

Informe de resultados

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

IX PREMIO VALENCIA SE SOLIDARIZA

Ayuntamiento de Valencia

Valencia, 2006

Directores:

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

Miembros del equipo de investigación:

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

ÍNDICE

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

PARTE II: LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS INMIGRANTES	087
4. Situación actual sobre la atención sanitaria a inmigrantes (Daniela Gallegos Salazar)	088
4.1. Introducción.	
4.2. Definición de salud y descripción de temas vinculados a la reflexión sobre la prestación de servicios sanitarios.	
4.3. Los fines de la asistencia sanitaria en el ámbito de la atención primaria.	
4.4. Estudios biomédicos sobre el tema de la inmigración.	
4.5. Propuestas y recomendaciones.	
4.6. Conclusiones. Bibliografía	
PARTE III: EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES POR PARTE DE INMIGRANTES	113
5. Legislación sobre la atención sanitaria y el cuidado a personas mayores (Isabel Tamarit López)	114
5.1. Introducción.	
5.2. Personas mayores. ¿Quiénes son? ¿Requieren atención sanitaria especializada? Grupo vulnerable con necesidades sanitarias específicas.	
5.3. Diferencias entre la asistencia sanitaria y el cuidado a las personas mayores.	
5.4. Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad.	
5.5. Programa PALET (1995): Programa especial de atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal.	
5.6. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana (2007-2011).	
5.7. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley de Dependencia.	
5.8. Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Atención socio-sanitaria a las personas Mayores.	
5.9. Conclusiones. Bibliografía	

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

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

ANEXO: PRODUCTOS 227

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

AUTORES DEL INFORME

Directores:

Dr. D. Juan Carlos Siurana Aparisi

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

Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis

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

Víctor J. Suberviola Collados

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

Miembros del equipo de investigación:

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

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN.

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

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

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

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

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

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

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

2. Vinculación entre inmigración y salud.

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

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

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

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

3. Fines del sistema sanitario.

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

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

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

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

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

5. La inmigración y la atención a personas mayores.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Objetivos de nuestra investigación.

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

Los objetivos concretos de nuestra investigación han sido los siguientes:

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

8. Estructura de la investigación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quinta Fase: Productos (Anexo del Informe).

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

9. Medios para desarrollar la investigación.

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

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

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

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

AGRADECIMIENTOS

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

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

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

I

REFERENTES PARA PENSAR SOBRE LA INMIGRACIÓN Y LA SANIDAD

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

Dr. D. Juan Carlos Siurana Aparisi

I.1. La idea de justicia.

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

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

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

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

¹ Cf. Platón, *Diálogos IV. República*, Gredos, Madrid, 1992.

² Ibid. 433b.

