos por la beneficencia). Además de estar sujetos a procedimientos administrativos claramente diferenciados, estos últimos no poseen el derecho a la prestación farmacéutica, por lo que han de asumir personalmente el importe íntegro del coste de los medicamentos, o bien recurrir a los programas asistenciales de los servicios sociales municipales para que éstos los costeen (prestación no disponible de modo general).

El hecho de que el acceso a la cobertura del SNS continúe sin ser explícitamente reconocido como un derecho vinculado a la ciudadanía y/o la residencia, constituye una de las contradicciones básicas del sistema sanitario público español contemporáneo, perpetuando las prácticas administrativas y de control de elegibilidad que obstaculizan el acceso efectivo al sistema sanitario público a los colectivos más precarizados, y reforzando de este modo las desigualdades en salud que afectan a estos grupos (Freire, en Garde, 1999: 441).

Además, el proceso de progresiva desvinculación del SNS respecto al sistema de protección social de la SS no puede considerarse completamente consumado, y de hecho en los últimos años parecen existir indicios de un cierto interés por parte del gobierno por mantener la vinculación institucional entre ambos esquemas. Así, tras lo que parecía un punto de no retorno con la eliminación de las contribuciones de la SS a la financiación del

---

pago de los medicamentos), y plantea considerables problemas de coordinación con el sistema sanitario público.

SNS, aprobada en la Ley de presupuestos del año 2000; el gobierno del PP ha vuelto a vincular normativamente al sistema sanitario público con los esquemas de aseguramiento de la SS en las reformas de los estatutos de autonomía de las CCAA que han asumido plenas competencias en la gestión de sus SRS a principios de 2002<sup>429</sup>. Como apunta Beltrán, este proceso de relativa involución en los equilibrios institucionales del sistema sanitario público constituiría un mecanismo indirecto por el cual la administración sanitaria central trataría de mantener un cierto margen de control (fundamentalmente a nivel legislativo) sobre este ámbito de políticas en aquellas CCAA cuyo sistema sanitario era gestionado por el Insalud hasta fechas recientes. De este modo, cristalizaría definitivamente la vertebración asimétrica del sistema sanitario público, ya que en el caso de las Comunidades históricas y asimiladas nos encontraríamos ante un verdadero proceso de descentralización política, mientras que en el caso de las CCAA del artículo 143 existiría únicamente una descentralización estrictamente administrativa (desconcentración) (Beltrán, en SESPAS 2002: 8).

La consecuencia principal de este nuevo equilibrio institucional (marcado por un inesperado reforzamiento de las conexiones formales entre el SNS y el sistema de la SS), sobre la dimensión de la equidad sería el mantenimiento de buena parte de las limitaciones antes mencionadas para el desarrollo de una política de equidad coherente similar a las existentes en los modelos del tipo NHS con los que, por otra parte, el SNS comparte buena parte de sus rasgos centrales (universalismo, financiación vía impuestos, etc).

Las consecuencias de la asunción definitiva de la descentralización asimétrica como un rasgo estructural del SNS

---

<sup>429</sup> Las modificaciones en los estatutos de autonomía de estas CCAA, necesarias para poder realizar las transferencias de dichas competencias, introdujeron una diferenciación significativa en el rango de autogestión de estos gobiernos regionales respecto al resto de CCAA que ya ejercían las competencias sobre el ámbito sanitario, al no atribuirles competencias de desarrollo legislativo sobre esta materia.

sería la focalización política de las consideraciones acerca de la equidad estrictamente en el ámbito interterritorial. De hecho, y junto a las herencias del sistema sanitario de la SS, el carácter marcadamente descentralizado del SNS ha determinado claramente el rango del debate en torno a la equidad de las políticas sanitarias en el estado español durante las últimas décadas. Como señalan Rico, Gonzalez y Fraile, los debates sobre la equidad en estados descentralizados se estructuran fundamentalmente en torno a tres grandes ejes: las consecuencias sobre la equidad interterritorial de las distintas políticas adoptadas por las diferentes unidades subnacionales; el impacto sobre la equidad interterritorial derivado del mecanismo de asignación de recursos financieros a las distintas entidades autónomas; y las implicaciones sobre la equidad intraterritorial de las políticas desarrolladas por cada una de dichas unidades subnacionales (Rico, González y Fraile, en Simposio Argentario, 1999: 104).

Ha sido precisamente en torno a los dos primeros ejes (los de nivel más agregado y basados fundamentalmente en el ámbito territorial) donde se ha localizado la discusión acerca de la equidad de las políticas sanitarias en España en los últimos lustros. De este modo, y a pesar de la evidencia empírica antes referida en la que se constata la existencia de un gradiente de salud en buena medida basado en la existencia de desigualdades socio-económicas, el último de dichos ejes (el más próximo al nivel individual) ha quedado relegado a un segundo plano en el debate social y político sobre la equidad del sistema sanitario público en el estado español.

Así, el proceso de descentralización sanitaria iniciado en España en 1981 con las transferencias sanitarias a Cataluña, y culminado en 2002 con las transferencias a las CCAA llamadas de “vía lenta”, ha sido responsabilizado de la aparición de importantes diferencias territoriales en la provisión de servicios sanitarios (aunque probablemente dicho proceso de descentralización haya contribuido tan solo a reforzar desigualdades previamente existentes, tanto en desarrollo de las infraestructuras sanitarias, como en asignación presupuestaria, o

en última instancia en estado de salud de la población). Dichas diferencias adquirirían forma a través de una multiplicidad de mecanismos como el diferente grado de implementación de la reforma del sistema de atención primaria<sup>430</sup>; el mayor o menor número de personas adscritas a cada médico de atención primaria; el tiempo de espera necesario para ser visitado por el médico de atención primaria, por el especialista, o para ser hospitalizado en cada CCAA; la diferente provisión de servicios preventivos; o el porcentaje del presupuesto autonómico destinado por cada gobierno regional a complementar los recursos transferidos por el gobierno central para la financiación del sistema sanitario regional.

Pese a las importantes y complejas implicaciones potenciales de este primer eje de diferenciación entre las distintas CCAA sobre el ámbito de la equidad en la política sanitaria, el aspecto más controvertido en relación al proceso de descentralización sanitaria ha sido sin duda el de la distribución de los recursos financieros a los distintos SRS que constituyen el SNS<sup>431</sup>. Buena parte de la polémica que rodea al sistema de financiación del sistema sanitario público es consecuencia directa de su propia fragmentación, así como de la indefinición legislativa acerca de los mecanismos que han de regir la asignación de recursos entre

---

<sup>430</sup> A modo de ejemplo del diferente grado de implementación de la normativa sanitaria en un sistema de descentralización asimétrica como el español se pueden manejar datos de la reforma del sistema de atención primaria, plenamente aplicado en CCAA como Navarra, pero con un porcentaje de implementación escasamente superior al 50% en otras comunidades como Galicia.

<sup>431</sup> En principio, según el Insalud, el coeficiente de variación del gasto per cápita era tan solo del 5,5% para el conjunto de las CCAA en 1998. Una vez ajustado dicho coeficiente por las variables de oferta y demanda principales (edad, renta per cápita, dispersión de la población, etc), éste disminuiría hasta el 4,5%. Pese a lo moderado de dichas variaciones, el debate político permanece abierto respecto a la verdadera magnitud del diferencial de gasto sanitario entre las CCAA (que podría estar siendo infra-estimado por la mala calidad de los datos publicados), así como a su posible evolución futura una vez culminado el proceso de transferencia plena de las competencias sanitarias a las CCAA (Bernal y Pradas, en SESPAS, 2002: 3; Benach y Urbanos, 2000: 3).

los distintos actores implicados en el sistema sanitario descentralizado. Como señala Rico, el carácter difuso de la regulación no resulta accidental, ni es consecuencia de la ineficacia de los legisladores, sino que se deriva de una vaguedad y una ambigüedad calculadas, necesarias para alcanzar soluciones de compromiso en procesos conflictivos de negociación política en las que ninguna de las partes puede renunciar a la parte central sus reivindicaciones (Rico, en Simposio Argentaria, 1996: 297).

Así, la conveniencia de crear un sistema de asignación de recursos financieros similar al RAWP británico (de acuerdo con el cual se tratase de compensar financieramente a las zonas más desfavorecidas sanitariamente con objeto de alcanzar un objetivo de equidad en salud explícitamente establecido) ha centrado buena parte de la atención de los actores implicados en el ámbito sanitario y movilizados en relación con la dimensión de la equidad en el sistema sanitario público español. La consecución de dicho objetivo ha resultado imposible hasta la fecha dada la multiplicidad de factores sociales, políticos e institucionales implicados en los arduos procesos de negociación de la financiación autonómica en general, y de las competencias sanitarias en particular<sup>432</sup>.

Tras la culminación del traspaso de las competencias sanitarias a las CCAA a principios de 2002, las autoridades sanitarias nacionales han comenzado a plantearse la necesidad de articular mecanismos de coordinación más eficaces entre los distintos SRS, tratando de garantizar el máximo nivel de equidad (inter-

---

<sup>432</sup> La LGS establecía un proceso de transición desde un modelo de transferencias financieras basado en los precedentes históricos, hacia un sistema de asignación por capitación simple. Como señalan Nieto, Cabasés y Carmona, la introducción de un criterio per cápita que contemplase las diferencias relativas de necesidad (ajustando la población por edades, sexos y niveles de salud relativos), plantearía importantes problemas prácticos, ya que las variables de ajuste y su ponderación serían rechazadas por las CCAA a las que afectasen negativamente (Nieto, et al., en Simposio Argentaria, 1993: 145), como ocurrió con la propuesta ministerial de introducir un sistema de capitación ponderada por necesidad, edad, y sexo en el acuerdo marco de financiación sanitaria para el período 1998-2001 (OMS, 2000: 105).

territorial) en la atención sanitaria a todos los ciudadanos (independientemente de la CCAA en la que residan). Simultáneamente, han tratado de enfrentarse al reto de redefinir sus propias funciones en relación al conjunto del sistema sanitario público (tras la finalización del largo período en que simultanearon las funciones de financiación y provisión de servicios sanitarios en una parte del estado a través del Insalud, y de coordinación y regulación del conjunto del SNS). En este proceso de redefinición de funciones habrán de afrontar las resistencias de los gobiernos de las CCAA, que sin duda tratarán de limitar la capacidad de intromisión del gobierno central en la gestión de sus respectivos SRS.

Con este doble objetivo, las autoridades sanitarias centrales han trabajado durante los últimos meses de 2002 en la elaboración un nuevo marco regulador bajo el título de “Ley de Cohesión y Calidad del SNS”. Este proyecto de ley propone la creación de una serie de agencias estatales de nuevo cuño (Agencia de Calidad, Observatorio del SNS, Instituto de Información Sanitaria)<sup>433</sup>; así como la dinamización de otras ya existentes y a las que hasta la fecha no se les ha conferido excesivas responsabilidades (Alta Inspección, Consejo Interterritorial), con objeto de establecer un nuevo marco regulador que introduzca cierta homogeneidad en el SNS, y que asigne con precisión las responsabilidades de los distintos niveles de autoridad del sistema sanitario público. Dicho proyecto de ley trata también de actualizar el catálogo de prestaciones cubiertas por el SNS (en el que además de las prestaciones de atención sanitaria, pretende introducir también la salud pública, y la atención socio-sanitaria), regulando simultáneamente el funcionamiento de la tarjeta sanitaria

---

<sup>433</sup> El Instituto de Información Sanitaria tendrá por misión recabar, elaborar y distribuir la información que proporcionen las autoridades sanitarias de las CCAA. La Agencia de Calidad fijará las normas de calidad básicas para el conjunto de SNS, elaborará directrices generales y guías de prácticas sanitarias, y tratará de proporcionar información de “buenas” y “malas” prácticas. Finalmente, el Observatorio del SNS, se encargará del análisis y evaluación comparado de los diferentes SRS.

individualizada que debería garantizar el acceso al conjunto de prestaciones del SNS en todo el territorio del estado<sup>434</sup>.

De lo expuesto hasta aquí se deduce que a nivel estatal, y más allá de la cuestión de la equidad interterritorial, no existen políticas explícitamente diseñadas con objeto de reducir las desigualdades en salud en el seno de la sociedad española. El legado del antiguo sistema sanitario de la SS, y el modelo asimétrico de atribución de competencias y responsabilidades entre los distintos niveles de la administración del estado (nacional, regional, e incluso local), han constituido un espacio socio-político en el que apenas ha quedado espacio para la introducción del tema de las desigualdades en salud motivadas en variables socio-económicas en la agenda política sanitaria. Tan solo recientemente se ha comenzado a plantear el argumento de que la universalización de la atención sanitaria no garantiza la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios, ya que la mera elegibilidad para el acceso al sistema sanitario público no significa que exista un nivel homogéneo en cuanto a sus prestaciones y calidad, ni una utilización estandarizada de dichos servicios por parte de los distintos grupos de la población (Benach y Urbanos, 2000: 3).

Como plantea Freire, la intervención del SNS en relación a sectores de la población en situación de precariedad económica y social debería llevar a este sistema a adaptar sus servicios a estos colectivos que no responden a los patrones estándar para los cuales fue diseñada la organización sanitaria de la SS de la que se procede el actual sistema sanitario público español. Así, “En algunos casos serán precisos servicios especiales para atender a necesidades específicas que puedan tener los antiguos marginados

---

<sup>434</sup> En la actualidad algunas CCAA atribuyen dichas tarjetas únicamente a los usuarios de los servicios sanitarios de la SS, dejando fuera a aquellos usuarios que acceden a las prestaciones del SRS a través de otros esquemas asistenciales. Esta es una más de las rémoras que perviven en el SNS como heredero del antiguo sistema de aseguramiento sanitario de la SS, y que reflejan la lentitud en la transición al nuevo modelo organizativo (Abad y Carreter, en SESPAS, 2002: 3).

(los ahora incorporados al SNS) y los nuevos (extranjeros ilegales, etc); el SNS tiene que ampliar por este sector su dispositivo tradicional de servicios, consciente de las necesidades de sus nuevos clientes” (Freire, en Simposio Argentina, 1993: 134). El problema reside como señala esta autor citando a Titmuss en responder a la pregunta: ¿qué infraestructura particular de servicios universalistas se necesita para ofertar un esquema de principios y oportunidades dentro del que sea posible desarrollar servicios selectivos socialmente aceptables, dirigidos a discriminar positivamente, con el mínimo riesgo de estigma, en favor de aquellos cuyas necesidades son más grandes?

#### *4.3.2. Políticas específicas de salud dirigidas a los colectivos de origen inmigrante*

Como señalamos anteriormente, la calidad de la información socio-sanitaria recogida por las distintas administraciones resulta extremadamente deficiente por la inexistencia de series temporales, o de variables rigurosamente tratadas que permitan analizar el impacto de las condiciones sociales y materiales sobre la salud de los distintos estratos de población de la sociedad española. Si la elaboración de estudios en los que se analice el impacto de las variables de clase social resulta complejo, el estudio de las desigualdades en salud en función de la nacionalidad (o el origen étnico) de las personas resulta simplemente imposible.

El estudio sistemático del estado de salud relativo de los colectivos de origen inmigrante se ve imposibilitado tanto por la prácticamente total ausencia de datos relativos a la nacionalidad u origen étnico de la población en el aparato estadístico socio-sanitario español, como por el hasta fechas recientes relativamente pequeño tamaño de dichos colectivos, que reduciría en cualquier caso su representatividad sustancialmente en cualquier muestra estadística que se pretendiese realizar.

Así, la última Encuesta Nacional de Salud fue realizada en 1997<sup>435</sup>, año en el que el porcentaje de población de origen inmigrante asentada en España era prácticamente insignificante (tan solo unos 300.000 extranjeros procedentes de países en vías de desarrollo, sobre una población total de casi 40 millones), estando además constituido dicho contingente por personas particularmente proclives a desaparecer en los intersticios de los mecanismos de generación de información estadística (alta movilidad geográfica, domicilios irregulares o precarios, irregularidad administrativa, etc). Por ello, hasta este momento ha resultado imposible analizar la importancia de la variable nacionalidad o etnicidad en el nivel de las desigualdades en salud en España, y la escasa evidencia empírica disponible acerca de este tema se circunscribe al ámbito estrictamente local.

Tanto el hipotético modo de recoger información relativa a la nacionalidad/origen étnico de las personas de origen inmigrante en un próximo futuro; como las por ahora inciertas políticas específicas encaminadas a asegurar una provisión equitativa de servicios sanitarios a estas poblaciones, estarán en cualquier caso condicionados por el modo en que la sociedad española se perciba a sí misma en términos de identidad colectiva, y de como aborde el tema de la diversidad interna generada por la aparición de colectivos étnicamente diferenciados en su seno. Como vimos en los casos británico y francés, dichos “paradigmas” definían los discursos públicos acerca de la “diferencia”, y de ellos se derivaban tanto la forma mediante la cual los mecanismos estadísticos etiquetarían a los grupos de origen foráneo (“minorías

---

<sup>435</sup> La última ENS elaborada en 1997 no incluía ninguna variable que permitiese identificar la nacionalidad o el origen étnico de las personas entrevistadas. La encuesta correspondiente a 1999 fue realizada de modo conjunto con la Encuesta de minusvalías (siguiendo un modelo de cuestionario europeo), y fue administrada a más de 250.000 individuos. Esta encuesta podría contar ya con un número significativo de inmigrantes en su universo muestral, por lo que, si se hubiese recogido alguna variable sobre nacionalidad u origen étnico, podría permitir realizar un primer análisis comparado del estado de salud de estos colectivos, y de su utilización de las prestaciones del sistema sanitario público, respecto al conjunto de la población española.

étnicas” en el modelo bifurcacionista británico, “nacionales vs. Extranjeros” en el modelo asimilacionista propio de la República francesa); como las políticas diseñadas (y supuestamente aplicadas) por las administraciones públicas para abordar dicha diversidad.

En el caso español, dicho modelo o “paradigma” resulta difícilmente discernible. Demasiado atareadas adaptándose a una realidad vertiginosamente cambiante (de país de emigración hasta mediados de los 1970s, a país claramente receptor de flujos migratorios tan solo una década más tarde); concentradas en el diseño y aplicación efectiva de una política de control de fronteras (tarea que se ha mostrado particularmente impracticable ante las limitaciones geográficas, materiales y políticas); y sin haber podido zanjar una crisis de identidad nacional latente desde la segunda mitad del siglo XX (en buena medida agudizada por la falta de consenso en torno al modelo de articulación del estado tras los casi 40 años de régimen dictatorial, y el establecimiento de un sistema de pseudo-federalismo asimétrico)<sup>436</sup>, las autoridades españolas no han sido capaces (y/o no se han mostrado dispuestas) de articular un modelo coherente de incorporación de la diversidad interna derivada del asentamiento de colectivos de origen inmigrante.

Pese a que, como vimos en los casos anteriormente estudiados, dichos “paradigmas” resultan sistemáticamente bloqueados y limitados en la fase de implementación por una realidad que se resiste a ajustarse a un constructo teórico más o menos abstracto,

---

<sup>436</sup> El tema de la inexistencia de una identidad nacional estable y consensuada en el seno de la sociedad española, y su impacto sobre la constitución de un modelo de incorporación propio con el que afrontar la llegada de colectivos étnicamente diferenciados constituye un apasionante tema de investigación hasta la fecha no explorado suficientemente en el caso español. Aunque obviamente esa tarea desborda completamente el foco de atención de esta tesis, resulta pertinente apuntar hacia los trabajos desarrollados desde la óptica de la Ciencia Política (Preuss y Requejo, 1998) y la Filosofía Política (Kymlicka, 1995; Taylor, 1992) en torno a la articulación de la diversidad en sociedades complejas, como el marco general sobre el que debería apoyarse una investigación sobre este tema.

constituyen de cualquier forma el marco cognitivo en el que encajan las grandes líneas de las políticas de incorporación de cada estado. La inexistencia de un modelo de este tipo en el caso del estado español tiene una serie de repercusiones en la esfera de la incorporación de poblaciones de origen inmigrante. En primer lugar, y señalando lo que quizás constituye un aspecto positivo, los inmigrantes no han de afrontar un conjunto de demandas explícitamente estipuladas por parte de la sociedad de acogida para verse garantizados el acceso a la misma. La contrapartida a ese margen de mayor libertad “identitaria” en el que pueden moverse los inmigrantes, es una mayor inseguridad en relación a lo que se espera de ellos en dicho proceso de inserción, así como una menor implicación pública (a través del desarrollo de programas y políticas públicas que lo favorezcan) en la consecución de dicho objetivo.

La falta de un modelo de incorporación coherentemente establecido no significa en cualquier caso la total inhibición de las administraciones públicas de dicho proceso, sino simplemente la inexistencia de una guía que estructure el diseño de políticas de tratamiento de la diversidad en el ámbito del estado español. Así, cada CCAA, y cada gobierno local ha podido afrontar los retos derivados de la creciente diversidad interna de su población a través de su propia idea de cómo debía realizarse dicha incorporación, idea informada en sus propias experiencias previas en ese terreno (como es claramente el caso en Cataluña, donde la experiencia obtenida con el tratamiento de las sucesivas olas migratorias procedentes de otras regiones españolas desde finales del siglo XIX ha sido explícitamente invocada como precedente de la actitud a adoptar en relación a los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo). En cualquier caso, el conjunto constituye una suerte de “*collage*” relativamente descoordinado, donde conviven modelos de incorporación de poblaciones de origen inmigrante relativamente coherentes (desarrollados a nivel local, o regional), con una total ausencia de concienciación acerca de la necesidad de afrontar las consecuencias de la nueva diversidad en otros ámbitos territoriales.

En el plano concreto de las políticas de equidad en el ámbito sanitario, esa descoordinada pluralidad se ve claramente reforzada por el alto grado de descentralización de las competencias sanitarias, y la ineficiencia de los mecanismos de coordinación a nivel nacional, a los que nos referíamos con anterioridad. La consecuencia principal de todo esto es de nuevo una relativa ausencia de la iniciativa pública en la resolución de los problemas más evidentes que se derivan de la inadaptación de los esquemas sanitario públicos a las demandas y necesidades sanitarias diferenciadas de las poblaciones de origen inmigrante<sup>437</sup>, así como el desarrollo de una red (más o menos tupida dependiendo de los ámbitos territoriales) de organizaciones del tercer sector que tiende a ocupar dicho espacio.

Las organizaciones del tercer sector, así como aquellas que trabajan en defensa de los intereses de los inmigrantes, consiguieron introducir con éxito en la agenda política sanitaria la cuestión de la igualdad de acceso de estos colectivos al SNS, tan solo a principios de 2000. Desde ese momento, sus esfuerzos han ido dirigidos a conseguir la aplicación efectiva de la regulación, así como a re-adaptar sus propias estructuras de funcionamiento a la nueva situación (menor énfasis en la provisión directa de servicios sanitarios, mayor atención a labores de acompañamiento socio-sanitario, desarrollo de campañas de prevención, establecimiento de esquemas de mediación inter-cultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario, etc), al tiempo

---

<sup>437</sup> Como señala Palanca, “la continuidad de tratamientos, la derivación de pacientes a servicios especializados o a unidades de apoyo al diagnóstico, su seguimiento hasta el alta o de forma indefinida cuando presentan una patología crónica y de carácter más complejo, suele encontrarse con limitaciones cuando se trata de paciente más desfavorecidos. Se utilizan términos como que el paciente ‘no colabora’ y se le excluye de determinados tratamientos que quedan de esa forma ‘reservados’ a personas de nivel cultural y económico más favorable (...) En otras ocasiones, para garantizar que se completa el tratamiento es necesaria la puesta en marcha de programas especiales (asociado a enfermos sin residencia fija o en condiciones de hacinamiento, movilidad laboral -inmigrantes norteafricanos-, usuarios de drogas pro vía parenteral) para los que no siempre existe dotación presupuestaria” (Palanca, 2002: 4).

que han comenzado a presionar a las administraciones para que adapten sus pautas de funcionamiento a las necesidades específicas de las poblaciones de origen inmigrante<sup>438</sup>.

Así, las organizaciones del tercer sector parecen reproducir de nuevo el papel de sustitutos del sistema sanitario público, amortiguando las consecuencias más graves de las deficiencias del SNS (hasta finales de 1999 haciendo frente a las carencias en los esquemas de atención primaria y especializada; desde la aprobación de la Ley 4/2000 tratando de eliminar las disonancias entre derechos y realidades, así como creando los programas específicos que permitan proporcionar una atención sanitaria equitativa –adaptada- a los colectivos de origen inmigrante más alejados de las prácticas normalizadas del SNS). Tras su éxito en la adopción del criterio de residencia como mecanismo de atribución del derecho de acceso a las prestaciones del SNS, las organizaciones del tercer sector aún carecen de la capacidad de presión para introducir en la agenda el tema de la equidad en la provisión de servicios sanitarios hacia los colectivos de origen inmigrante.

Como señala Palanca la adaptación cultural de los servicios de salud a las necesidades de los colectivos minoritarios debería producirse a través de la formación de los profesionales que integran dichos servicios en las especificidades de la población a la que han de atender, así como mediante el desarrollo de protocolos y programas de actuación adaptados a dichos grupos. En ciertos casos este proceso se ha producido lentamente de una forma espontánea, aunque se requeriría una iniciativa política más clara que proporcione a los profesionales socio-sanitarios los recursos necesarios (económicos, humanos -interpretes, media-

---

<sup>438</sup> Como botón de muestra, MDM denunciaba a finales de noviembre de 2002 que el acceso a la atención sanitaria para los inmigrantes formalmente reconocido por dicha Ley, constituía una ficción, ya que “hay trabas, desconocimiento... Los profesionales sanitarios y administrativos no cuentan con formación para atender a estos colectivos. Es imprescindible la presencia de mediadores culturales en los centros de salud” (El Mundo, 22-Noviembre-2002: 22).

dores culturales-, y organizativos -formación e información-) para atender a los colectivos más desfavorecidos entre los que con frecuencia se encuentran las poblaciones de origen inmigrante<sup>439</sup> (Palanca, 2002: 5).

De nuevo, podemos destacar a modo de ejemplo la existencia de una serie de programas e iniciativas concretos desarrollados a nivel estrictamente local o regional, entre los que cabe señalar la inclusión del objetivo de alcanzar un mayor grado de equidad en la provisión de servicios sanitarios (entre una larga lista de buenas intenciones), en los planes de salud elaborados en buen número de CCAA.

Algunos hospitales públicos, en buena medida por el interés personal y profesional de los médicos que constituyen su plantilla, han desarrollado programas específicos de atención a colectivos de origen inmigrante que presentan una sintomatología diferenciada por su procedencia geográfica (zonas con enfermedades endémicas y poco frecuentes en España). Así, la UMTI del CAP de Drassanes, en Barcelona; la *Unitat de Medicina de la Immigració* del hospital Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró en la comarca del Maresme de Barcelona; y el Departamento de Medicina Tropical del hospital Ramón y Cajal de Madrid, se han constituido en centros de referencia en todo lo relacionado con las enfermedades que, de modo específico, afectan a determinadas poblaciones de origen inmigrante (fundamentalmente africanas, o procedentes de zonas tropicales). Estos centros constituían una ventana de acceso privilegiada al sistema sanitario público antes de la universalización de la cobertura del SNS, trabajando con frecuencia en cooperación con las ONGs sanitarias. En la actualidad continúan desempeñando una tarea de nexo preferente para estos colectivos con el sistema sanitario público, al mantener sus programas de atención específica culturalmente adaptados a las poblaciones de origen

---

<sup>439</sup> Como señala también Benach, estos planes “no cuentan con los recursos, las actividades ni las evaluaciones adecuadas para su actuación efectiva. En los próximos años uno de los retos claves es por tanto la realización de políticas explícitas que reduzcan las desigualdades en salud” (Benach, 2002: 6).

inmigrante (interpretación lingüística, conocimiento específico de la cultura de los pacientes, etc).

De modo similar funciona el SAPPPIR, puesto en marcha por el hospital Sant Pere Claver de Barcelona en 1994. Este centro constituye una experiencia pionera en el establecimiento de un programa de atención psicológica a pacientes pertenecientes a colectivos de origen inmigrante en España. Tras varios años de trabajo en la atención específica a estos colectivos, con frecuencia en coordinación con las profesionales de los centros sanitarios públicos que les derivaban a los pacientes que requerían una atención especializada, el SAPPPIR ha sido recientemente contactado por las autoridades sanitarias catalanas con objeto de redactar un protocolo de actuación que permita a los médicos de atención primaria del sistema sanitario público identificar las síntomas generales de los trastornos psico-sociales más comunes sufridos por las personas de origen inmigrante (El País, 26-  
Noviembre-2002: 35).

Este esquema de atención especializada en el ámbito psiquiátrico resulta muy similar a los esquemas de atención ethno-psiquiátrica que según vimos han resultado tan polémicos en Francia. El hecho de que esta iniciativa sea percibida sin ninguna animadversión por parte de las autoridades sanitarias españolas (o por ningún segmento movilizado de la opinión pública), refleja claramente el impacto del modelo de incorporación vigente en cada país a la hora de afrontar el fenómeno de la equidad en la provisión de atención sanitaria a colectivos étnicamente diferenciados. Lo que en el caso francés resulta objeto de fuerte cuestionamiento por la fuerza del modelo de incorporación asimilacionista en ese país, deja indiferentes (o como mucho despierta curiosidad) en el caso español, donde no existe un paradigma de incorporación claramente predeterminado.

Otro ejemplo de intervención específica en el ámbito de la equidad en salud hacia los colectivos de origen inmigrante, en este caso por parte del gobierno local de Madrid, es el Servicio de Mediación Social Intercultural (SEMSI). Este programa, que ocupa a una treintena de personas (en su mayoría de origen

inmigrante ellos mismos), pretende facilitar el acceso de la población de origen inmigrante a los distintos servicios proporcionados por las administraciones públicas en el municipio de Madrid. En buena medida vinculado a un programa de formación desarrollado en colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid (que ofrece una especialización en mediación intercultural en el ámbito sanitario), este esquema de atención especializada trata de actuar como puente entre los profesionales sanitarios y los colectivos de origen inmigrante para amortiguar las dificultades que limitan la comunicación entre ambos.

Finalmente, otra iniciativa local que viene a suplir el vacío de políticas específicas articuladas a nivel general, es la puesta en marcha de la “Oficina para la No Discriminación” (OND) en 1998 por el Ajuntament de Barcelona. Ante la inexistencia de una agencia encargada de luchar contra la discriminación a nivel estatal (como es el caso de la CRE británica, o del GELD francés), el gobierno local de Barcelona puso en marcha la primera oficina de lucha contra la discriminación desarrollada a nivel municipal en Europa. La OND realiza así tareas preventivas y de denuncia de cualquier tipo de prácticas discriminatorias (incluyendo aquellas basada en criterios de nacionalidad, o de origen étnico)<sup>440</sup> ocurridas en su ámbito territorial de actuación.

Como hemos visto en esta sección, la focalización de la atención social y política en el tema de la expansión de la cobertura sanitaria al conjunto de la población, así como el énfasis puesto en el tema de las desigualdades inter-territoriales en el ámbito sanitario ya en el plano de la equidad, han implicado una escasa atención prestada a otras formas de desigualdades en salud existentes en el seno de la sociedad española y que requerirían el desarrollo y la implementación de políticas encaminadas a reducirlas. En el plano concreto de los colectivos de origen

---

<sup>440</sup> De los más de 300 casos atendidos en 1999, cerca del 30% tenían por causa de la denuncia prácticas racistas o xenófobas, aunque ninguna de estas denuncias se referían al ámbito de la sanidad específicamente (OND, Memoria 1999: 13).

inmigrante, su escasa entidad numérica hasta fechas muy recientes, su inclusión definitiva en el rango de cobertura del SNS tan solo a principios de 2000, las dificultades para aprehender la magnitud de las posibles desigualdades en salud que afectan a dichos grupos, junto con la inexistencia de un modelo de incorporación determinado, ha significado una total falta de interés hacia las políticas de equidad sanitaria en lo que respecta a dichos grupos. Una vez más, iniciativas a nivel micro han tratado de suplir la ausencia de las autoridades estatales.

#### **4.4. Conclusiones**

En las distintas secciones de este Capítulo hemos comprobado la supeditación de las consideraciones acerca de la equidad en la provisión de servicios sanitarios al desarrollo previo de una clara política de igualdad de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público. Así, hemos observado como la expansión del rango de cobertura de dichos sistemas, hasta incluir al grueso de la población residente en el territorio de un estado, constituye una condición *sine qua non* para la introducción en la agenda política de propuestas encaminadas a reducir las desigualdades en salud que afectan a determinados colectivos (en nuestro caso las poblaciones de origen inmigrante) mediante el incremento de la equidad en la provisión de servicios sanitarios.

De igual modo hemos podido constatar como la inclusión en la agenda política del tema de las desigualdades en salud resulta independiente de la magnitud relativa de los gradientes de salud entre los diferentes grupos sociales. Esto queda claramente demostrado al analizar la evidencia comparativa disponible en relación a la magnitud de dichas desigualdades.

Tabla 13. Mortalidad comparativa de varones 45-59 años<sup>441</sup>

	Tasa de mortalidad estandarizada (Media nacional = 1)		
	No manuales	Manuales	Agrícolas
Reino Unido	0,81	1,18	0,78
Francia	0,76	1,30	0,90
España	0,84	1,16	0,97

Fuente: Elaborada por el autor con datos de Kunst et al. (en Leclerc et al., 2000: 58).

Tabla 14. Ratio comparativo de tasas de mortalidad entre varones trabajadores manuales y no manuales 45-59 años, por causa de fallecimiento

	Cáncer de pulmón	Otros tipos cáncer	Cardiopatía Isquémica	Enfermedades gastrointestinales
Reino Unido	1,54	1,07	1,50	-
Francia	1,65	1,75	1,14	2,20
España	1,38	1,31	0,98	1,43

Fuente: Elaborada por el autor con datos de Kunst et al. (en Leclerc et al., 2000: 61).

Como muestran las tablas anteriores, en Francia se observan las mayores diferencias en las tasas de mortalidad relativa entre distintas categorías socio-profesionales, y sin embargo el tema de las desigualdades sociales en salud ha permanecido virtualmente ausente en la agenda política sanitaria de este país. El RU por el contrario, pese a presentar unos indicadores relativamente más favorables en relación a dichas desigualdades, ha experimentado un proceso de politización mucho mayor en relación a este fenómeno. El caso español, ocupando una posición intermedia entre los dos casos anteriores en cuanto a desigualdades en mortalidad, muestra también una significativa ausencia de debate

<sup>441</sup> Los datos utilizados para la elaboración de esta comparación proceden de un estudio diacrónico (generalmente de los años 1980-89) de las estadísticas oficiales de mortalidad de cada país, incluyendo en todos los países (exceptuando Suiza y Francia), a los extranjeros legalmente residentes entre la población objeto del estudio (Kunst et al., en Leclerc et al., 2000: 55).

entorno al fenómeno de las desigualdades sociales en salud, y al posible impacto de la intervención del sistema sanitario público sobre las mismas.

Las variables explicativas fundamentales que emergen del estudio de los casos incluidos en nuestro marco comparativo en relación a la definición de las políticas de equidad hacia las poblaciones de origen inmigrante son la naturaleza del propio sistema sanitario; el “*policy paradigm*” desde el que se aborda el tratamiento de la diversidad interna derivada del asentamiento de poblaciones étnicamente diferenciadas de origen extranjero; y finalmente, la intervención de los distintos niveles institucionales (específicamente de sus empleados y agentes) implicados en la provisión de servicios sanitarios.

Los equilibrios institucionales que definen al sistema sanitario público de cada país constituyen un factor clave en la configuración de un marco más o menos favorable a las consideraciones acerca de la equidad. El criterio de atribución del derecho de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público (residencia en el territorio según el modelo universalista como el del NHS británico, o vinculación al mercado de trabajo de acuerdo con el modelo de aseguramiento propio de sistemas de SS como el francés); el rango de cobertura de dicho sistema directamente derivado de lo anterior; la distribución de responsabilidades, competencias, y recursos entre los distintos niveles de la administración del estado en general, y del sistema sanitario en particular (particularmente en modelos muy descentralizados políticamente como el caso español, o administrativamente como en el RU); o la importancia atribuida a la recopilación de información acerca del funcionamiento del propio sistema, o del estado de la salud de la población (donde de nuevo contrastan el caso británico donde se presta bastante atención a este tema, con los casos francés o español donde la información respecto a estos temas es muy escasa), condicionan fuertemente el margen de intervención en el ámbito de las políticas de equidad sanitaria.

De igual modo, y como hemos visto en las secciones anteriores, los márgenes para el diseño y la implementación de

políticas de equidad específicamente dirigidas a las poblaciones de origen inmigrante aparecen claramente determinados por los modelos de incorporación de la diversidad propios de cada estado. La elaboración de un marco discursivo favorable al reconocimiento de la diversidad interna de una sociedad, y que otorgue sentido a actuaciones públicas que respondan a la llegada y asentamiento de poblaciones étnica y culturalmente diferenciadas, permite articular políticas, desarrollar mecanismos estadísticos de categorización y control, así como asignar recursos (por escasos que estos resulten) específicamente dirigidos a proporcionar una atención sanitaria adaptada a las especificidades de dichos colectivos. En casos como el francés, donde la identidad nacional descansa en una visión homogeneizadora de la comunidad, el desarrollo de este tipo de políticas se ve bloqueado por el propio rechazo a identificar, categorizar o medir la diferencia; así como por un discurso universalizador que rechaza la aparición de mecanismos de agregación de intereses que se interpongan entre el individuo (idealmente ciudadano), y el estado (la República). Por contraposición, el reconocimiento del carácter multiétnico y multicultural de la sociedad británica ha permitido a los grupos étnicamente minoritarios organizarse colectivamente y articular tanto una demanda explícita (movilizando social y políticamente una serie de temas específicos sobre los que han exigido una respuesta oficial), como una serie de esquemas especiales encargados de asumir parte de las funciones no cubiertas por las agencias sanitarias “normalizadas”. La inexistencia de un modelo común para el tratamiento de la diversidad en el conjunto del estado español dificulta la articulación de un discurso homogéneo, lo cual refuerza a su vez la pluralidad de enfoques derivada de un sistema político marcadamente descentralizado y con unos mecanismos de coordinación extremadamente débiles.

Directamente vinculado con las dos variables anteriores, y ejerciendo en cierta forma un papel moderador de las tendencias apuntadas por las mismas, la actuación de las organizaciones directamente encargadas de la provisión de servicios sanitarios

resulta clave en la forma finalmente adoptada por las políticas de equidad hacia las poblaciones de origen inmigrante en cada uno de los estados incluidos en nuestro análisis. Así, mientras en el caso británico las estructuras y pautas de funcionamiento del NHS se han resistido a una modificación sustantiva en sus formas de actuación, limitando de ese modo la profundidad relativa de las transformaciones que potencialmente implicaría el establecimiento de un sistema sanitario que respondiese a la diversidad étnica de la población (lo cual llevado hasta el límite implicaría una fuerte compartimentación); en el caso francés las prácticas de las organizaciones sanitarias han subvertido hasta cierto punto la rigidez del discurso asimilatorio, desarrollando un conjunto básico de esquemas de atención especializada (interpretación, programas de prevención específicos, etc) que permiten a los profesionales socio-sanitarios desarrollar sus actividades superando las barreras más evidentes en su trato con los colectivos de origen inmigrante. En el caso español, las iniciativas de los profesionales socio-sanitarios se han desarrollado en un ámbito no delimitado por la existencia de un discurso oficial previo, lo cual ha significado la inexistencia tanto de estímulos o incentivos oficiales, como de limitaciones pre-determinadas, a la hora de diseñar e implementar programas específicos dirigidos a las poblaciones de origen inmigrante.

En términos generales, la politización del tema de la equidad en la actuación de los servicios sanitarios públicos en relación a las poblaciones de origen extranjero se ha producido en un sentido expansivo. La relativamente escasa magnitud de las “políticas compensatorias” ha dado poco margen para el desarrollo de percepciones de agravio comparativo por parte de otros sectores de la población, y por lo tanto para la movilización reactiva. En ese contexto, tanto los actores implicados en este ámbito de políticas (organizaciones del tercer sector, poblaciones de origen inmigrante, algunos sectores de las administraciones socio-sanitarias), como las ventanas de oportunidad facilitadoras de su actuación, han tenido un carácter significativamente diferente respecto a los observados en el caso de las políticas de igualdad.

Tabla 15. Políticas de equidad hacia poblaciones de origen inmigrante

	<b>Tipo de sistema sanitario público</b>	<b>Papel organizaciones del tercer sector</b>	<b>Nacionalidad, ciudadanía e inmigración</b>	<b>Modelo de incorporación</b>	<b>Política pública hacia la equidad en provisión servicios sanitarios</b>	<b>Prácticas específicas para poblaciones de origen inmigrante</b>
<b>Reino Unido</b>	NHS Universalista	“ <i>Advocacy</i> ”, prevención, interpretación y mediación intercultural	Post-colonial, ciudadanía plena originarios Commonwealth	Bifurcacionista -multicultural	Reconocimiento de existencia desigualdades, programas específicos	Discurso favorable, Énfasis en medidas procedimentales y de gran visibilidad
<b>Francia</b>	SS Corporatista universalizada	Evolución desde atención primaria, y “ <i>advocacy</i> ”, hacia interpretación	Post-colonial, <i>ius solis</i>	Republicano- asimilacionista	Equidad oculta por consideraciones sobre igualdad	Discurso de rechazo, prácticas desarrolladas desde la base
<b>España</b>	Transición de SS, a SNS	Evolución desde atención primaria, y “ <i>advocacy</i> ”, hacia interpretación	Nuevo país receptor	?	Equidad oculta por consideraciones sobre igualdad	Ausencia de discurso, prácticas desarrollada desde la base

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSIONES GENERALES**

En este último capítulo presentaremos las conclusiones generales de la tesis, tratando de señalar las principales implicaciones que de ella pueden derivarse para la disciplina del análisis de políticas públicas. Desde un plano más normativo, y dada la menor tradición de políticas públicas hacia poblaciones de origen inmigrante en España, trataremos también de extrapolar las conclusiones extraídas del estudio de los casos británico y francés para apuntar algunas recomendaciones que podrían servir de guía a las políticas hacia estos colectivos en el estado español.

En líneas generales esta tesis ha planteado la necesidad de prestar atención a la confluencia de una serie de ámbitos (el fenómeno de la inmigración, los límites de inclusión del Estado de Bienestar, y las disonancias entre políticas formalmente establecidas y prácticas realmente aplicadas) que generalmente son tratados por separado por la Ciencia Política, con la consiguiente pérdida de perspectiva en el análisis de la realidad social y política situada entre esos tres planos.

Tras jugar un papel determinante en el desarrollo económico en la Europa de los años 1950s y 60s, en un contexto internacional como el actual marcado por la creciente apertura e integración de

los mercados de capitales, bienes y servicios a nivel global, la migración ha mantenido su función como mecanismo flexibilizador de las economías más avanzadas (fundamentalmente en sectores intensivos en mano de obra). Pese a las resistencias de los países desarrollados a incluir la libre circulación de personas en el mencionado proceso de liberalización, la pervivencia de las presiones migratorias está garantizada ya que ésta continúa siendo una de las escasas oportunidades de promoción socio-económica (y en ocasiones incluso de supervivencia) para amplios sectores de población en los países en vías de desarrollo. Esta situación asegura a su vez que el tema de la inmigración continúe ocupando un lugar prominente en la agenda política de los países receptores. En este marco la extensión de derechos sociales a las poblaciones de origen inmigrante presenta un carácter marcadamente político, actuando como engranaje de un sistema más amplio y complejo a través del cual se articula la política migratoria de cada estado.

A lo largo de esta tesis, y mediante el análisis comparado de los casos considerados en esta investigación, hemos mostrado como las variables a las que generalmente se recurre para explicar la universalización de la atención sanitaria (argumentos de salud pública, sanidad como un bien colectivo, y reconocimiento de derechos individuales) resultan claramente insuficientes a la hora de dar cuenta de la extensión del derecho de acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos a las poblaciones de origen inmigrante.

De igual modo hemos mostrado como el desarrollo de políticas sanitarias hacia estos colectivos ha estado fuertemente condicionado por factores políticos coyunturales en los cuales se han visto inmersos (y que a su vez han sido modificados por) una serie de movimientos sociales y grupos de interés implicados tanto en el ámbito de la sanidad, como en el de la definición de la defensa de los intereses de las poblaciones de origen inmigrante (ONGs, asociaciones de inmigrantes, etc). El papel de estos grupos ha resultado fundamental ya que mediante su capacidad de movilización y presión han introducido este tema en la agenda política, a la búsqueda (y en buena medida provocando el

surgimiento) de contextos políticos favorables para la equiparación de derechos de estos colectivos respecto a las poblaciones autóctonas.

Una segunda conclusión de esta tesis gira en torno a la idea de que no todas las políticas que sobre el papel podrían ser planteadas son realmente aplicables en el ámbito concreto de un estado, ya que el proceso real de elaboración de las mismas no tiene lugar en un vacío institucional. Así, las medidas adoptadas por los estados receptores para incorporar a las poblaciones de origen inmigrante a sus sistemas sanitarios de un modo igualitario y equitativo han estado fuertemente condicionadas por los equilibrios institucionales pre-existentes, tanto en el ámbito sanitario, como en el de las políticas migratorias y de gestión de la diversidad interna.

En este sentido los equilibrios institucionales han sido conceptualizados en esta tesis de un modo relativamente amplio. Así hemos mostrado como el legado de las diferentes experiencias nacionales de creación de sus respectivos sistemas sanitarios, los patrones de desarrollo institucional y de organización de intereses en el seno de los mismos, las coaliciones de actores implicados en su funcionamiento y mantenimiento, los conjuntos de ideas que formalmente guían su actuación, y en definitiva el modo en que se ha definido históricamente el sistema sanitario público de cada país, han tenido una gran influencia sobre la evolución de los márgenes de cobertura, mecanismos de filtro y control, y en última instancia sobre las posibilidades de aplicación efectiva de medidas de restricción de elegibilidad.

De modo similar hemos procedido en relación a los equilibrios institucionales en los que se plasman los paradigmas de políticas de inmigración y de tratamiento de la diversidad interna, ya que éstos establecen los límites del marco normativo en el cual se mueven las autoridades a la hora de responder a las desigualdades, y a las demandas sanitarias diferenciadas. La importancia de esos equilibrios institucionales queda plasmada en dos dimensiones centrales a la hora de definir un problema y responder políticamente al mismo: el planteamiento general del concepto o

fenómeno sobre el que se pretende actuar; y la auto-percepción de los propios sujetos del proceso migratorio en el seno de la sociedad de acogida, y las implicaciones de esto en su patrón de participación política.

En relación al primero de dichos procesos hemos mostrado como el modo en que haya sido definida la política de un estado hacia la diversidad interna de su propia población tendrá una incidencia directa sobre la manera en que se agreguen identidades, se reflexione y discuta sobre la igualdad, y la equidad, así como sobre el modo más adecuado de actuar ante dichos fenómenos. De acuerdo con esto, los equilibrios institucionales previamente existentes estarán en buena medida determinando el propio margen para el cambio acumulativo dentro de un ámbito específico de políticas, al excluir de partida aquellos planteamientos que resulten más extraños al modelo desde el que un estado se aproxima a dicho ámbito de políticas.

La conclusión principal que se deriva de esto es que las políticas públicas no pueden ser analizadas únicamente como el resultado de las demandas de diferentes grupos sociales y políticos compitiendo entre si por la influencia política y por imponer sus planteamientos en la agenda política. El estudio de cualquier ámbito de políticas requerirá la toma en consideración previa de los mecanismos procedimentales que permiten que esas demandas sean planteadas, ya que estos mecanismos no se limitan únicamente a encuadrar los puntos de vista de los dichos intereses organizados, sino que seleccionan a los grupos que podrán plantear sus reivindicaciones, al tiempo que dan forma a las reivindicaciones de dichos grupos al pre-definir el ámbito estratégico en el que dichas demandas han de ser formuladas.

La segunda consecuencia importante de la influencia de los paradigmas que guían las políticas de inmigración y de tratamiento de la diversidad interna, y a la que hacíamos referencia anteriormente, está relacionada con la interacción entre el modo en que dichos paradigmas definen los mecanismos de inclusión en la comunidad, y el efecto que esto tiene sobre la propia identificación de los colectivos de origen inmigrante y su

participación en las esferas social y política. Como vimos en los distintos casos analizados, el modo en que el estado de acogida categorice a los grupos de origen inmigrante determinará las pautas de agregación de intereses desplegadas por esos mismos grupos, así como el grado y la forma de participación de dichos colectivos.

En el ámbito concreto de la sanidad esto ha supuesto un marcado contraste entre las organizaciones estructuradas en base al origen étnico de sus miembros, reivindicativas y proveedoras de servicios para su propia comunidad (en esquemas de partenariado con las administraciones públicas que financian dichos servicios como uno de los pilares centrales de su política de equidad hacia las poblaciones étnicamente minoritarias) como en el caso británico; y las organizaciones fundamentalmente universalistas que reivindican la igualación de derechos para todos, y proporcionan servicios en sustitución de las administraciones públicas (aunque con frecuencia con financiación de éstas) en el caso francés.

Las consecuencias de dichos paradigmas diferenciados no terminan en las diferencias en los mecanismos de “voz” que acabamos de señalar, sino que en buena medida llegan a ser interiorizadas por los propios colectivos de origen inmigrante que pese a permanecer fundamentalmente críticos respecto a dichos modelos de incorporación de puertas adentro (en su actuación cotidiana en la esfera de su país de acogida), se convierten con frecuencia en defensores de los mismos de puertas afuera (en su interacción con organizaciones similares procedentes de otros países en aquellos foros internacionales en los que se reúnen). Así, en aquellos contextos en que los gobiernos nacionales tratan de hacer valer sus respectivos modelos de incorporación en la escena supranacional (como es el caso en el desarrollo de una política común de inmigración para toda la UE) cuentan con frecuencia con el apoyo de las organizaciones que defienden los intereses de los colectivos de origen inmigrante que consideran el modelo de incorporación de su país como el más adecuado para ser adoptado a escala europea.

De todo lo dicho anteriormente no debe deducirse que los equilibrios institucionales que caracterizan a las políticas de cada estado en un ámbito concreto se encuentren completamente congelados, o que carecen de mecanismos para afrontar el cambio. Tal y como señala Ham, es cierto que el *policy-making* constituye en realidad una actividad relativamente “rara” en el seno de las instituciones y organizaciones “normalmente” ocupadas en garantizar el funcionamiento de sus procedimientos internos ya operativos, así como en tratar de mantener una relación fluida con los distintos colectivos y grupos de interés situados en el seno del sistema. Pese a esto (o precisamente por ello), los procedimientos institucionales están en permanente proceso de renegociación, es decir son dinámicos, con lo que se transforman constantemente dentro de unos patrones de cambio acumulativo ya precodificados en el propio equilibrio institucional.

Así, muchas de las políticas adoptadas en el ámbito de la sanidad en relación con los colectivos de origen inmigrante (como la adopción de políticas específicas de equidad para las poblaciones étnicamente minoritarias en el NHS británico) constituyen adaptaciones diseñadas para hacer frente a una realidad social cambiante (el intento de introducir un mecanismo de clasificación identitaria que permita cierto espacio para el reconocimiento de la diversidad étnica en la sociedad francesa, evitando simultáneamente todo riesgo de caer en categorizaciones etnicistas, refleja claramente los límites de los intentos por proceder de modo gradual en la apertura de un modelo considerado excesivamente rígido, sin transformar su esencia última).

Los cambios de mayor envergadura que impliquen el cambio de paradigma constituirán sin embargo un tipo de transformación marcadamente diferenciada de los procesos acumulativos “normalizados”, y tan solo resultarán factibles en aquellos momentos (*critical junctures*) de ruptura institucional (la transformación del sistema de aseguramiento sanitario español tradicional en un sistema nacional de salud constituye un buen ejemplo de cambio de paradigma organizativo facilitado por un

contexto de importante transformación política -acceso del PSOE al poder en el marco de una transición política hacia un régimen democrático liberal-).

Estas reflexiones acotan el margen para la definición de los equilibrios institucionales a través de los cuales los estados hacen frente a un determinado ámbito de políticas. Así, en relación a las políticas dirigidas a las poblaciones de origen inmigrante nos sitúan en un contexto en el que los estados hacen frente a los retos que les plantean unas poblaciones crecientemente diferenciadas utilizando sus propios registros, herramientas cognitivas y pautas de actuación resultado de su historia particular, con frecuencia concebidos con otros fines (experiencias coloniales, incorporación de la diversidad autóctona). Aparecerán así una serie de tensiones que resultan específicas de cada modelo nacional, y que dan pie a una narrativa diferenciada acerca del engarce de las poblaciones de origen inmigrante en el paradigma de políticas de cada estado.

En el caso concreto de las políticas sanitarias hemos podido constatar como las condiciones específicas que dieron lugar al surgimiento de los sistemas sanitarios públicos en cada estado (planteamiento del papel del estado, constitución y reforzamiento del estado nación, importancia de la variable de movilización nacionalista, etc), junto con los marcos normativos relativos a las políticas migratorias y de incorporación de la diversidad (definición de la comunidad nacional), determinaron el discurso acerca del rango de cobertura del sistema sanitario público considerado como legítimo. Así, en el RU se instauró un discurso del “abuso” del NHS por parte de extranjeros desde su misma creación debido al carácter universalista y carente de mecanismos de control de elegibilidad de dicho sistema. El concepto de “abuso” no apareció en el debate político francés hasta bien entrada la década de los 1990s (cuando el sistema de aseguramiento había alcanzado ya a la gran mayoría de la población residente), estando la tensión política en dicho sistema centrada en las contradicciones entre los discursos de solidaridad nacional y los esquemas organizativos de tipo corporatista que estructuraban los esquemas de protección social. Finalmente, en el

caso español los ejes directores de las tensiones del sistema sanitario público siguen hasta hoy girando en torno a los problemas de articulación de un SNS descentralizado y con fuertes rémoras de su pasado como esquema de aseguramiento sanitario, con poquísimos espacio dedicado (todavía) al tema del uso (o “abuso”) de dicho sistema por parte de población de origen extranjero.

Otro hilo argumental seguido en esta tesis, y del cual podemos extraer algunas conclusiones generales relevantes para el conjunto de la disciplina del análisis de políticas públicas, es el de la existencia de una marcada disonancia entre el plano de los discursos emitidos por los estados acerca de un determinado ámbito de políticas (en el cual nos hemos centrado en las páginas inmediatamente anteriores), y las prácticas reales de las organizaciones encargadas de aplicar dichas medidas. El estudio de la actuación de las agencias encargadas de la implementación de las políticas resulta importante, ya que de ésta se derivará el impacto final de la legislación sobre la realidad en la que pretenden intervenir. En esta tesis hemos mostrado como en el ámbito de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante dichas prácticas difieren considerablemente de los modelos formales enunciados por las cúpulas de las instituciones y organizaciones. En la base de dichas disonancias, que no son privativas de ninguno de los modelos o paradigmas, y que hemos documentado en todos los casos incluidos en nuestro marco comparativo, se encuentran fundamentalmente la discreción de los burócratas encargados de la aplicación efectiva de las políticas, la dificultad de controlar la periferia de organizaciones extremadamente complejas, y el carácter simbólico de muchas de las políticas oficialmente adoptadas por gobiernos e instituciones.

El gran margen de autonomía del que disfrutaban las burocracias (definidas en un sentido amplio incluyendo los diferentes niveles jerárquicos que componen las instituciones) en la aplicación de las prácticas de funcionamiento de las organizaciones (reguladas por mecanismos formales e informales que pautan la cotidianidad de las tareas a desarrollar) implica que algunas medidas pueden llegar

a ser bloqueadas (de modo alegal e incluso hasta ilegal, como ejemplifican las extremas dificultades en la implementación de los intentos de cobrar el tratamiento sanitario dispensado a los *overseas visitors* en el RU, o de extender la cobertura del sistema de aseguramiento sanitario a los extranjeros en situación precaria a través de la CMU de base en Francia) si éstas se oponen a las prácticas corrientes de dichas organizaciones. Las posibilidades de bloqueo estarán condicionadas por la estructura institucional del propio sistema (mecanismos de control “*embedded*” en el mismo), así como por la existencia de grupos movilizados que traten de controlar las desviaciones respecto a la política oficialmente promulgada (capacidad de movilización y presión de los “*poverty lobbies*” a la que nos referimos anteriormente).

El segundo factor explicativo de dicho proceso de disociación entre políticas oficiales y prácticas organizacionales identificado a través de nuestro análisis es el grado de control que el centro de las organizaciones (autoridades políticas y cúpula de las organizaciones socio-sanitarias en nuestro caso) sea capaz de ejercer sobre su propia periferia. El ejemplo de los sistemas sanitarios ha sido en este sentido claramente ilustrativo de las dificultades de vertebración institucional derivadas de la extrema complejidad de los flujos de autoridad y de información en dichos sistemas. La compleja yuxtaposición de niveles políticos (desde el ámbito nacional hasta el local), administrativos (desde el nivel ministerial, hasta la dirección de la agencia socio-sanitaria específica), y técnicos (distintos niveles profesionales), con sus respectivas estructuras de incentivos e intereses no siempre concordantes, implicará una transmisión desvirtuada de las directrices emitidas desde el centro, y su adaptación progresiva a la idiosincrasia específica de cada nivel organizacional según se avanza hacia la periferia, y por lo tanto hacia el nivel en el que se habrá de materializar la implementación de las mismas.

La falta de voluntad política para implementar las políticas oficialmente adoptadas constituye en última instancia el factor predominante en la explicación de las disonancias entre discursos y prácticas. Esto es así tanto por acción (adopción de medidas de

carácter esencialmente simbólico), como por omisión (utilización parcial o inconsistente de los mecanismos disponibles para el control sobre la actividad de las agencias y organizaciones encargadas de implementar las políticas, incrementando así el margen de discrecionalidad burocrática a la que hacíamos referencia anteriormente). Mención especial en este sentido merecen las acciones simbólicas, entendidas como aquellas medidas adoptadas con objeto de enviar un mensaje a la opinión pública (o a algún colectivo específico) mostrando el compromiso de las autoridades públicas con la resolución de un determinado problema, fundamentalmente encaminadas a mantener apoyos políticos y estabilidad social, y/o a restar fuerza a demandas que reclamen reformas de mayor calado, más que a responder realmente a un problema que puede ser de hecho de naturaleza esencialmente irresoluble (por razones técnicas, políticas o financieras).

Así hemos podido comprobar como buen número de medidas adoptadas por las autoridades sanitarias de los países receptores de flujos migratorios, particularmente en el ámbito de las políticas de equidad, poseían un carácter esencialmente simbólico, sin que existiese la voluntad (ni de hecho la posibilidad) de acometer realmente las reformas que hubiesen sido necesarias para alcanzar las metas que supuestamente se planteaban como deseables para sus sistemas sanitarios públicos (por ejemplo la transformación de sus prestaciones para adaptarlas a un modelo verdaderamente multicultural).

La consecuencia principal de la existencia de dichas disonancias entre discursos y prácticas es el cuestionamiento de la importancia real de los *policy paradigms* a los que habíamos atribuido el papel de inspiradores teóricos de los equilibrios institucionales específicos de cada estado en un determinado ámbito de políticas. Aunque podría plantearse ciertas dudas en torno a la pregunta (de carácter claramente kuhniano) de hasta que punto la acumulación de contradicciones entre discursos oficiales y prácticas cotidianas puede llegar a provocar la sustitución de los viejos paradigmas; la realidad parece mostrar que dichos modelos

teóricos presentan una particular resistencia a la evidencia empírica, y perviven con cierta soltura en contextos marcados por una clara (y hasta cierto punto “esquizofrénica”) disonancia entre lo previsto por los discursos y lo realmente aplicado por las prácticas organizacionales.

Paralelamente a esto, constataríamos una considerable similitud entre las prácticas realmente aplicadas en los distintos estados, hasta el punto de poder hablar de una cierta convergencia de pautas de actuación, pese a la pervivencia de innumerables diferencias entre los mecanismos y patrones organizativos de los distintos países. Así, esta relativa convergencia de *outputs* (particularmente visible en el ámbito de las políticas sanitarias de equidad) implicaría que, aunque utilizando mecanismos muy diferenciados y en contextos institucionales y políticos radicalmente distintos, los servicios sanitarios disponibles para los colectivos de origen inmigrante en los países incluidos en esta investigación presentarían más rasgos comunes de lo que cabría esperar, dada la radical diferencia de modelos y políticas oficiales hacia la inmigración en estos países. Como botón de muestra de dicho patrón de convergencia en las prácticas de las políticas sanitarias de equidad hacia las poblaciones de origen inmigrante podemos referir el caso de los programas de traducción e interpretación lingüística desarrollados en los tres países incluidos en este estudio (aunque ciertamente con un grado de penetración de dichos esquemas considerablemente diferenciado) a través de equilibrios institucionales similares (convenios más o menos formalizados entre administraciones públicas y organizaciones del tercer sector).

En otras ocasiones, la convergencia entre programas concretos obedece a otros condicionantes como el aprendizaje (imitación de políticas ya ensayadas en otro país), y la europeización (adopción de una determinada política por imperativo de la pertenencia en la UE), más que a las disonancias entre discursos y prácticas antes mencionadas. Un ejemplo de este tipo de convergencia lo constituye la evolución de las políticas de monitorización y lucha contra la discriminación en los casos británico y francés. Así,

mientras las autoridades francesas habrían decidido crear el GELD (agencia para-pública encargada de luchar contra toda forma de discriminación, incluidas aquellas basadas en la nacionalidad o el origen de las personas) muy recientemente, tras una larga reivindicación en este sentido por parte de las organizaciones de la sociedad civil, y ante la perspectiva de la aprobación de una directiva comunitaria que obliga a los estados miembros a establecer algún tipo de agencia con esos mismos objetivos; en el caso británico, sin embargo, las autoridades llevarían algún tiempo trabajando en el proyecto de subsumir la CRE en una organización paraguas que monitorice la lucha contra la discriminación racial dentro de un enfoque más generalista (vuelta hacia una política de “*mainstreaming*” provocada por la constatación del relativo fracaso en la vía multiculturalista intentada, que suponía la existencia de una agencia especializada únicamente en monitorizar la discriminación contra los grupos étnicamente minoritarios).

Esta evolución de la política antidiscriminatoria británica estaría en línea con lo señalado por Lipski ya a principios de los 1980s, al apuntar que la creación de agencias especializadas para afrontar los problemas de las minorías presenta una serie de ventajas (tiende a incrementar el porcentaje de empleados pertenecientes a dichos grupos, introduce en la agenda de las organizaciones la necesidad de mejorar el tratamiento hacia estos grupos, y controlar las posibles discriminaciones); pero al mismo tiempo provoca una inhibición del grueso de la organización respecto a la problemática de las minorías, impidiendo así que ésta modifique sus prácticas discriminatorias, y creando una clientela compartimentada en base a la variable cuya importancia se trata precisamente de minimizar<sup>442</sup>.

---

<sup>442</sup> Como señala este autor, “*Special units often end up taking responsibility for areas that are properly the general responsibility of other bureaucrats. They provide a symbolic approach to deeply divisive issues, and by providing street-level bureaucrats with a safety valve in their confrontation with clients, they may do as much harm as good with respect to changing the general orientation of the agency personnel*” (Lipski, 1980: 136).

La naturaleza de los retos planteados a los sistemas sanitarios públicos de los países receptores por la llegada de poblaciones de origen inmigrante varía sin duda en función de la fase del proceso de asentamiento de dichos grupos en la sociedad de acogida. Durante los primeros estadios de dicho proceso la prioridad absoluta de los inmigrantes es incorporarse al mercado de trabajo, y su posición en el resto de los ámbitos de la sociedad receptora (vivienda, sistema educativo, sanitario, etc) quedan supeditadas a ese fin. Para las autoridades sanitarias la principal preocupación en esos momentos es la posible importación de enfermedades infectocontagiosas por dichos inmigrantes, así como las políticas de igualdad, es decir, el acceso de estos grupos a alguna forma de atención sanitaria.

Con la transformación de los colectivos de origen inmigrante en comunidades étnicamente diferenciadas, las autoridades sanitarias comienzan a modificar su enfoque, pasando a prestar mayor atención a los aspectos relacionados con la diversidad interna generada por dichos procesos migratorios, siempre de acuerdo a sus propios paradigmas de políticas a los que hemos hecho amplia referencia. Esto implica (con mayor o menor énfasis) la toma en consideración de las desigualdades en salud que afectan a los distintos estratos de la población, el comienzo del debate acerca de la conveniencia de incluir (de una u otra forma) la variable “etnicidad” en el estudio de dichas desigualdades, y la necesidad de plantear políticas específicas con objeto de contrarrestar dichas desigualdades.

La mayor atención a las política de equidad que caracteriza a esta segunda fase no supone la total desaparición del tema de la igualdad de la agenda política, pero si un cambio en la estructura de prioridades políticas, y la aparición de una tensión (específica en cada estado en función de las medidas adoptadas en cada uno de los ámbitos de políticas implicados) entre políticas de igualdad y de equidad en relación a las poblaciones de origen inmigrante.

Dicho balance entre ambos tipos de políticas se encuentra en una suerte de equilibrio inestable, sometido a presiones procedentes de todos los puntos del espectro ideológico. Así, las

posiciones más comunitaristas que abogan por una mayor profundización en las políticas de equidad (lo cual implicaría una mayor transformación de los esquemas de provisión de servicios socio-sanitarios para adaptarlos a unas demandas diferenciadas procedentes de colectivos étnicamente minoritarios), son contrarrestadas por aquellos que no solo desde posiciones conservadoras (temor a la pérdida de la “identidad” de la sociedad de acogida), o liberales (problemas de principios con la idea de la existencia de programas compensatorios), sino también desde planteamientos de defensa de los derechos de las mujeres (críticas a los modelos más comunitaristas por tratar de reproducir patrones culturales patriarcales en los que varones ancianos actúan como líderes de las comunidades y como intermediarios con las administraciones públicas, relegando así a las mujeres a un segundo plano y bloqueando su acceso a mecanismos de “voz”) se muestran contrarios a la profundización de las políticas de equidad.

La victoria de un partido neo-populista en las elecciones generales holandesas de mayo de 2002 con un programa electoral basado fundamentalmente en el rechazo al modelo multiculturalista de incorporación de las poblaciones de origen inmigrante muestra claramente las limitaciones de los discursos de equidad con un perfil muy marcado, y su utilización como factor de movilización política, algo a lo que los partidos progresistas resultan particularmente vulnerables.

El hecho de que las prácticas de las organizaciones encargadas de la provisión de servicios socio-sanitarios tiendan a parecerse más de lo que harían prever los distintos modelos de políticas de cada estado proporciona quizás una idea de las limitaciones y los compromisos entre lo deseable (esquemas socio-sanitarios más flexibles que se adapten mejor a demandas diferenciadas por parte de colectivos minoritarios) y lo posible (necesidad de homogeneización y estandarización de trato y procedimientos organizacionales en dichos sistemas), más adecuada de la que dibujarían los modelos y paradigmas teóricos.

*Algunas implicaciones para el desarrollo de políticas en el caso español*

El análisis comparado de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en un grupo de países europeos, algunos con una larga trayectoria de intervención en este ámbito de políticas, puede resultar útil a la hora de apuntar algunas líneas generales para el desarrollo de este tipo de políticas en un estado como el español, donde existe una escasa tradición de recepción de flujos migratorios.

En este sentido, la inexistencia de un modelo de incorporación tradicional propio claramente desarrollado que limite el margen de maniobra a la hora de definir políticas podría constituir ciertamente una ventaja, al permitir una mayor capacidad de innovación, y un mayor margen para la adopción de ideas y modelos procedentes de otros países donde hayan sido sometidos a la prueba de la contrastación empírica.

La realidad sin embargo no resulta tan simple, dada la pluralidad de modelos ya existente derivada del alto grado de descentralización política y administrativa del estado español. Así, algunas CCAA como Cataluña, con una larga tradición de incorporación de colectivos de origen inmigrante (aunque hasta fechas recientes procedentes fundamentalmente de otras regiones del estado español) han desarrollado un modelo propio, más o menos explícito, para abordar el proceso de incorporación de los nuevos colectivos de origen inmigrante asentados en su territorio. Por contraposición, otras CCAA como Andalucía o Murcia, carecen en términos generales de dicho modelo pese a haberse convertido en regiones con importantes colectivos de origen inmigrante asentados en su territorio. El desarrollo de un marco general de política de incorporación a nivel del estado que pudiese actuar como mínimo común denominador, y como referencia general para las diferentes CCAA, resultaría una aportación útil en esta dirección. Para abordar dicha tarea se debería superar la lógica de la política de inmigración entendida como una cuestión

de control de fronteras (dinámica en la que se encuentra la política española desde que “descubrió” el fenómeno de la inmigración hace ya más de tres lustros), y asumir la necesidad de pensar en dichos procesos como algo con vocación y voluntad de permanencia.

Dicha política de incorporación de la diversidad, en su vertiente de definición de los mecanismos de inclusión de dichos colectivos a los esquemas de protección social, debería basarse en la canalización de los colectivos de origen inmigrante hacia los dispositivos socio-sanitarios generalistas, manteniendo un discurso de “*mainstreaming*” muy marcado, lo cual dificultaría la utilización de este tema con fines electoralistas. Dicho discurso sin embargo no debería estar marcado por la ingenuidad (garantizar el acceso de derecho no es suficiente para eliminar las desigualdades), o la hipocresía (sin programas específicos, los grupos en situación más vulnerable, incluyendo una buena parte de los colectivos de origen inmigrante, sufren severas inequidades), por lo que debería venir acompañado de una flexibilidad explícita que reconozca, financie, y monitorice el desarrollo de algunos esquemas específicos necesarios para atender algunas necesidades diferenciadas.

Entre dichos esquemas básicos deberían encontrarse el desarrollo de programas de interpretación lingüística y cultural para facilitar la comunicación entre pacientes y profesionales socio-sanitarios; la creación de esquemas de atención especializada en determinados ámbitos de actividad sanitaria (enfermedades específicas, campañas preventivas y de salud materno-infantil adaptadas a determinados colectivos, etc); y el establecimiento de procedimientos de monitorización del estado de salud de la población en general, incluyendo variables que puedan recoger el impacto de la variable étnica en las desigualdades en salud existentes.

La evidencia extraída de los casos analizados en esta tesis demuestra que la mayor parte de los esquemas de este tipo han sido establecidos generalmente a través de alguna forma de partenariado con organizaciones del tercer sector, permitiendo así

una mayor flexibilidad en su gestión, y evitando buena parte de los problemas de implementación característicos de las administraciones públicas a los que nos hemos referido anteriormente. La cuestión a controlar en este sentido sería evitar que dichos programas de cooperación con el tercer sector pudiesen servir únicamente como una forma de reducir los costes de aplicación de dichos programas (fundamentalmente a través de la precarización laboral de los profesionales socio-sanitarios), o como cortinas de humo características de las medidas con un marcado carácter simbólico, para lo cual sería necesario una clara voluntad política para avanzar en esa dirección.

El desarrollo de mecanismos de coordinación socio-sanitaria a nivel estatal que permitan crear un marco general común entre todas las CCAA, al tiempo que puedan actuar como espacios para el intercambio de aprendizaje de políticas dentro del territorio del estado, podría tener una implicación muy clara en el ámbito de las políticas hacia los colectivos de origen inmigrante.

Finalmente, la creación de una agencia anti-discriminación que incorpore una multiplicidad de dimensiones (género, origen étnico, etc), permitiría no solo cumplir con las directrices comunitarias de próxima aplicación en el estado español, sino establecer simultáneamente uno de los ejes centrales de actuación pública en la búsqueda de un marco de políticas que garantice adecuadamente la igualdad de trato a los colectivos de origen inmigrante.

## APÉNDICE METODOLÓGICO

### Entrevistas realizadas

#### Reino Unido

- Eileen Bye (Joint Council for the Welfare of Immigrants), 4-noviembre-1997.
- Naaz Coker (King's Fund), 6-junio-2000.
- Arjan Gonca (LSE), 25-mayo-2000.
- Julian LeGrand (LSE), 27-mayo-2000.
- George Leahy (East London and the City Health Authority), 27-septiembre-1999.
- Lydia Lee (DoH Action on Health Equality Program), 18-junio-2002.
- Chris Smaje (University of Surrey), 3-junio-2000.
- Ann Taket (Professor of Primary Health Care, South Bank University), 5-junio-2000.
- Mildred Zinka (Refugee Council), 25-agosto-1997.

#### Francia

- Sibel Agrali, (Association Primo-Levi), 30-julio-2001.
- Marianne Berthod-Wurmser, (DPM, ex-directora de la MIRE), 10-julio-2001.
- Catherine Borrel, (INSEE), 18-julio-2001.
- Pierre Chauvin, (INSERM), 26-julio-2001.
- Patrick du Cheyron, (DREES), 26-julio-2001.
- Agnes Couffinhal, (CREDES), 19-julio-2001.
- Françoise Debadts (MSF, Mission France), 24-julio-2001.
- Mme. Deletong (SS Travailleurs Migrants), 20-julio-2001.
- Mohamed El Moubaraki, (Migration-Santé), 11-julio-2001.
- Marie-Therese Espinasse, (Directora del Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale), 13-julio-2001.
- Didier Fassin, (CRESP, Université Paris XIII), 18-mayo-1998.
- Françoise Galabru, (Chargé de Santé, DPM), 18-julio-2001.
- Patrick Hassenteufel (CRAP), 3-julio-2001.

- Farid Lamela (Chargé de mission, MDM), 23-julio-2001.
- Patrick Legales (CEVIPOF, IEP), 6-agosto-2001.
- Didier Maille (Comede, Hôpital Kremlin-Bicetre), 16-julio-2001.
- Gerard Moreau, (Ex-Director de la DPM), 17-julio-2001.
- Bruno Palier (CEVIPOF, IEP), 10-enero-2001.
- Mme Paulini, (FAS), 30-julio-2001.
- Michel Sauvêtre, (Director Inter-Service Migrants), 24-julio-2001.
- Daniel Senovilla, (Chargé de mission, MSF), 6-julio-2001.
- Vincent Viet (DREES), 13-julio-2001.

España

- Joseba Achotegui (psiquiatra del SAPPPIR), 3-abril-2001.
- Fatima Ahmed (Asociación hispano-marroquí Ibn-Batuta), 24-mayo-2001.
- Dr. Andreu (Médico del programa de atención a refugiados e inmigrantes de Cruz Roja), 26-enero-2000.
- Carles Campuzano (Diputado por Barcelona, CIU, miembro de la ponencia de la Comisión Consitucional encargada del estudio de reforma de la Ley de Extranjería), 9-marzo-2001.
- Francesc Coll (Responsable programa PIRMI, Benesta Social Generalitat), 11-octubre-2000.
- Ana Gonzalez (Responsable de Política Social de Comisiones Obreras de la CAM), 7-marzo-2000.
- Jose Alfredo de Juan Urien (Director del Centro Integrado de Salud de Ciudad Lineal), 1-junio-1997.
- Javier Lopez (Responsable Área de Política Social, Sección Migraciones Unión General de Trabajadores de la CAM), 17-febrero-2000.
- Nuria López Fernández (Consejera Técnica, Subdirección General de Extranjería, Dirección General de Política Interior, Ministerio del Interior), 15-septiembre-1999.
- Fadhila Mammam (Ex-adjunta de dirección del programa Cuarto Mundo de Médicos del Mundo), 12-agosto-1998.
- Gaspar Maza (Serveis Personals Ciutat Vella, Ajuntament de Barcelona), 23-mayo-2001.

*466 / Análisis comparado de las políticas sanitarias*

- Manuel Javier Pretel Pretel (Ex-director del programa de atención a refugiados e inmigrantes de Cruz Roja, y director del programa Cuarto Mundo de Médicos del Mundo), 25-enero-2000.
- Juani Rodrigo (Coordinadora del Centro de Atención Socio Sanitaria de Inmigrantes de Madrid de Médicos del Mundo), 27-octubre-1997.
- Anabel del Pozo (CITE Madrid), 7-marzo-2000.

**Encuestas analizadas**

*European Community Household Panel 1996, Eurostat.*

*Enquête sur la santé, les soins et la protection sociale en France en 1998, CREDES.*

## BIBLIOGRAFÍA

- Aanchawan, T. 1996. Room at the Top. Health Service Journal, No. 7, March.
- Aanchawan, T., y F. Presley. 1997. SHARE. Race and Health. London: King's Fund.
- Abdallah, M. 2000. J'y Suis, j'y Reste. Paris: Reflex.
- Abel-Smith, B. 1994. An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing. London: Longman.
- Acheson, D. 1998. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. Stationery Office, London.
- Ahmad, W. 1992. The Politics of "Race" and Health. Bradford: Race Relation Unit.
- 1996. Race and Health in Contemporary Britain. Buckingham: Open U. Press.
- Ahmad, W., y K. Atkin. 1996. Race and Community Care. Buckingham: Open U. Press.
- Aiach, P., R. Carr-Hill, S. Curtis, y R. Illsley. 1987. Les Inégalités Sociales de Santé en France et en Grande-Bretagne. Paris: INSERM.
- Aja, E., F. Carbonell, Colectivo IOE, J. Funes, e I. Vila. 1999. La inmigración extranjera en España. Los retos educativos. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Alexander, Z. 1999. The Department of Health: Study of Black, Asian and Ethnic Minority Issues. London: Department of Health.

- Alfandari, E. 1987. *Réflexions sur la Place et le Role du Droit dans la Protection Sociale des Immigrés*. *Revue du droit sanitaire et social*, Vol. 23, No. 2.
- Allen, Y. 1993. *Rationing Health and Social Care*. London: Policy Studies Institute.
- Álvarez Rodríguez, A. 1990. *Nacionalidad y Emigración*. Madrid: La Ley.
- Ambler, J. 1987. *Constraints on Policy Innovation in Education: Thatcher's Britain and Mitterrand's France*. *Comparative Politics*. 20 (1).
- Anheier, H., y W. Seibel. 1990. *The Third Sector: Comparative Studies of Non-profit Organizations*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Aparicio Tovar, J. *La Seguridad Social y la Protección de la Salud*. Madrid: Civitas.
- Ashford, D. 1982. *British Dogmatism and French Pragmatism. Central-Local Policy-making in the Welfare State*. London: George Allen & Unwin.
- 1978. *Comparing Public Policies. New Concepts and Methods*. London: SAGE.
- Aspinwall, M., y G. Schneider. 2000. *Same Menu, Separate Tables: The Institutionalist turn in Political Science and the Study of European Integration*. *European Journal of Political Research* (38).
- Assemblée Nationale. 1996. *Rapport de la Commission d'Enquete sur l'Immigration Clandestine et le Séjour Irrégulier d'Étrangers en France*. Paris: Assemblée Nationale.
- Association Primo Levi. 2001. *Rapport d'Activité de l'Année 2000*. Paris: A. Primo Levi.
- Atkin, K., y J. Rollins. 1993. *Community Care in a Multi-Racial Britain: A Critical Review of the Literature*. London: Department of Health, Social Policy Research Unit.
- August, P., y A. Veisse. *Droit de la Santé et Situation d'Exil*. Paris: Informations Sociales, No. 78.
- Badou, G. 1985. *L'État de Santé*. Paris: Buchet-Castel.

- Bagilhole, B. 1997. *Equal Opportunities and Social Policy: Issues of Gender, Race and Disability*. London: Longman.
- Bahl, V. 1993. *The Development of a Black and Ethnic Minority Health Policy at the Department of Health*. *Innovation in Social Sciences Research*, Vol.6, No.1.
- Balarajan, R., y V. Soni Raleigh. 1992. *The Ethnic Population of England and Wales: The 1991 Census*. *Health Trends*, Vol.24.
- 1993. *Ethnicity and Health. A Guide for the NHS*. London: Department of Health.
- Baldwin-Edwards, M. 1994. *The Politics of Immigration in Western Europe*. *West European Politics*, Vol. 17, No. 2.
- Baldwin-Edwards, M. y J. Arango. 1999. *Immigrants and the Informal Economy in Southern Europe*. Oregon: Frank Cass.
- Baraitser, P. 1999. *Family Planning and Sexual Health: Understanding the Needs of South Asian Women in Glasgow*. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 25 (1).
- Bardsley, M., J. Hamm, C. Lowdell, D. Morgan, y M. Storkey. 2000. *Developing Health Assessment for Black and Minority Ethnic Groups. Analysing Routine Health Information*. London: The Health of Londoners Project. ELCHA.
- Bardsley, M., y C. Lowdell. 1999. *Health Monitoring for Black and Minority Ethnic Groups. A Discussion Paper*. London: The Health of Londoners Project. ELCHA.
- Baritser, P. 1999. *Family Planning and Sexual Health: Understanding the Needs of South Asian Women in Glasgow*. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol. 25, No. 1.
- Bastenier, A., y F. Dassetto. 1993. *Immigration et Espace Publique. La Controverse de l'Integration*. Paris: Éditions l'Harmattan.
- Baubock, R. 1991. *Immigration and the Boundaries of Citizenship*. University of Warwick.
- Baubock, R., A. Heller, y A. Zolberg. 1996. *The Challenge of Diversity. Integration and Pluralism in Societies of Immigration*. Aldershot: Avebury.
- Baxter, C. 1997. *Race Equality in Health Care and Education*. London: Bailliere Tindall.

- Béland, D., y R. Hansen. 2000. Reforming the French Welfare State: Solidarity, Social Exclusion and the Three Crisis of Citizenship. *West European Politics*, Vol.23, No.1.
- Borgetto, M., y Lafore, R. 2000. *La République Sociale: contribution à l'étude de la question démocratique en France*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Boulanger, M. 1994. L'Accès aux Soins de Santé en France des Étrangers R ressortissants non Communautaires. *Revue de droit sanitaire et social*, No. 3.
- Belet, P. 1992a. "Interculturel": Comprendre pour mieux Soigner. *Espace Social Européen*, No. 7.
- 1992b. Les Immigrées Aussi ont leur Mutuelle. *Espace Social Européen*, No. 6.
- Benach, J. 2002. Desigualdades Sociales en Salud en España: Balance y Retos. Ponencia Presentada en la II Jornada Desigualdades Sociales en Salud. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.
- Bendor, J., S. Taylor, y R. Van Gaalen. 1987. Stacking the Deck: Bureaucratic Missions and Policy Design. *The American Political Science Review* 81(3).
- Bennegadi, R. 1992. Migrations et Urgences. *Revue de Medicine Psychosomatique*, No. 29.
- Bennegadi, R., y F. Bourdillon. 1990. La Santé des Travailleurs Migrants en France. *Revue Européenne des Migrations Internationales*.
- Bennet, C. 1990. What Is Policy Convergence and What Causes It? *British Journal of Sociology* No. 21.
- Bertaux, S. 1999. Contre la Circulation des Stéréotypes. *Plein Droit*, No. 41- 42.
- Bevan, A. 1964. *In Place of Fear*. New York: Monthly Review Press.
- Bigo, D. 1993. Terrorisme, Drogue, Immigration: les Nouvelles Figures de l'insecurité en Europe. *Revue Internationale d'Action Communautaire* (70).

- Bimbridge, M., B. Burkitt, y M. Macey. 1994. The Maastricht Treaty: Exacerbating Racism in Europe? *Ethnic and Racial Studies* 17 (3).
- Bloor, K., y A. Maynard. 1995. *Equity in Primary Care*. York: University of York.
- Bollini, P. 1993. Health for Immigrants and Refugees in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries. *Innovation in Social Sciences Research*, Vol. 6, No. 1.
- Bollini, P., y H. Siem. 1995. No Real Progress Towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the Year 2000. *Social Science and Medicine*, Vol. 41, No. 6.
- Bonnafus, S. 1992. L'immigration en France. Données, Perspectives. *Revue Française des Affaires Sociales*, Hors Série.
- Boreham, P., R. Hall, y M. Leet. 1996. Labour and Citizenship: The Development of Welfare State Regimes. *Journal of Public Policy* 16 (2).
- Bourdieu, P. 1984. *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge.
- Bourdillon, F., y P. Lombrail. 1988. Le Dispositif d'Aide Médicale en France. Paris: *Migrations-Santé*, No.57.
- Bourdin, M. 1992. "Tu ne Couperas Point" L'Excision ou l'Impossible Compromis. *Migration-Santé*, No. 70.
- Les blancs ont dit c'est pas bon pour les filles. *Accueillir*, No. 195.
- Brans, M., y S. Rossbach. 1997. The Autopoiesis of Administrative Systems: Niklas Luhmann on Public Administration and Public Policy. *Public Administration*, Vol.75.
- Brettell, C., y J. Hollifield. 2000. *Migration Theory. Talking Across Disciplines*. New York: Routledge.
- Brochmann, G. 1994. *Immigration and Democracy. Limits of Control*.
- Brockington, F. 1967. *The Health of the Community*. London: J & A Churchill.

- Brodkin, E. March 2000. "Investigating Policy's "Practical" Meaning: Street-Level Research on Welfare Policy". Mimeo.
- Winter 1987-88. Policy Politics: If We Can't Govern, Can We Manage? *Political Science Quarterly* 102 (4).
- Brown, C., y R. Segal. 1996. Ethnic Differences in Temporal Orientation and its Implications for Hypertension Management. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 37.
- Brubaker, R. 1992. *Citizenship and Nationhood in France and Germany*. Cambridge, MA.: Harvard U. Press.
- 1995. Comments on "Modes of Immigration Politics in Liberal Democratic States". *International Migration Review*, Vol.29, No.4.
- Brucker, G., y D. Fassin. 1989. *Santé Publique*. Paris: Marketing.
- Bunbury, H. 1959. *Lloyd George's Ambulance Wagon*. Being the Memoirs of W.J. Braithwaite. London: Methven and Co.
- Caines, E., E. Costas, y J. Freire. 1997. *Reformas Sanitarias y Equidad*. Madrid: Fundación Argentaria.
- Caldwell, J., y G. Santow. 1991. *Selected Readings in the Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*. Canberra: Australian National U.
- CAM. 2000. *Boletín OFRIM*, No.31 Abril. Madrid: OFRIM.
- Campbell, J. 1998. Institutional Analysis and the Role of Ideas in Political Economy. *Theory and Society* (27).
- Carde, E., D. Fassin, N. Ferr., y S. Musso-Dimitrijevic. 2002. *Un Traitement Inégal. Les Discrimination dans l'Accès aux Soins*. *Migrations Etudes* (106).
- Cáritas. 1995. *Inmigrantes. Propuestas para su Integración*. Madrid.
- Castles, F. 1999. *Comparative Public Policy. Patterns of Post-War Transformation*. Cheltenham: Edward Elgar.
- 1995. Welfare State Development in Southern Europe. *West European Politics* 18 (2).
- Castles, S., y G. Kosack. 1985. *Immigrant Workers and Class Structure in Western Europe*. Oxford: Oxford U. Press.

- Cesari, J. 1995. *L'Islam en Europe*. Paris: La Documentation Française.
- Chandra, J. 1996. *Facing Up to Difference. A Toolkit for Creating Culturally Competent Health Services*. London: King's Fund.
- Chaplin, N. 1982. *Health Care in the UK. Its Organisation and Management*. London: Kluwer.
- Chauvin, P. 1999. *Enquête auprès des Personnes Séropositives et de leurs Proches Utilisant les Services de l'Association Aides*. Mimeo.
- Chauvin, P., I. Parizot, G. Menahem, M. Guiguet, N. Pech, y J. Lebas. 1999. *L'Étude Précar: Trajectoires de Précarité, États de Santé et Accès aux Soins. Une Étude Multicentrique auprès des Clientèles de Dispositifs de Soins Gratuits en Région Parisienne*. Paris: Institut de l'Humanitaire.
- Cohen, R. 1995. *Fuzzy Frontiers of Identity: The British Case*. *Social Identities* 1 (1).
- 1992. *Migrants in Europe: Processes of Exclusion and Inclusion*. *New Community* 18 (2).
- Cohen, S. 1983. *From Ill Treatment to No Treatment*. Manchester Law Centre.
- Commission for Racial Equality. 1978. *Asians and the Health Service. A Directory of Measures Implemented by Area Health Authorities to Meet the Needs of the Asian Community*. London.
- 1994. *Race Relation Code of Practice in Maternity Services*. London.
- 1992. *Race Relations Code of Practice in Primary Health Care Services*. London.
- Comunidad Autónoma de Madrid. 1996. *Ponencia Socio-Sanitaria. Plan Regional para la Integración de Inmigrantes de la CAM*. Madrid.
- Cong, H., T. Lecomte, y A. Mizrahi. 1992. *Recours aux Soins et Morbidité des Desfavorisés 1988-90*. Paris: CreDES.
- Cooper, H., C. Smaje, y S. Arber. 1999. *Equity in Health Service Use by Children: Examining the Ethnic Paradox*. *Journal of Social Policy*, Vol.28, No.3.

- Crenn, C. 2000. Une Consultation pour les Migrants à l'Hôpital. *Hommes et Migrations*, No. 1225.
- Culyer, A. 1995. Equality of What in Health Policy? Conflicts Between Contenders. York: University of York.
- Curtis, S., y K. Lawson. 2000. Gender, Ethnicity and Self-Reported Health: The Case of African-Caribbean Populations in London. *Social Science and Medicine*, Vol.50.
- Dean, H. 1996. *Welfare, Law and Citizenship*. London: Prentice Hall.
- Defensor del Pueblo. 1994. *Situación Jurídica y Asistencial de los Extranjeros en España*. Madrid.
- Department of Health. 1988. *Ethnic Minority Health. A Report of a Management Seminar*. London.
- 1978. *Health and Social Services for Ethnic Minorities in Britain*. London: Bibliographic Series, No. B95.
  - 1982. *Health Circular HC(82)15, NHS Treatment of Overseas Visitors. Manual of Guidance for Hospital Staff*. London.
  - 2001. *Health Survey for England. The Health of Minority Ethnic Groups 1999*. London.
  - 1988. *NHS Charges to Overseas Visitors. Manual of Guidance for NHS Staff*. London.
  - 1992. *On the State of the Public Health for the Year 1991*. London.
  - 1996. *Responding to Diversity. A Study of Commissioning Issues and Good Practice in Purchasing Minority Ethnic Health*. London: The Office of Public Health.
  - 2002. *Tackling Health Inequalities*. London.
- Deschamps, P. 1990. *Histoires Ordinaires de l'Exclusion*. Paris: Règine Deforges.
- Díaz Martínez, E. 2002. *Desigualdades en Salud y Estratificación Social en España: Un Análisis Estadístico de la Encuesta Nacional de Salud de 1995*. *Documentación Social* (127).
- Diputació de Barcelona. 1997. *II Informe Sobre Immigració i Treball Social*. Barcelona: Serveis Socials.

- 1992. Informe sobre el Treball Social amb Immigrants Estrangers a la Província de Barcelona. Barcelona: Serveis Socials.
- Direction de la Population et des Migrations. 2001. La Lettre de la DPM. DPM, No.48.
- 1986. Missions des DRASS et des DDASS dans l'Élaboration, la Mise en Oeuvre et le Suivi des Politiques d'intégration des Communautés Immigrées. Echanges-Santé, No. 51.
- Dodge, J. 1969. The Field Worker in Immigrant Health. London: Staples Press.
- Donovan, J. 1984. Ethnicity and Health: A Research Review. Social Policy and Medicine, Vol. 19, No.7.
- Douville, O., y O. Natahi. 1998. Contre l'Ethnopsychiatrie. Politique Santé, No. 2.
- DREES. 1999. Réflexions Préalables sur l'Étude des Discriminations dans la Statistique Publique. Paris.
- Dubois, V. 1999. La Vie au Guichet. Relation Administrative et Traitement de la Misère. Paris: Economica.
- Dula, A., y S. Goering. 1994. It Just Ain't Fair. The Ethics of Health Care for African Americans. Westport, CT.: Praeger.
- Dunleavy, P., y Hood, C. 1994. From Old Public Administration to New Public Management. Public Money and Management, Vol. 14, No. 3.
- Duriez, M., y S. Sandier. 1994. Le Systeme de Santé en France. Organisation et Fonctionnement. Paris: CREDES.
- Dworking, R. 1981. What Is Equality? Philosophy and Public Affairs 10 (3).
- East London and the City Health Authority. 1999a. Health in the East End. Annual Public Health Report 1998/99. London: ELCHA.
- 1999. Refugee Health in London. Key Issues for Public Health. London: The Health of Londoners Project.
- Easthope, G. 1986. Healers and Alternative Medicine. Aldershot: Gower.
- Eatwell, R. 1994. Why Are Fascism and Racism Reviving in Western Europe? Political Quarterly 65 (3).

- Edelman, M. 1985. *The Symbolic Uses of Politics*. Chicago: U. of Illinois Press.
- Elmore, R. 1979. Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions. *Political Science Quarterly* 94 (4).
- 1978. Organizational Models of Social Program Implementation. *Public Policy* (26).
- Elola, J. 1994. *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su Eficiencia y Alternativas de Reforma*. Barcelona: SG Editores.
- Enzensberger, H. 1992. *La Gran Migración*. Barcelona: Anagrama.
- Esping-Andersen, G. 2000. The Sustainability of Welfare States Into the Twenty-First Century. *International Journal of Health Services*, Vol.30, No.1.
- 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New York: Polity Press.
- European Observatory of Health Care Systems. 2000. Spain. Madrid: OMS.
- European Trade Union Institute. 1993. *Immigration in Western Europe. Development, Situation, Outlook*. Brussels: Euro Inst.
- Faist, T. 1995. Ethnicization and Racialization of Welfare-State Politics in Germany and the USA. *Ethnic and Racial Studies* 18 (2).
- Fassin, D. 1996. "Clandestins" ou "Exclus"? Quand les Mots Font les Politiques. *Politix*, No. 34.
- 2001. The Biopolitics of Otherness. Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate. *Anthropology Today*, Vol. 17, No. 1.
- 2000a. Repenser les Enjeux de Santé autour de l'immigration. *Hommes et Migrations*, No. 1225.
- 2000b. *Les Enjeux Politiques de la Santé*. Paris: Khartala.
- 2000c. *Les Politiques de l'ethnopsychiatrie. La Psyche Africaine. Des Colonies Britanniques aux Banlieues Parisiennes*. *L'Homme*, No. 153.
- 1999. *L'ethnopsychiatrie et ses Réseaux. L'influence qui Grandit*. *Genèses*, No. 35.
- 1998a. *Les Hommes sans Droits*. *Le Monde*, 23 Mai.

- 1998b. Peut-on Étudier la Santé des Étrangers et des Immigrés? *Plein Droit*, No. 38.
- Fassin, D., A. Morice, y C. Quiminal. 1997. Les Lois de l'inhospitalité. Les Politiques de l'immigration à l'épreuve des Sans-Papiers. Paris: La Decouverte.
- Favell, A. 1998. Philosophies of Integration. Immigration and the Ideal of Citizenship in France and Britain. London: Macmillan.
- Fedane, N. 1997. Access aux Soins et Etats de Santé des Migrants Residents en Foyers SONACOTRA. Mimeo.
- Feick, J. 1992. Comparing Comparative Policy Studies. A Path Towards Integration? *Journal of Public Policy* 12 (3).
- Ferge, S., y J. Kolberg. 1992. Social Policy in a Changing Europe. Boulder, CO: Westview.
- Ferrera, M. 1996. The "Southern Model" of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 6 (1).
- Finlayson, G. 1994. Citizen, State, and Social Welfare in Britain 1830-1990. Oxford: Clarendon Press.
- Fond d'Action Sociale. 1999. Plan Strategique 2000-02. Paris.
- Foster, W., y F. Taylor. 1937. National Health Insurance. London: Isaac Pitman and sons.
- Fraser Brockington, C. 1967. The Health of the Community. London: J. and A. Churchill.
- Freddi, G., y J. Bjorkman. 1989. Controlling Medical Professionals. The Comparative Politics of Health Governance. London: Sage.
- Freeman, G. 1979. Immigrant Labor and Racial Conflict in Industrial Societies. The French and British Experience 1945-1975. Princeton, N.J.: Princeton U. Press.
- 1986. Migration and the Political Economy of the Welfare State. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* (485).
- 1995. Modes of Immigration Politics in Liberal Democratic States. *International Migration Review*, Vol.29, No.4.
- 1992 Migration Policy and Politics in the Receiving States. *International Migration Review* 26-4 (100).

- Freire Campo, J. M. 1993. Cobertura Sanitaria y Equidad En España. I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza. Madrid: Fundación Argentaria.
- Friedmann, J. 1995. Migrants, Civil Society and the New Europe: The Challenge for Planners. *European-Planning-Studies*; 1995, 3.
- Gallego, R. 2000. Tipus d'agencies i Estructures Pressupostàries: Anàlisi de la Separació entre Comprador i Proveïdor en l'administració Sanitària Catalana. Barcelona: SCS.
- Gayral-Taminh, M., J. Mallet, L. Molinier, y J. Pous. 1997. Situations Sociales et Besoins de Santé des Populations Étrangères Immigrées en France au cours des 5 Dernières Décennies. *Santé Publique*, 9 année, No. 1.
- Generalitat de Catalunya. 1993. Plá Interdepartamental d'Immigració. Barcelona: Departament de Benestar Social.
- Gentilini, M., G. Brucker, y R. de Montvalon. 1986. La Santé des Migrants. Rapport au Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale et au Secrétaire d'Etat Chargé de la Santé. Paris: La Documentation Française.
- Gibaud, B. 1995. Mutualité/Securité Sociale: Un Couple sous Tension. Paris: Presses de Sciences Po.
- Gilloire, A. 2000. Les Catégories d' "origine" et de "Nationalité" dans les Statistiques du Sida. *Hommes et Migrations*, No. 1225.
- Giménez Romero, C., et al., 1993. Inmigrantes extranjeros en Madrid. Madrid: CAM.
- GISTI. 1992. Santé et Protection Sociale des Étrangers. Paris: GISTI.
- Glennester, H. 1995. *British Social Policy since 1945*. Blackwell, Cambridge, Mass.
- Gliber, M. 1997. Santé et Migration en France. Paris: Migrations-Santé.
- Goldstone, J. 1998. Initial Conditions, General Laws, Path Dependence, and Explanation in Historical Sociology. *American Journal of Sociology* 104 (3).

- Gómez, R., y J. Subirats. 2001. *Autonomía i Benestar. Govern i Polítiques Públiques a Catalunya (1980-2000)*. Barcelona: UAB.
- Gómez Gil, C. 2001. *Un Año de Política de Inmigración*. Zaragoza: *Revista de Extranjería*, No. 11.
- González González, M. 2001. *Análisis de la Situación Socio-sanitaria de la Población Inmigrante en la CAM e Impacto de la Nueva Ley de Extranjería en el Área 10*. Madrid: OFRIM Suplementos.
- Gonzalo González, B. 1997. *Apunte Sobre los Derechos de Seguridad Social de los Extranjeros en España*. Madrid: *Revista del Mº de Trabajo y Asuntos Sociales*, No 2.
- Le Grand, J. 1982. *The Strategy of Equality. Redistribution and the Social Services*. London: George Allen & Unwin.
- Le Grand, J., y W. Bartlett. 1993. *Quasi-Markets and Social Policy*. London: Macmillan.
- Guillén Rodríguez, A. 1996. *Políticas de Reforma Sanitaria en España: de la Restauración a la Democracia*. Madrid: IJM.
- Guimezanes, N. 1992. *Les Politiques d'Immigration en Europe*. Paris: La Documentation Française.
- Guiraudon, V. 1999. *The Marshallian Triptych Re-Ordered: The Role of Courts and Bureaucracies in Furthering Migrant Social Rights*. Firenze: EUI.
- Haegel, F., F. Rey, eY. Sintomer. 1999. *La Xénophobie en Banlieu. Effets et Expression*. Paris: L'Harmattan.
- Hall, P. April 1993. *Policy Paradigms of Economic Policymaking in Britain. The Case of Economic Policymaking in Britain*. *Comparative Politics* (25).
- Hall, P., y R. Taylor. 1996. *Political Science and the Three New Institutionalisms*. *Political Studies*, Vol. XLIV, No.5.
- Ham, C. 1988. *Health Policy in Britain*. London: Macmillan.
- Hammar, T. 1990. *Democracy and the Nation State: Aliens, Denizens and Citizens in a World of International Migration*. Avebury: Aldershot.
- Hansen, R. 1999. *European Journal of Political Research*.(35).

- Hansen, R., y P. Weil. 2001. *Towards a European Nationality. Citizenship, Immigration and Nationality Law in the EU*. New York: Palgrave.
- Haringey Council. 1997. *Refugees and Asylum-Seekers in Haringey. Research Project Report*. London: HC.
- Harris, R. 1946. *National Health Insurance in Great Britain 1911-46*. London: George Allen & Unwin.
- Hasenfeld, Y., J. Rafferty, y M. Zald. 1987. *The Welfare State, Citizenship, and Bureaucratic Encounters*. *Annual Review of Sociology* 13.
- Hassenteufel, P. 1997. *Les Médecins Face à l'État, Une Comparaison Européenne*. Paris: Presses de Science Po.
- Haut Comité de la Santé Publique. 1998. *La Progression de la Précarité en France et ses Effets sur la Santé*. Rennes: ENSP.
- Health Education Council. 1984. *Providing Effective Health Care in a Multicultural Society. A Checklist for Looking At Local Issues*. London: National Extension College for training in Health and Race.
- Heggenhougen, H. 2000. *More Than Just "Interesting!" Anthropology, Health and Human Rights*. *Social Science and Medicine*, Vol. 50.
- Hill, C., y J. Woodcock. 1949. *The National Health Service*. London: Christopher Johnson.
- Hill, M. 1993. *The Policy Process*. Hertfordshire: Prentice Hall.
- Hills, J. 1990. *The State of Welfare. The Welfare State in Britain Since 1974*. Oxford: Clarendon.
- Hogg, C. 1999. *Patients, Power and Politics. From Patients to Citizens*. London: Sage.
- Hogwood, B., y L. Gunn. 1984. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford U. Press.
- Holcman, R. 1997. *La Protection Sociale: Principes, Modèles, Nouveaux Dèfis*. Paris: *Problemes Politiques et Sociaux*, No. 793, La Documentation Française.
- Hollifield, J. 1992. *Immigrants, Markets and States. The Political Economy of Postwar Europe*. Cambridge, Ma.: Harvard U. Press.

- Home Office. 1999. Stephen Lawrence Inquiry: Home Secretary's Action Plan. London.
- Honigsbaum, F. 1989. Health, Happiness and Security. The Creation of the NHS. London: Routledge.
- 1995. Priority Setting Processes for Health Care in Oregon, New Zealand, The Netherlands, Sweden and the UK. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Hopkins, A., y V. Bahl. 1993. Access to Health Care for People From Black and Ethnic Minorities. London: Royal College of Physicians of London.
- Huber, E., C. Ragin, y J. Stephens. 1993. Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure, and the Welfare State. *American Journal of Sociology* 99 (3).
- Hunter, D. 1997. Desperately Seeking Solutions. Rationing Health Care. London: Longman.
- Huntoon, L. 1998. Immigration to Spain: Implications for a Unified European Union Immigration Policy. *International Migration Review*, Vol.32, No. 2.
- Husbands, C. 1991. The Mainstream Right and the Politics of Immigration in France: Major Developments in Ethnic and Racial Studies 14 (2).
- Iganski, P., D. Mason, A. Humphreys, y M. Watkins. 2001. Equal Opportunities and Positive Action in the British NHS: Some Lessons from the Recruitment of Minority Ethnic Groups to Nursing and Midwifery. *Ethnic and Racial Studies*, Vol. 24, No. 2.
- Immergut, E. 1992. Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe. New York: Cambridge U. Press.
- 1988. The Political Economy of Private Medical Practice: The Swedish, French and Swiss Cases. Boston, MA.: MIT working papers.
- INSEE. 1994. Les Étrangers en France. Paris: INSEE.
- 2000. Lettre d'information sur 'enquête Construction des Identités, Nos.1 a 5.
- 1998. Statistique sans Conscience N'est que Ruine. Actes du Colloque. Paris.

- Inter-Service Migrants Interprétariat. 2000. Rapport d'Activites 2000. Paris.
- Irish, D., K. Lundquist, y V. Nelsen. 1992. *Ethnic Variation in Dying, Death, and Grief: Diversity in Universality*. Washington: Taylor & Francis.
- Jackson, P. 1997. Role Occupancy and Minority Mental Health. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 38.
- Jacobson, D. 1996. *Rights Across Borders: Immigration and the Decline of Citizenship*. Johns Hopkins U. Press, Baltimore.
- Jamdagni, L. 1996a. *Purchasing for Black Populations*. London: King's Fund.
- 1996b. Race Against Time. *Health Service Journal*, No.7, March.
- James, E. 1989. *The Non-profit Sector in International Perspective*. Studies in Comparative Culture and Policy. Oxford: Oxford U. Press:
- Johnson, M. 1996. *Ethnic Minorities, Health and Communication*. Warwick: Centre for Research in Ethnic Relations.
- Joppke, C. 1999a. *The Domestic Legal Sources of Immigrant Rights: The US, Germany and the EU*. Firenze: EUI.
- 1999b. How Immigration is Changing Citizenship: A Comparative View. *Ethnic and Racial Studies* 22 (4).
- 1995. *Multiculturalism and Immigration: A Comparison of the US, Germany and Britain*. Florence: European U. Institute.
- Why Liberal States Accept Unwanted Immigration. *World Politics* 50 (2).
- Joubert, M., P. Chauvin, F. Facy, J. Lebas, y J. Terra. 1997. *Santé, Précarité, Précarisation*. Paris: INSERM.
- Jouvert, M., P. Chauvin, F. Facy, y V. Ringa. 2001. *Précarisation, Risque et Santé*. Paris: INSERM.
- Kaddar, M. 1987. *Consommation Médicale des Maghrébins en France*. *Actualité de l'immigration*, No. 84.
- Keiser, L., y J. Soss. 1998. With Good Cause: Bureaucratic Discretion and the Politics of Child Support Enforcement. *American Journal of Political Science* 42 (4).
- Kelleher, D., y S. Hillier. 1996. *Researching Cultural Differences in Health*. London: Routledge.

- Khlat, M., C. Sermet, y D. Laurier. 1998. La Morbidité dans les Ménages Originaires du Maghreb. *Population*, No. 6.
- King, G., Keohane, R., y Verba, S., 1994. *Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton: Princeton U. Press.
- King, D., y J. Waldron. 1988. Citizenship, Social Citizenship and the Defence of Welfare Provision. *British Journal of Political Science* 18 (4).
- Kiple, K. 1981. *Another Dimension to the Black Diaspora. Diet, Disease and Racism*. Cambridge U. Press.
- Kitschelt, H. 1986. Four Theories of Public Policy Making and Fast Breeder Reactor Development. *International Organization*. 40 (1).
- Klein, R. 1999. *The New Politics of the NHS*. London: Longman.
- 1989. *The Politics of the NHS*. Longman, London.
- Klein, R., P. Day, y S. Redmayne. 1996. *Managing Scarcity. Priority Setting and Rationing in the NHS*. Buckingham: Open U. Press.
- Klijn, E. May 1996. Analyzing and Managing Policy Processes in Complex Networks: A Theoretical Examination of the Concept of Policy Network and Its Problems. *Administration and Society* 28 (1).
- Kofman, E. 1995. Citizenship for Some But Not for Others: Spaces of Citizenship in Contemporary Europe. *Political Geography* 14 (2).
- Kraut, A. 1994. *Silent Travelers. Germs, Genes and the Immigrant Menace*. New York: Basic Books.
- Krieger, N. 2000. Refiguring "Race": Epidemiology, Racialized Biology, and Biological Expressions of Race Relations. *International Journal of Health Services*, Vol.30, No.1.
- Kumpers, S., A. Van Raak, B. Hardy, e I. Mur. 2002. The Influence of Institutions and Culture on Health Policies: Different Approaches to Integrated Care in England and The Netherlands. *Public Administration* 80 (2).

- Kunst, J. 1993. Health Care for an Immigrant Nation: Policy and Practice in Australia. *Innovation in Social Sciences Research*, Vol. 6, No. 1.
- Kymlicka, W. 1995. *Multicultural Citizenship: a Liberal Theory of Minority Rights*. Clarendon Press, New York.
- Lahav, G. 1998. Immigration and the State: The Devolution and Privatisation of Immigration Control in the EU. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol.24, No.4.
- Lamiot, D., y J. Lancry. 1989. *La Protection Sociale: Les Enjeux de la Solidarité*. Paris: Nathan.
- Lamour, P. 1994a. L'accès aux Soins des Réfugiés et des "Sans Papiers". *Migrations-Santé*, No.80.
- 1994b. Quand l'Hôpital Ferme ses Portes. *Plein Droit*, No. 26.
- Lamour, P., y M. Gougay. 1992. Des Problèmes de Santé Simple sans Solution Simple. *Soins*, No.563/4.
- Landy, M., y M. Levin. 1995. *The New Politics of Public Policy*. Baltimore: The Johns Hopkins U. Press.
- Lapeyronnie, D. 1992. *Immigrés en Europe. Politiques Locales d'Intégration*. Paris: La Documentation Française.
- 1993. *L'Individu et les Minorités. La France et La Grande-Bretagne face à leurs Immigrés*. Paris: PUF.
- Larigoitzia, I., y B. Starfield. 1997. Reform of Primary Care: The Case of Spain. *Health Policy*, No.47.
- Lasne, N. 1991. Comment Soigner sans Exclure? *Migrations-Santé*, No. 69.
- 1996. *Les Intouchables*. Paris: Pratiques, no.44.
- Latour, F. 1991. *Malades sans Frontieres*. *L'infirmiere magazine*, No. 49.
- LaVeist, T. 2000. On the Study of Race, Racism, and Health: A Shift From Description to Explanation. *International Journal of Health Services*, Vol.30, No.1.
- Layton-Henry, Z. 1992. *Citizenship and Migrant Workers in Western Europe*. Warwick: University of Warwick.
- 1990. *The Political Rights of Migrant Workers in Western Europe*. London: Sage.

- Leclerc, A., D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, y T. Lang. 2000. *Les Inégalités Sociales de Santé*. Paris: La Découverte.
- Leclere, F., L. Jensen, y A. Biddlecom. 1994. *Health Care Utilization, Family Context, and Adaptation among Immigrants to the United States*.
- LeGrand, J. 1991. *Equity and Choice. An Essay in Economics and Applied Philosophy*. London: Harper Collins.
- Lequin, Y. 1992. *Histoire des Étrangers et de l'Immigration en France*. Paris: Larousse.
- Leveau, R. 1992. *Maghrebi Immigration to Europe: Double Insertion or Double Exclusion?* *Annals of the American Academy of Political and Social Science* (524).
- Lewis, G. 1998. *Forming Nation, Framing Welfare*. London: Routledge, and Open U. Press.
- Lipski, M. 1980. *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lipsky, M., y S. Smith. Winter 1989-90. *Non-profit Organizations, Government, and the Welfare State*. *Political Science Quarterly* 104 (4).
- Livi-Bacci, M. 1994. "Nous" et "Eux": l'Europe et les Etats-Unis face a l'immigration. *Politique Etrangere* 59 (3).
- Livingston, I. 1994. *Handbook of Black American Health*. Westport, CT.: Greenwood Press.
- Lochak, D. 1999. *Sous le Droit, la Politique*. Paris: Informations Sociales, No.78.
- 1984. *Explaining Social Policy Differences among Advanced Industrial Societies*. *Comparative Politics*. 16 (3).
- Lodge, J. 1992. *Internal Security and Judicial Co-Operation [in the EC] Beyond Maastricht*. *Terrorism and Political Violence* 4 (3).
- Lombrail, P., E. Grasset, y F. Bourdillon. 1989. *Les Enfants Migrants Hospitalisés a l'Assistance Publique de Paris en 1986*. *Migrations-Santé*, No. 58.

- López Casasnovas, G., y A. Rico Gómez. 2001. Evaluación de las Políticas de Servicios Sanitarios en el Estado de las Autonomías. Bilbao: Fundación BBV.
- López Nieto. 1997. Democratización, Cambio Institucional y Políticas Sociales. Madrid: UNED.
- Lot, F. 2000. Les Données sur le Sida dans la Population Étrangère en France. *Hommes et Migrations*, No. 1225.
- MacPherson, W. 1999. *The Stephen Lawrence Inquiry*. London: Home Department.
- Mahn, R. 1999. *Anthropology in Public Health. Bridging Differences in Culture and Society*. Oxford U. Press.
- Majnoni, B. 1989. *Santé mon Cher Souci*. Paris: Clattès.
- Maligne, P. 1993. L'Excision des Enfants Africains: Politique du Parquet Général de Paris. *Droit et Cultures*, No. 25.
- Maloney, W., G. Jordan, y A. McLaughlin. 1994. Interest Groups and Public Policy: The Insider/Outsider Model Revisited. *Journal of Public Policy* 14 (1).
- Manwaring, R. 2002. Ticked Box Marked...? *Connections* (Autumn).
- March, J., y J. Olsen. 1996. Institutional Perspectives on Political Institutions. *Governance* 9 (3).
- 1984. The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *The American Political Science Review*, Vol.78, No.3.
- 1989. *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- Marks, L., y M. Worboys. 1997. *Migrants, Minorities and Health*. London: Routledge.
- Marshall, T. H. 1964. *Class, Citizenship and Social Development*. Chicago: University of Chicago Press.
- Martiniello, M. 1998. Wieviorka's View on Multiculturalism: A Critique. *Ethnic and Racial Studies*, Vol. 21, No. 5.
- Mason, D. 1995. *Race and Ethnicity in Modern Britain*. Oxford U. Press.
- McBride, D. 1991. *From Tb. to AIDS. Epidemics Among Urban Blacks Since 1900*. State U. of N.Y. Press.

- Mechali, D. 1990. Pathologie des Étrangers et des Migrants. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Vol.3, No.3.
- Médecins du Monde. 2001. Analyse de l'Activité des Centres Mission France de MDM durant l'Année 2000.
- 1997. La Population Prise en Charge en 1996 dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientations Gratuits de la Mission France de MDM.
- Ménoret-Calles, B. 1997. L'Accès aux Soins des Populations Démunies. Paris: L'Harmattan.
- Messina, A. 1990. Political Impediments to the Resumption of Labour Migration to Western Europe. *West European Politics* 13 (1).
- Mestiri, E. 1987. Au Dispensaire de Médecins du Monde à Paris. Paris: Hommes et Migrations, No. 1101.
- Michael, S., F. Gany, R. Fruchter, H. Bocanegra, S. Zung, y R. Groper. 1993. Meeting Immigrant Health Challenges: An Integrated Model in New York City. *Innovation in Social Sciences Research*, Vol. 6, No. 1.
- De Miguel, A., A. Remiro, J. Saramago, F. Savater, y B. López García. 1993. Racismo y Xenofobia. Búsqueda de las Raíces. Madrid: Fundación Rich.
- Miles, R. 1991. Migrations and Migrants in France. *Ethnic and Racial Studies*. 14 (3).
- Miles, R., y D. Thranhardt. 1995. Migration and European Integration. *The Dynamics of Inclusion and Exclusion*. London: Pinter.
- Miller, M. J. 1989. Dual Citizenship: A European Norm? *International Migration Review* 23-4 (88).
- Ministere du Travail et de la Sécurité Sociale. 1955. Le Probleme des Migrations et l'immigration en France. Paris: Direction de la Main-d'oeuvre.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989. España: Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- 1990. Salud y Equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud. Madrid.

- Minogue, M. 1983. Theory and Practice in Public Policy and Administration. Policy and Politics (11).
- Mizrahi, A., A. Mizrahi, y S. Wait. 1993. *Acces aux Soins et État de Santé des Populations Immigrées en France*. Paris: Credes.
- Mladenka, K. 1981. Citizen Demands and Urban Services: The Distribution of Bureaucratic Response in Chicago and Houston. *American Journal of Political Science* 25 (4).
- 1980. The Urban Bureaucracy and the Chicago Political Machine: Who Gets What and the Limits of Political Control. *The American Political Science Review* 74 (4).
- Modood, T., y P. Werbner. 1997. *The Politics of Multiculturalism in the New Europe*. London: Zed.
- Mohan, J. 1995. *A National Health Service? The Restructuring of Health Care in Britain Since 1979*. London: St. Martin's Press.
- Mole, N. 1987. *Immigration: Family Entry and Settlement*. Bristol: Jordan and Sons.
- Monéger, F. 1994. La Protection de l'Enfant Étranger Après la Loi du 24 Aout 1993 sur la Maitrise de l'Immigration. *Revue du droit sanitaire et social*, Vol. 30, No. 2.
- Montaigne, A., J. Lebas, I. Parizot, y P. Chauvin. 2001. HAART Experiences and Dynamics of Non-Adherence and Non-Compliance Among HIV+ Immigrant and Native Patients. Mimeo.
- Montserrat, J., y C. Murillo. 1990. *Salud y Equidad*. Madrid: M<sup>o</sup> Sanidad y Consumo.
- Moreau, P. 1994. Europe: La Tentation Populiste. *Politique Internationale* (66).
- Mull, D. 1990. *Anthopology and Primary Care*. Boulder, CO.: Westview Press.
- Muñoz Machado, S. 1995. *La Formación y la Crisis de los Servicios Sanitarios Públicos*. Madrid: Alianza.
- Musick, M. 1996. Religion and Subjective Health Among Black and White Elders. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 37.
- Mutchler, J., y J. Burr. 1991. Racial Differences in Health and Health Care Service Utilization in Later Life: The Effect of

- Socio-economic Status. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 32.
- Nair, S. 1997. *Contre les Lois Pasqua*. Paris: Arléa.
- 1992. *Le Regard des Vainqueurs. Les Enjeux Français de l'Immigration*. Paris: Bernard Grasset.
- Nathan, T. 1994. *L'Influence qui Guérit*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- National Association of Health Authorities. 1988. *Actions Not Words. A Strategy to Improve Health Services for Black and Minority Ethnic Groups*. London: NAHA.
- Naud, A. 2000. *Le Saturnisme, une Maladie Sociale de l'Immigration*. *Hommes et Migrations*, No. 1225.
- Nazroo, J. 1997. *The Health of Britain's Ethnic Minorities*. London: Policy Studies Institute.
- Nguyen Van Yen, C. 1987. *La Santé de l'Immigré*. *Revue du droit sanitaire et social*, Vol. 23, No. 2.
- Nichter, M. 1996. *Anthropology and International Health. Asian Case Studies*. Dordrecht: Kluwer.
- Nyer-Malbert, A. 1995. *Migration et Condition Sanitaire*. Paris: L'Harmattan.
- Nzegwu, F. 1993. *Black People and Health Care in Contemporary Britain*. Reading: International Institute for Black Research.
- Obinger, H., y U. Wagschal. 2001. *Families of Nations and Public Policies*. *West European Politics* 24 (1).
- Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. 2000. *Rapport 2000*. Paris: La Documentation Française.
- Palanca, I. 2002. *Desigualdades en Salud y Exclusión Social. Gitanos* (15).
- Palier, B. 1997. *Les Évolutions des Systèmes de Protection Sociale en Europe et en France*. *Pouvoirs*.
- Paul, K. 1992. *The Politics of Citizenship in Post-War Britain*. *Contemporary Record* 6 (3).
- Peers, S. 1996. *Towards Equality: Actual and Potential Rights of Third-Country Nationals in the European Union*. *Common Market Law Review*, 33.

- Pereira, J. 1993. What Does Equity in Health Mean? *Journal of Social Policy*, No.22.
- Pérez-Díaz, V., B. Álvarez-Miranda, y C. González-Enríquez. 2001. *España ante la Inmigración*. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Picard, H., e Y. Schléret. 1997. La Population Prise en Charge en 1996 dans les Centres d'Accueil de MDM. Paris: MDM.
- Pierson, P. 2000a. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *American Political Science Review* 94 (2).
- 2000b. The Limits of Design: Explaining Institutional Origins and Change. *Governance* 13 (4).
- 2000c. Three Worlds of Welfare State Research. *Comparative Political Studies* 33 (6/7).
- 1993. When Effect Becomes Cause. *Policy Feedback and Political Change*. *World Politics* (45).
- Pontusson, J. 1995. From Comparative Public Policy to Political Economy: Putting Political Institutions in Their Place and Taking Interests Seriously. *Comparative Political Studies*, Vol.28, No. 1.
- Portes, A., D. Kyle, y W. Eaton. 1992. Mental Illness and Help-Seeking Behaviour Among Mariel Cuban and Haitian Refugees in South Florida. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 33.
- Pressman, J., y A. Wildavsky. 1973. *Implementation*. Berkeley: U. of California Press.
- Prétot, X. 1987. L'Immigré dans la Communaute Française. *Revue du droit sanitaire et social*, Vol. 23, No. 2.
- Preuss, U., y F. Requejo. 1998. *European Citizenship, Multiculturalism, and the State*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- PriceWaterhouse & Coopers. 1999. *Estudio Sobre el Coste Adicional de la Extensión de la Cobertura de Asistencia Sanitaria de la SS a los Extranjeros*. Madrid: Observatorio Permanente de la Inmigración.
- Prochaska, F. 1992. *Philanthropy and the Hospitals of London. The King's Fund, 1897-1990*. Oxford: Clarendon Press.

- Purdy, M., y D. Banks. 1999. *Health and Exclusion*. London: Routledge.
- Rahman, R. 1997. *Mental Health and Bangladeshi Women*. London: Healthy Islington.
- Rathwell, T. 1984. General Practice, Ethnicity and Health Services Delivery. *Social Science and Medicine*, Vol.19, No.2.
- Rawaf, S., y V. Bahl. 1998. *Assessing Health Needs of People From Minority Ethnic Groups*. London: Royal College of Physicians.
- Rechtman, R. 2000. De la Psychiatrie des Migrants au Culturalisme des Ethnopsychiatres. *Hommes et Migrations*, No. 1225.
- Regidor, E., C. Borrell, M. Pasarín, J. Gutiérrez-Fisac, y L. Lostao. 2002. *Desigualdades Sociales en Salud: Situación en España en los Últimos Años del Siglo XX*. Alicante: U. de Alicante.
- Regidor, E., J. Gutiérrez-Fisac, y C. Rodríguez. 1994. *Diferencias y Desigualdades en Salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- Reich, S. 2000. The Four Faces of Institutionalism: Public Policy and a Pluralistic Perspective. *Governance* 13 (4).
- Reidy, A. 1984. Marxist Functionalism in Medicine: A Critique of the Work of Vicente Navarro on Health and Medicine. *Social Science and Medicine*, Vol. 19, No. 9.
- Rex, J. 1996. *Ethnic Minorities in the Modern Nation State*. London: Macmillan.
- Rex, J., D. Joly, y C. Wilpert. 1987. *Immigrant Associations in Europe*. Aldershot: Gower.
- Richardson, J. July 1994. Doing Less by Doing More: British Government 1979-1993. *West European Politics* 17 (3).
- Rico Gómez, A. 1998. *Descentralización y Reforma Sanitaria en España (1976-1996)*. Madrid: Tesis Doctoral UAM.
- Rimlinger, G. 1971. *Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia*. New York: John Wiley and sons.
- Rivett, G. 1998. *From Cradle to Grave. 50 Years of the National Health Service*. London: King's Fund.

- Robinson, R., y J. Le Grand. 1993. *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund Institute.
- Rodríguez, J. 1987. *Salud y Sociedad*. Madrid: Tecnos.
- Rodríguez, J., y J. de Miguel. 1990. *Salud y Poder*. Madrid: CIS.
- Roe, E. 1994. *Narrative Policy Analysis*. Durham: Duke U. Press.
- Rosanvallon, P. 1995. *La Nouvelle Question Sociale: Repenser l'Etat- Providence*. Paris: Éditions du Seuil.
- Rose, R. 1991. *What is Lesson-Drawing? Centre for the Study of Public Policy*, U. of Strathclyde.
- Rudat, K. 1994. *Black and Minority Ethnic Groups in England*. London: Health Education Authority.
- Ruellan, R. 2001. *Les Droits des Etrangers en France Après les Lois Pasqua et Chevènement. Rapport de la Quatrième Journée du Seminaire sur l'Actualité de la Protection Sociale*. Paris: CNESSS.
- Sabatier, P. 1991. *Political Science and Public Policy*. *Political Science and Politics*. 24 (2).
- 1986. *Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis*. *Journal of Public Policy* (6).
- Sánchez Bayle, M. 1996. *El Sistema Sanitario en España*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Saraga, E. 1998. *Embodying the Social: Constructions of Difference*. London: Routledge and Open U. Press.
- Sarasa, S., y L. Moreno. 1995. *Estado de Bienestar en la Europa del Sur*. Madrid: CSIC.
- Sartori, G. 2001. *La Sociedad Multiétnica. Pluralismo, Multiculturalismo y Extranjeros*. Madrid: Taurus.
- Saunders, L. 1954. *Cultural Differences and Medical Care. The Case of the Spanish-Speaking People of the Southwest*. New York: Russedd Sage Foundation.
- Sauvêtre, M. 1998. *De l'Interprétariat au Dialogue à Trois*. Mimeo.
- Savignoni, A., F. Lot, S. Pillonel, y A. Laporte. 1999. *Situation du Sida dans la Population Étrangère Domiciliée en France*. Paris: Institut de Veille Sanitaire.

- Scharpf, F. 2000. Institutions in Comparative Policy Research. *Comparative Political Studies* 33 (6/7).
- Schnapper, D. 1994. The [European] Debate on Immigration and the Crisis of National Identity. *West European Politics* 17 (2).  
- 1992. *L'Europe des Immigrées*. Paris: Éditions François Bourin.
- Sciortino, G. October 1991. Immigration Into Europe and Public Policy: Do Stops Really Work? *New Community* 18 (1).
- Semmes, C. 1996. Racism, Health and Post-Industrialism. *A Theory of African-American Health*. Westport, CT.: Praeger.
- Senovilla, D. 2001. Estatuto Jurídico de los Extranjeros Enfermos en Francia y España. *Migraciones*, No. 9.
- Sérange-Fonterme, R. 1983. La Consommation Médicale des Immigrés. *Prevenir*, No. 7.
- SESPAS. 2002. Informe SESPAS 2002. Madrid.
- Shaver, S. 1997. Universality and Selectivity in Income Support. *An Assessment of the Issues*. Aldershot: Ashgate.
- Shenkin, B. 1974. *Health Care for Migrant Workers: Policies and Politics*. Cambridge, MA.: Ballinger.
- Silverman, M. 1991. *Race, Discourse and Power in France*. Aldershot, Avebury.
- Simon, P. 1999. Vers des Statistiques Ethniques? *Plein Droit*, No. 41-42.
- Smaje, C. 1995. *Health, Race and Ethnicity: Making Sense of the Evidence*. London: King's Fund.
- Smaje, C., y J. Le Grand. 1997. Ethnicity, Equity and the Use of the Health Services. *Social Science and Medicine*, Vol.45, No.3.
- Smith, D. 1998. Addressing Racial Inequities in Health Care: Civil Rights Monitoring and Report Cards. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 23, No. 1.
- Smith, S. 1995. The Role of Institutions and Ideas in Health Care Policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 20 (2).
- Smithies, B., y P. Fiddick. 1969. *Enoch Powell on Immigration*. London: Sphere.

- Somers, M. 1998. "We're No Angels": Realism, Rational Choice, and Relationality in Social Science. *American Journal of Sociology* 104 (3).
- Sorell, T. 1996. *Health Care, Ethics and Insurance*. London: Routledge.
- South East Thames Region. 1988. *Black and Ethnic Minorities. How Their Needs are Being Met in the South East Thames Region*. East Sussex.
- Soysal, Y. 1994. *Limits of Citizenship. Migrants and Postnational Membership in Europe*. U. of Chicago Press, Chicago.
- Spencer, I. 1997. *British Immigration Policy since 1939: the Making of Multi-racial Britain*. Routledge, London.
- Spinu, C. 1996. *Les Particularités de la Protection Sociale Applicables aux Étrangers*. Paris: Rapport Administratif. Ecole Nationale d'Administration.
- Spire, A. 1999. *Ambigüités d'une Mesure des Origines*. *Plein Droit*, No 41-42.
- Stein, J., S. Fox, y P. Murata. 1991. The Influence of Ethnicity, Socio-economic Status, and Psychological Barriers on Use of Mammography. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 32.
- Stolley, P. 2000. Reply to Commentaries by Drs. Krieger and La Veist on "Race in Epidemiology". *International Journal of Health Services*, Vol.30, No.1.
- Straubhaar, T., and K. Zimmermann. 1993. *Towards a European Migration Policy*. *Population Research and Policy Review* 12 (3).
- Streeck, W., y P. Schmitter. 1985. *Private Interest Government. Beyond Market and State*. London: Sage.
- Subirats, J. 1992. *Administración Pública y Mercado*. *Información Comercial Española* (712).
- Svahn, E. 1984. *L'Hospitalisation des Etrangers non Residents. Financement et Prise en Charge*. Mimeo.
- Taguieff, P., y M. Tribalat. 1998. *Face Au Front National*. Paris: La Découverte.

- Talos, E., y G. Falkner. July 1994. The Role of the State Within Social Policy. *West European Politics* 17 (3).
- Taylor, C. 1992. *Multiculturalism and the Politics of Recognition*. Princeton U. Press, Princeton, N.J.
- Taylor, E., y J. Arango. 1999. *Migration at Century End*. Oxford: Oxford U.Press.
- Taylor-Gooby, P. 1991. Welfare Regimes and Welfare Citizenship. *Journal of European Social Policy* 1 (2).
- Terquem, J. 1992. *Les Médecins dans la Société Française*. Paris: Economica.
- Thayer, C. 1994. *Prise en Charge de la Santé des Populations Immigrées. Etude Comparative en France et en Angleterre*. *Santé Publique*, 6 année, No. 3.
- Thelen, K. 1999. Historical Institutionalism in Comparative Politics. *Annual Review of Political Science* (2).
- Tilly, C. 1994. States and Nationalism in Europe 1492-1992. *Theory and Society* 23 (1).
- Titmuss, R. 1950. *Problems of Social Policy*. London: Longman.
- Townsend, P. 1992. *Inequalities in Health: the Black Report*. Penguin, London.
- Tragakes, E. 1996. *Key Issues in Rationing and Priority Setting for Health Care Services*. Geneva: WHO.
- Tribalat, M. 1995. *Faire France. Une Enquête sur les Immigrés et leurs Enfants*. Paris: La Découverte.
- Udessa Bariso, E. 1997. *The Horn of Africa Health Research Project. An Assessment of the Accessibility and Appropriateness of Health Care Services to the Horn of Africa Communities in Camden and Islington*. London: North Thames Regional Health Authority.
- Urban, Q. 1991. *L'Étranger en Situation Irreguliere*. Université Paris X-Nanterre: These pour le Doctorat en Droit.
- Urbanos, R. 1999. *Análisis y Evaluación de la Equidad Horizontal Interpersonal en la Prestación Pública de Servicios Sanitarios. Un Estudio del Caso Español para el Período 1987-1995*. Madrid: Tesis doctoral. U. Complutense de Madrid.

- Van Amersfoort, H., y R. Penninx. 1994. Regulating Migration in Europe: The Dutch Experience, 1960-92. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* (534).
- Van Horne, W., y T. Tonnesen. 1988. *Ethnicity and Health*. Milwaukee: U. of Wisconsin.
- Van Ryn, M., y J. Burke. 2000. The Effect of Patient Race and Socio-Economic Status on Physicians' Perceptions of Patients. *Social Science and Medicine*, Vol. 50.
- Verhaeren, R. 1981. *La Santé des Immigrés en France*. Paris: Mimeo.
- Viet, V. 1998. *La France Immigrée. Construction d'une Politique 1914-1997*. Paris: Fayard.
- Viewiorka, M. 1998. Is Multiculturalism the Solution? *Ethnic and Racial Studies*, Vol. 21, No. 5.
- Vivas, D., y E. Sánchez Ruano. 1993. Informe Delphi. El Sistema Sanitario Español. Estrategias, Tendencias y Áreas de Desarrollo. Valencia: M/C/Q Ediciones.
- Voisard, J., y C. Ducastelle. 1990. *La Question Immigrée dans la France d'Aujourd'hui*. Paris: Calmann-Lévy.
- Voisard, J., y F. Lavallard. 1997. *L'Évolution du Système de Sante à Travers la France*. Paris: La Documentation Française.
- Wallace, S., L. Levy-Storms, y R. Andersen. 1997. The Impact by Race of Changing Long-Term Care Policy. *Journal of Ageing and Social Policy*, Vol. 9, No. 3.
- Walzer, M. 1983. *Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality*. New York: Basic Books.
- Watkins, S. 1987. *Medicine and Labour. The Politics of the Profession*. London: Lawrence and Wishart.
- Webb, E. 1996. Meeting the Needs of Minority Ethnic Communities. *Archives of Disease in Childhood*, No.74.
- Webster, C. 1988. *The Health Services Since the War*. London: Stationary Office.
- Weil, P. 1995. *L'Europe a-t-elle une Politique de l'Immigration?* Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.

- 1998. The Transformation of Immigration Policies. Immigration Control and Nationality Laws in Europe: A Comparative Approach. Firenze: EUI.
- West, W. 1984. Structuring Administrative Discretion: The Pursuit of Rationality and Responsiveness. *American Journal of Political Science* 28 (2).
- Whitehead, M. 1992. *The Black Report, and The Health Divide*. London: Penguin.
- Wieviorka, M. 1998a. *Le Multiculturalisme*. Paris: CEVIPOF, Cahier No.20.
- 1998b. Is Multiculturalism the Solution? *Ethnic and Racial Studies*, Vol. 21, No. 5.
- Wild, S., y P. McKeigue. 1997. Cross Sectional Analysis of Mortality by Country of Birth in England and Wales. *British Medical Journal*, 314.
- Wilsford, D. 1994. Path Dependency, or Why History Makes it Difficult but not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way. *Journal of Public Policy* 14 (3).
- 1991. *Doctors and the State. The Politics of Health Care in France and the United States*. Durham, N.C.: Duke U. Press.
- World Health Organization. 1986. *Migration and Health: Towards an Understanding of the Health Care Needs of Ethnic Minorities*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- Wright, V. 1994. Reshaping the State: The Implications for Public Administration. *West European Politics* 17 (3).
- Wuthnow, R. 1991. *Between States and Markets*. Princeton, N.J.: Princeton U. Press.
- Yin, R. 1988. *Case Study Research: Design and Methods*. Newbury Park, CA.: Sage.
- Yishai, Y. 1993. Public Ideas and Public Policy. Abortion Politics in Four Democracies. *Comparative Politics* (25).
- Young, D., G. Ingram, M. Liu, y C. MacIntosh. 1995. The Dilemma Posed by Minority Medical Traditions in Pluralistic Societies: The Case of China and Canada. *Ethnic and Racial Studies*, Vol. 18, No. 3.