

APROXIMACIÓN A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL DISCURSO PERIODÍSTICO EN PRENSA ESCRITA ESPAÑOLA (2000-2006)

Monografías



Escuela Nacional de Sanidad (ENS)
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Ciencia e Innovación
Monforte de Lemos, 5 – Pabellón 7
28029 MADRID (ESPAÑA)
Tel.: 91 822 22 97
Fax: 91 387 78 69

Catálogo general de publicaciones oficiales:

<http://publicaciones.administracion.es>

Para obtener esta monografía de forma gratuita en internet (formato pdf):

<http://publicaciones.isciii.es>

EDITA: ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación

N.I.P.O. on line: 477-1 1-055-9

N.I.P.O. para libro electrónico: 477-1 1-054-3

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

Durante la realización del presente trabajo la autora disfrutó de una Beca Intramural del Instituto de Salud Carlos III. Expediente 05/0013.

Autora

Laura Otero García

Titulada Superior Investigación Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III)

Para citar esta monografía

Escuela Nacional de Sanidad (ENS).

Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación.

OTERO GARCÍA L, "Aproximación a las representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante en el discurso periodístico en prensa escrita española (2000-2006)".

Madrid. Instituto de Salud Carlos III, agosto de 2011.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	7
METODOLOGÍA	27
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	48
AGRADECIMIENTOS	51

INTRODUCCIÓN

La llegada de migrantes (1) de tan diversos países a España es un hecho reciente, aunque las migraciones internacionales han tenido lugar a nivel mundial durante siglos. El fenómeno de la globalización ha hecho, eso sí, que las migraciones internacionales se multipliquen y diversifiquen, lo que está suponiendo un reto a todos los niveles para ciertos países, entre otros, países europeos, donde están instaurados los denominados Estados del Bienestar.

El fenómeno de la inmigración en España está provocando gran interés y preocupación social. En octubre de 2006 llegó a encabezar la lista de problemas identificados por los españoles, generada por el barómetro de opinión del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Se produce así la configuración del fenómeno de la inmigración en este caso, como problema social.

La prensa representa un vehículo decisivo en la formulación del discurso público dominante. En la actualidad los medios de comunicación escritos, reforzados por los sistemas multimedia, son agentes decisivos en la socialización en valores y en la formación de representaciones sociales.

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación a algunas de las representaciones sociales que se manejan en la sociedad española sobre la población inmigrante a través de su aparición en la prensa escrita. En concreto sobre las representaciones en torno a la salud-enfermedad de la población inmigrante.

Las premisas, los puntos de partida para conceptualizar el objeto de estudio han sido:

- La comprensión de la salud de una forma amplia, abarcando la interdependencia con los contextos socioculturales donde se construye, como es el proceso de la globalización en este caso.
- La definición de la población inmigrante como un proceso sujeto a múltiples elementos que han de situarse desde una visión diacrónica, donde hay multiplicidad de dimensiones que se entrecruzan, tanto en la forma en que se describe su salud, como en la que se representan como grupo diferencial ante el resto de la sociedad.
- La relevancia de la prensa como contexto etnográfico, donde se reflejan las visiones sociales y surge una polifonía de voces sobre la salud de la población inmigrante con convergencias y divergencias. Los medios de comunicación se convierten también en un espacio de poder, donde no aparecen todos los actores y sus visiones tampoco están representadas, siendo así un instrumento del contexto sociopolítico para crear una configuración social.

(1) Liliana Suárez recomienda en las *I Jornadas sobre movilidades y alteraciones sociales contemporáneas: "Los retos epistemológicos de las migraciones transnacionales"*, celebradas en Barcelona (2006), usar el término migrante frente a emigrante/ inmigrante, pues, estos últimos entran en contradicción con el paradigma transnacional, al establecer una mirada que hace referencia a "lugares desde donde se parte" y "al lugar a donde se llega." (González, 2007). En este trabajo se empieza a hablar de población inmigrante o inmigrantes, cuando se sitúa la población migrada en el contexto de España, ya que se considera a esta población desde "el lugar a donde llega".

- La utilización del análisis crítico del discurso como una metodología que puede aportar profundidad a los estudios enmarcados en la antropología, con el fin de conocer y comprender los fenómenos sociales que ocurren en el interior de nuestros tiempos.

La finalidad de este trabajo es conocer qué representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante muestra a los lectores, a la sociedad la prensa escrita, en concreto, los diarios elegidos: ABC, El Mundo, y El País.

Este es un trabajo novedoso que puede aportar al ámbito de la salud información y nuevos planteamientos acerca de cómo se reproducen las relaciones de poder y las desigualdades, en concreto en torno a la salud, en relación a la población de origen extranjero, y cómo estas aportaciones pueden ser visibilizadas con la antropología.

El trabajo se articula en **cuatro partes**. La primera es el **marco teórico** que corresponde a la explicación de los conceptos y teorías que han sido tomados en este estudio. Los principales conceptos son: la construcción política de la salud, la globalización, las migraciones internacionales, el fenómeno migratorio en Europa y España, y la salud de la población inmigrante. La segunda parte corresponde a la **metodología**, dónde se hace una descripción del análisis del discurso y las aportaciones de éste para el conocimiento del objeto de estudio. En la tercera parte se muestran los **resultados** junto con algunos datos procedentes de la bibliografía que ayudan a contextualizar los hallazgos de la investigación con el conocimiento previo. Y por último se encuentran las **conclusiones** principales del trabajo, que se cierran con interrogantes abiertos a nuevos estudios e investigaciones.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico de este trabajo se encuentra dividido en **tres apartados**: la salud como construcción política que configura un determinado discurso sobre la forma de entender estos procesos en la población inmigrante; el segundo se dirige a presentar el fenómeno inmigratorio describiendo algunas de sus características como es el proceso de la globalización como causa y condicionante; para pasar en último término, a describir la prensa escrita y los medios de comunicación como uno de los agentes constructores de representaciones sociales.

LA SALUD COMO CONSTRUCCIÓN POLÍTICA

La mayoría de pueblos y culturas tienen conceptos para referirse a lo que nosotros denominamos como enfermedad, identifican los problemas que nosotros situamos en este ámbito (aunque no sólo los circunscriban a sus variables biológicas) y han elaborado sistemas para gestionarlos de alguna manera. En cambio, **la salud es un concepto propio de las sociedades occidentales**, ligada a la planificación y la especialización, que surgidas del pensamiento racional, serían característica de la modernidad, (Romaní, 2002:498-504).

Fassin define salud como *“la relación del ser físico y psíquico, de una parte, y, de otra, el mundo social y político”* (2000). Es decir, que “salud” es algo más y algo diferente al reverso de la enfermedad con la que se asocia a menudo, o que la idea de un bienestar global cuya promoción aseguran las instituciones sanitarias. Esto significa que esta relación no es algo ya dado en lo vivo, no forma parte de un orden fisiológico, biológico o sensible, que conduzca a que se hable de una buena o mala salud, sino que el concepto **“salud”, es un concepto históricamente construido**, objeto de competencias y luchas entre agentes que se esfuerzan por imponer visiones diferentes de lo que revela “la salud”, es decir, de **lo que se ha de tratar social y políticamente como problemas de salud**. Esta relación es la que a su vez determina las prácticas ordinarias y las científicas, las formas institucionales e ideológicas del tratamiento de los desórdenes del cuerpo y del espíritu. Los llamados comportamientos en materia de prevención y de enfermedad, las políticas de salud y sistemas de cuidados, que son realidades que varían en el tiempo y según los contextos nacionales o locales, representan la traducción de aquella relación (Fassin:2000).

Uno de los puntos que la definición de Fassin trata justamente de enunciar es como el cuerpo individual siempre es un cuerpo social y político (Turner, 1992 citado en Fassin, 2000). Así, el estudio de la salud comienza allí donde la enfermedad, saliendo de la relación supuestamente confidencial entre *paciente y terapeuta*, pone en juego el cuerpo social (Fassin, 2000) (2). Hablamos así de la **construcción socio-**

(2) Como ejemplo de ello está, entre otras, la investigación sobre la pandemia del tifus en África del Sur en la primera mitad del siglo XX, que nos habla de la salud como modo de control social, especialmente en la elección de medidas, tendentes menos a la eficacia sanitaria que a la demostración de la intervención y la evitación de protestas, y de la salud como reveladora de las relaciones sociales, ya que la infección afectó exclusivamente a las poblaciones negras depauperadas, siendo interpretada por los poderes públicos como la consecuencia de su pereza y de su suciedad (Marks, & Anderson 1988, citados en Fassin, 2000).

cultural y política de la salud, como concepto y como prácticas. La producción de la salud consiste en una traducción de realidades, de problemas sociales al lenguaje sanitario. Además, este concepto parece tener la capacidad de ser objetivante y transparente, generando así consenso a nivel social.

Fassin define un **espacio político de la salud** y lo describe como si estuviera estructurado en torno a tres ejes. El primero sería **la incorporación de la desigualdad**, que realiza la inscripción del orden social en los cuerpos, ya se trate, por ejemplo, del marcaje ritual en las sociedades tradicionales o de las disparidades ante la muerte en las sociedades contemporáneas. El segundo sería **el poder de curar**, que procede de la legitimación de los grupos reconocidos como competentes para intervenir sobre la enfermedad, ya se piense en chamanes, en morabitos o en médicos. Y el tercero sería **el gobierno de la vida**, que activa la gestión colectiva de la salud como bien público, desde las antiguas prácticas propiciatorias hasta los programas de prevención modernos (Fassin, 2000).

La **salud** es una **producción social**, pues la sociedad es la que define lo que manifiesta “salud” o, más bien, lo que da una expresión sanitaria preferentemente a unas realidades en lugar de a otras. Así podemos decir cómo la salud no es algo dado, sino socialmente producido.

Para que algo se convierta en una realidad de salud, ha de sufrir una doble operación de identificación y de calificación, la **medicalización** y la **politización**. Se puede asimilar esta traducción de una realidad social en una realidad sanitaria, a un trabajo de producción de salud, en el sentido en que Godelier y Panoff (1998 citados en Fassin 2001) hablan de “producción del cuerpo”, en la que unos agentes movilizan, intencionalmente o no, competencias y alianzas para imponer su orden de las cosas contra otros órdenes. Se dan así luchas sociales que muestran en qué medida la producción y la calificación de los hechos de salud son una apuesta política.

La producción de la salud plantea una serie de cuestiones a la antropología, ya que se sacan a la luz asuntos eminentemente políticos, en el sentido de *“que atraviesan los tres fundamentos de la política: implican relaciones de poder y de legitimidad sobre territorios, según los términos de Max Weber (1985); conciernen a las fronteras entre el espacio público y la esfera privada (Freund, 1986); y por último, y en una acepción más amplia, afectan al problema del vivir juntos, es decir, de la pluralidad humana y de sus consecuencias en términos de comunidad y de solidaridad (Fassin, 2000)”*. La salud somete, por lo demás, estas tres dimensiones de la política a una prueba singular, que es la del cuerpo, es decir, las cuestiones de lo vivo y de la muerte, de la enfermedad y el sufrimiento.

La **producción de salud** consiste en una **traducción de realidades sociales en el lenguaje sanitario**. Esto puede facilitar que se objetiven problemas sociales en tanto que problemas sanitarios y se justifiquen indiscutiblemente las medidas adoptadas para su abordaje, debido a que por una parte, la salud parece siempre generar consenso (alrededor del cuerpo sufriente, la legitimidad de su intervención se presenta como indiscutible) y por otra parte, la salud parece ser siempre un asunto de especialistas. Sus discursos y sus dispositivos pretenden ofrecer soluciones técnicas para problemas concretos, independientemente de cualquier posición ideológica.

Las ideologías, las políticas, construyen lo que es la salud, y la sociedad recoge estas representaciones, con el peligro añadido de que las recoge como representaciones

asépticas, objetivas, legitimadoras, al margen de ideologías, debido a que son representaciones sanitizadas.

De esta manera el contexto político, social y cultural tiene una influencia directa en las definiciones y usos que se dan de la salud. Lo que da lugar a que se introduzca el fenómeno de la globalización como un elemento actual para cualquier definición de salud y más para cuando hablamos de poblaciones migrantes que son las que conforman mi objeto de estudio.

La influencia de la globalización en la salud

La globalización es el proceso por el que la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unifica mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que le dan un carácter global. Así, los modos de producción y de movimientos de capital se configuran a escala planetaria, mientras los gobiernos estatales van perdiendo atribuciones ante lo que se ha denominado la sociedad en red.

El concepto globalización aparece en los discursos economicistas, rige las políticas públicas de los estados-nación, y caracteriza el horizonte moral por el que se rige la civilización occidental, en base a la idea de unos derechos humanos universales (Suárez Navaz, 1998:39-63).

La globalización se caracteriza, entre otros aspectos, por el auge intensivo de las nuevas tecnologías y el papel clave de la información, la gran libertad de circulación de los capitales, la independencia de las multinacionales respecto a cualquier otro poder, la debilitación de los Estados del Bienestar y, por lo tanto, de los controles político-sociales sobre los procesos económicos. Pero también se caracteriza por una cierta atenuación, de la pobreza, y un gran incremento de la desigualdades de todo tipo (Romani, 2002:498-504).

La globalización trae también modificaciones y nuevos retos a lo que entendemos como salud. La antropología médica, singularmente a través de sus corrientes críticas, se hizo eco de estos asuntos hablando de la internacionalización de la salud (Nichter, 1994 y Yoder, 1997).

En relación a la globalización de la salud, la literatura consagrada a la “antropología de la globalización”, en concreto la recopilación ya clásica de Arjun Appadurai, apunta más a la dimensión cultural, con una singular fascinación por los fenómenos de mestizaje o de hibridación, de un lado, y por las rigideces étnicas o fundamentalitas, del otro, que a la dimensión socio-política de las realidades descritas y de la distancia en relación a su construcción. Este defecto de análisis político puede ser la causa de la desconfianza que inspira a Bourdieu y Wacquante (1998) el uso, en el trabajo científico, de esa palabra de éxito a través de la cual la ideología neoliberal se ofrece como porvenir sin alternativa (Fassin, 2000).

Fassin sugiere asociar lo local y lo global en el estudio de las biopolíticas y promueve hablar de la **globalización de la salud** (2001:3-7). Para ello se sitúa en la perspectiva de la antropología médica crítica junto a autores como Scheper Hughes (1996 y 2005), Farmer (1996 y 2005) y Menéndez (1978,1989 y 2005).

La globalización de la salud incluye el movimiento de las ideas, las imágenes, de los procedimientos y de los métodos. Los instrumentos de medida, los indicadores, las encuestas, las nociones como pueda ser la de *grupos de riesgo*, el principio de

precaución o la vigilancia epidemiológica, los programas como las campañas de vacunación o de educación sanitaria, son productos de las relaciones científicas y políticas internacionales.

Aprehendida en el dominio de la salud, la globalización implica fundamentalmente dos procesos (Fassin, 2000). El primero se trata de la **interdependencia mundial de los determinantes de la salud** y el segundo se trata de una **circulación mundial de los modelos de salud**, es decir el “*movimiento de ideas, de las imágenes, de los procedimientos y de los métodos*” (Pereira, 2003: 347-348).

El orden internacional o nacional encuentra su traducción en las representaciones, las prácticas y las condiciones locales. Es el caso del estudio sobre la epidemia del sida en Haití que desarrolla el antropólogo Paul Farmer (2004). En él manifiesta cómo las relaciones políticas y simbólicas en el seno de la sociedad haitiana, de una parte, y entre la isla y los Estados Unidos, de otra, determina un dispositivo complejo de sospecha y de acusación que tiene consecuencias concretas sobre la condición misma de los enfermos (3) (Farmer, 2005).

Este lazo entre lo local y lo global encuentra probablemente sus figuras más emblemáticas en las personas inmigrantes o en las personas refugiadas. Los movimientos de poblaciones, ya sean voluntarios, ya estén controlados o forzados, por la guerra o la represión, introducen en el corazón de las sociedades contemporáneas, hombres y mujeres que conjugan la doble característica de ser extranjeros y desplazados. Los inmigrantes y los refugiados son representantes de una nueva categoría social y política, “los pueblos sin Estado”. Ahora bien, hemos de tener en cuenta la importancia creciente que han tomado las cuestiones, del cuerpo, la salud y la vida en las gestiones internacionales y nacional de estas poblaciones. No sólo la medicina humanitaria se ha convertido en la institución más legítima para intervenir en los campos de refugiados del planeta, sino que es la misma lógica humanitaria la que tiende a prevalecer en la administración de los inmigrantes en los países ricos. Se reconoce así la política del reconocimiento del ser sufriente y del cuerpo enfermo que se había designado anteriormente como biolegitimidad. Así los objetos en juego de la salud nos dicen más de lo que pensamos sobre lo que funda el lazo social y sobre la manera en que las bio-lógicas piensan hoy sobre el vivir juntos. (Fassin, 2001:3-7).

Antecedentes de la globalización de la salud: el colonialismo

Aunque el término “globalización” se ha popularizado en los últimos veinte años, la globalización no es un fenómeno nuevo. Sus principios fueron esenciales para el sistema mercantil de la Europa imperial y el colonialismo. Desde los tiempos del contacto de Colón con los indios taíno en La Hispaniola hasta la Revolución industrial, la globalización ha evolucionado y se ha adaptado, siempre maximizando la acumulación de riqueza por los ricos (Fort, 2005:26-27).

La importancia de la era colonial y su historiografía se ha visto fortalecida en los últimos años a raíz de la necesidad de comprender mejor los procesos globales.

En la era colonial gran parte de África, Asia y la totalidad de América fueron colonias de las potencias europeas durante siglos, hasta que las guerras de independencia del siglo XIX y el proceso de descolonización, auspiciado por las

(3) Los mecanismos de ocultación nunca son tan potentes como cuando operan en las relaciones internacionales o, más precisamente, en la activación local de programas globales.

Naciones Unidas inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial permitieran a los territorios ganar su independencia. En muchos casos, esta independencia fue nominativa, y la herencia de la colonización se ve fortalecida hoy por la globalización (Gish, 2005:61).

En relación a la salud-enfermedad, desde la Edad Media se conocía en Europa la dimensión internacional de las enfermedades. A la peste negra del siglo XV le sucedieron la expansión de la viruela o el sarampión durante la colonización de las Américas, las distintas epidemias de cólera o la gripe de 1919, y , en las últimas décadas, la epidemia de cólera en Latinoamérica y la pandemia del VIH (Pereira 2003:347-362).

Son muchos los ejemplos del **impacto** que ha tenido la **colonización** en el desarrollo y en la **salud** de los pueblos de países pobres, o en vías de desarrollo, actuales. Históricamente la biomedicina ha jugado un rol central en el imperialismo capitalista como sistema para mantener el control de las poblaciones explotadas. Así, la medicina occidental fue exportada e implicada en todas las fases del colonialismo, desde la exploración y la conquista, hasta la formación de las colonias y la explotación de los indígenas y de los recursos naturales. (Arnold, 1993, citado en Baer, Singer & Susser, 2003:330)

Ya en la era moderna, los estados pusieron en marcha las primeras medidas dirigidas a impedir la entrada de epidemias a través de sus fronteras, para controlar la expansión de las enfermedades, dando lugar a la llamada Sanidad Exterior. De otra parte, a finales del siglo XIX, se establecieron los primeros acuerdos de colaboración entre países europeos, y tras la celebración de las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales, se adoptó la Convención Sanitaria Internacional (1892) cuyo objetivo inicial fue impulsar acciones coordinadas de lucha contra el cólera.

Paralelamente, a lo largo de los procesos de colonización de los países situados en áreas tropicales, se descubren nuevos agentes infecciosos (fundamentalmente parásitos tropicales), frente a los que se desarrollan nuevos tratamientos y se ponen en marcha programas de control que dan origen a la llamada Medicina Tropical (Pereira, 2003:349).

Finalizada la Segunda Guerra Mundial y tras la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, se extiende en la comunidad internacional la preocupación por las enormes diferencias y desigualdades en salud entre regiones y países del mundo. Como respuesta a esta situación, la OMS pone en marcha la estrategia “salud para todos”, en la conferencia de Alma-Ata (1978), cuyo objetivo era garantizar el acceso de toda la población a la atención primaria de salud y a las intervenciones esenciales de salud pública. Esta cumbre supuso un punto de inflexión en la historia de la salud pública. Era un reflejo del pensamiento optimista de la época y sintetizaba la sabiduría de dos decenios de lucha en favor de la salud por el ser humano común. Se firmaba así la Declaración de Ama-Ata, que reconocía que la salud se obtendría mediante un **cambio en el poder y en el control de los recursos** y mediante la implementación de una estrategia integral de la salud llamada atención primaria de salud. Desde la firma de esta declaración, la globalización económica y las políticas impuestas desde entonces en base a los Acuerdos de Bretón Woods (4),

(4) Estos acuerdos constituyeron las resoluciones de la Conferencia Monetaria y Financiera de Naciones Unidas, en 1944, donde se decidió la creación del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI), y el uso del dólar como moneda internacional

restringieron las expectativas de conseguir la “Salud para todos para el año 2000” (Fort, 2005:40) (5).

Debido en parte a la desaparición de la política de bloques a comienzos de los años noventa, se aceleró el proceso de la globalización, lo cual se ha venido manifestando por una marcada transición política, económica, epidemiológica y demográfica en el mundo. En este marco, aunque los estados continúan siendo los principales responsables de la salud de sus ciudadanos, los determinantes de la salud, cada vez más globales, escapan al control de los gobiernos. El papel de éstos, y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la hora de decidir las políticas del sector sanitario se ha reducido con respecto al BM y a los bancos regionales de desarrollo, con un cambio ideológico hacia la atención sanitaria privada. La reforma del sector sanitario impuesta por los bancos y el dogma de la globalización del BM han arrinconado a la sanidad pública (Fort, 2005:40).

Como consecuencia, muchas de las representaciones, valores y paradigmas que se dan en el terreno de la salud pública han quedado desprestigiados debido a las profundas transformaciones culturales y políticas marcadas por la globalización, los dramáticos cambios en el papel del estado, la emergencia de nuevos roles en la sociedad civil, la progresiva separación entre lo estatal y lo público, y la actitud pasiva y subordinada que el sector salud ha exhibido en los últimos tiempos, principalmente (Masset, 1998).

Los procesos de reforma del sector “salud” se han concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y organizativos de los sistemas de salud y en los ajustes a la presentación de servicios de atención a las personas. La salud pública puede haber sido descuidada como responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más apoyo precisa por parte de los gobiernos a fin de modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio en esta nueva realidad globalizada.

La Organización de Naciones Unidas (ONU), ha puesto en marcha una nueva estrategia, los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (ODM), objetivos a cumplir para el 2015. Esta estrategia incluye la mejora de la salud de todas las poblaciones, siendo una iniciativa que no está contando tampoco con las condiciones necesarias para su cumplimiento.

La renta mundial ha registrado un crecimiento notable en la últimas décadas. La globalización ha promovido un visible desajuste en la distribución de la riqueza y la pobreza sigue afectando a la mitad de la humanidad. Los indicadores socioeconómicos reflejan marcadas diferencias en cuanto a la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad y el acceso de la población a los servicios básicos de salud y su nivel de satisfacción; contrastes que no solamente se observan entre países desarrollados y no desarrollados, sino también dentro de cada país. La distribución de la enfermedad y la salud, en efecto, no se producen de forma aleatoria, manifestándose dichas diferencias con más notoriedad entre las diversas clases sociales, a modo de una creciente población social.

(5) La literatura científica y los medios de comunicación se han hecho sabedores de que la meta promovida por la OMS no sólo no se alcanzó, sino que la posibilidad de que se alcance ha empeorado, como se ha comentado anteriormente: la pobreza, las desigualdades en salud, los problemas medioambientales, la vulnerabilidad a los desastres, la falta de acceso a agua potable, la inseguridad alimentaria, la violencia, los movimientos poblacionales y las tensiones étnico-culturales, han aumentado y se han agravado en todos los países del mundo.

En relación a la **globalización de la salud pública**, una materia desarrollada es la salud pública internacional que no cuenta en la actualidad con una definición consensuada (Taylor, 2004:359), aunque la mayoría de los autores sostienen que su objetivo principal es mejorar la salud de las poblaciones más desfavorecidas y su expresión son las iniciativas conjuntas entre países para resolver los problemas de salud de dichas poblaciones (Pereira, 2003:349), incluyendo entre estas poblaciones a la población inmigrante. Las respuestas ante estos retos para la salud, que cada vez son mayores, suponen el inicio de una redefinición de lo que ahora conocemos como salud pública internacional, que está adquiriendo una creciente importancia, en un mundo que afronta profundos y rápidos cambios, en gran medida debido al fenómeno de la globalización.

Autores como Navarro (2006, 2004), Franco (2002), Berlinguer (1999), desarrollan teorías en relación a la **globalización** y sobre los efectos que ésta tiene sobre la salud, como **generadora de desigualdades**.

La **globalización** se caracteriza por una cierta atenuación de la pobreza, pero un gran **incremento de las desigualdades** de todo tipo, incluidas las desigualdades en el ámbito de la salud, tanto dentro de los países como entre los distintos países. Por el surgimiento de muchos conflictos bélicos locales, y por los grandes movimientos de población, refugiados y migrantes (Romaní, 2002:498-504). Tanto las políticas económicas neoliberales, como los programas de ajuste estructural (PAE) han empobrecido aún más a las personas con menos recursos y las han vuelto más vulnerables a la enfermedad (Gloyd, 2005:97-117).

Existe una relación clara entre la globalización y las políticas que se generan. La teoría económica neoliberal es la base de muchas políticas patrocinadas por la Organización Mundial del Comercio (OMC), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Los defensores del neoliberalismo consideran al sector público como una fuerza que inhibe el mercado; por lo tanto, se debe reducir la capacidad de los gobiernos con el fin de promover el libre mercado. Los responsables de las políticas neoliberales consideran que el mantenimiento de los bienes comunes es un impedimento para el crecimiento económico y coinciden en que se deberían limitar o eliminar otras salvaguardias públicas, como la asistencia sanitaria basada en la tributación (Fort, 2005:26-27). Nos encontramos así con la relación establecida entre globalización, políticas públicas y salud.

Durante los pasados treinta años, muchos países gobernados por partidos social-democráticos han estado implementado políticas neoliberales relativas a los sistemas de salud (Navarro, 2006:1033-37). Es fundamental para estudiar todo lo relativo a la salud el establecer la relación entre políticas públicas y salud. Navarro (2006) realiza la siguiente afirmación/reflexión:

“Nuestro análisis contribuye a trabajar en salud pública estableciendo un nexo entre las políticas y la política, y enfatiza la necesidad de establecer interacciones entre las políticas, la política y los resultados en salud (mortalidad infantil, esperanza de vida, etc.)”

La globalización es un fenómeno que genera unas determinadas políticas, que a su vez son generadoras en algunos casos de desigualdades sociales. Autores como Castro & Singer (2004) profundizan en este hecho en su trabajo haciendo visible lo insalubres que pueden llegar a ser algunas políticas de salud.

La globalización parece incrementar las desigualdades entre los países y en el interior de los mismos (UNDP 1999). Aunque los factores que afectan a la salud son múltiples, hay autores que postulan que la globalización corporativa tendrá un impacto profundamente negativo en la salud mundial en el siglo XXI (Bezruchka & Mercer, 2005:43). Estas desigualdades mundiales, en este caso relativas a la salud, son en parte legado del colonialismo. Este fenómeno privó a muchos países pobres de unos servicios sanitarios adecuados, eficaces o equitativos, así como de la capacidad de desarrollar estos recursos. Además de ser una herencia colonialista, estas desigualdades son en buena medida el reflejo del orden económico mundial. Se establece la dicotomía de la diferencia entre norte y sur, entre los países ricos y los países pobres, aunque dentro de las sociedades de los llamados países ricos también existen desigualdades. Tanto en lugares ricos como pobres, la asociación entre desigualdad y situación sanitaria es extraordinariamente fuerte y coherente (Fort, 2005:43). La pobreza y la desigualdad mundiales son las principales barreras para acceder a la salud, y se han vuelto más inabordables en los últimos veinte años (Fort, 2005:32).

El aumento de la desigualdad desde la década de 1970, considerado el periodo de desarrollo de la globalización, está bien documentado en la literatura económica actual (PNUD, 1999). En concreto, en la actualidad, las desigualdades económicas mundiales son enormes (UNICEF, 2004). Tanto el crecimiento económico como el comercio desenfrenado (o globalización corporativa) ha contribuido a ello (6).

Existen posturas que defienden la globalización corporativa (crecimiento económico y el comercio desenfrenados) que sostienen que ha permitido una mejora de la sanidad en los países pobres. Sin embargo, hay estudios que demuestran que una vez consolidada la globalización, tras las mejoras de indicadores de salud como son las tasas de mortalidad infantil y la esperanza de vida de las décadas de 1960 y 1970, se comenzó un retroceso en los avances relacionados con la salud de las poblaciones (Fort, 2005:42). Este fenómeno ha contribuido a la desigualdad económica y, como hemos visto, esta desigualdad afecta negativamente a la salud y al bienestar de las personas pobres de todo el mundo.

Para mejorar la salud humana en un mundo globalizador se han de crear y apoyar políticas económicas y sociales que afecten positivamente a la salud.

Aunque se equipara “salud” a menudo con “asistencia sanitaria”, el nivel de equidad en una sociedad desempeña un papel fundamental a la hora de determinar la salud de las personas (Navarro 2004). Millones de personas enferman y mueren en la actualidad de enfermedades evitables porque no se satisfacen sus necesidades básicas: alimentación, agua potable y vivienda. Incluso en los países industrializados, donde es mayor el número de personas que tienen acceso a estos recursos básicos,

(6) Cuando se habla de globalización se habla del sistema de capitalismo mundial tal como ha evolucionado desde la década de 1970. En el orden mundial actual subyace el requisito explícito del crecimiento de las economías naciones y el requisito implícito de una mayor participación de las empresas multinacionales en la promoción de ese crecimiento mientras incrementan sus propios márgenes de beneficios. Se considera que el comercio es el eje del crecimiento económico. Actualmente las reglas del comercio de facto exigen que los mercados de los países pobres sean libres o no estén regulados, mientras se mantienen subvenciones estatales a industrias clave en los países industrializados. Estas subvenciones benefician a las grandes empresas a expensas de las entidades más pequeñas, incluso dentro de los países ricos, y causan devastación entre los pobres (Fort, 2005:49).

la jerarquía económica tiene consecuencias graves y mensurables en la salud de las personas (Fort, 2005:39).

Una visión neomaterialista sugiere que una mayor desigualdad indica que hay más personas pobres con menos capacidad para adquirir los bienes materiales necesarios para mantener su salud (Fort, 2005:47). Así observamos, que los diferentes tipos de desigualdades (económicas, sociales, de género) generan desigualdades en los resultados en salud. La globalización además de ser generadora de desigualdades plantea nuevos retos a las organizaciones de salud a nivel local y a nivel global, a los sistemas de salud pública locales, y a la salud pública internacional, ya que se están dando cambios sociales que tales organizaciones han de asumir, como puedan ser los fenómenos migratorios.

LAS MIGRACIONES INTERNACIONALES

La globalización económica implica la movilidad y flexibilidad de todos los factores productivos, incluida la mano de obra, por lo que se origina una generalización de las migraciones internacionales: el trabajo se mundializa. En la actualidad la mayoría de los flujos de población responden a este orden económico mundial impuesto y caracterizado por una política neoliberal mercantil, que tiene como consecuencia la desigualdad estructural entre países.

Los movimientos migratorios internacionales integran por lo tanto a los llamados migrantes económicos (que suelen proceder de países de baja renta), pero también a refugiados o migrantes políticos, asilados, migrantes terapéuticos, turistas, jubilados, estudiantes, segundas generaciones, trabajadores altamente cualificados, directivos y empresarios, etc. Acotar qué persona puede ser considerada migrante es complejo puesto que hay muchos elementos que interactúan al mismo tiempo: motivos de la migración, tiempo de estancia, condicionamientos legales de la estancia, etc. La primera característica de esta población es que la forman colectivos de personas muy heterogéneas étnicamente, económica, social y demográficamente. Debido a esto, se establecen categorías en base a datos objetivos como el país de origen. Se incluye también una distinción dentro de este grupo, entre los migrantes económicos legales, con permiso de residencia y/o trabajo e ilegales, sin tales permisos.

La **mundialización de las migraciones internacionales** se manifiesta en el elevado y creciente número de países sistemática y significativamente implicados en las migraciones internacionales y en la multiplicación de rutas migratorias (Arango, 2007:9). Los movimientos migratorios han tenido lugar a lo largo de toda la historia de la humanidad. Es un fenómeno además que se ubica en el contexto de la globalización (Nash, 2005:27). En nuestro tiempo son reconocidos no solamente como un hecho, sino también como derecho universal. La Declaración Universal de los Derechos Humanos dice en su artículo 13 que: “(...) *toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia dentro del territorio de un Estado.*” Y que “(...) *toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluido el propio, y de regresar al mismo.*”

Los movimientos de población parecen ser una de las características de nuestro tiempo. Se estima que la población inmigrante supone más de un 2% de la población global, y su estudio requiere un enfoque amplio dado que los movimientos migratorios son el resultado de varios factores que producen una gran variedad de situaciones y

condiciones complejas (Estébanez, 2005:99). Aunque las cifras todavía no permiten hablar de grandes desplazamientos, las tendencias indican un aumento de las migraciones. Desde todas las perspectivas, y en todos los países, la migración se plantea como un tema complejo, aunque, bien es cierto que los movimientos de población no son un fenómeno reciente. Estos movimientos no responden a las mismas causas y tampoco tienen un espacio geográfico determinado. Estamos ante un **fenómeno global** en el que se distinguen factores como sequías y hambrunas provocadas por desastres ambientales, guerras e invasiones exteriores, persecuciones y limitaciones al ejercicio de los derechos humanos, crisis económicas o motivaciones personales. Por ello, la tipología de la inmigración internacional se compone de: personas con documentación en regla (trabajadores o no trabajadores), estudiantes, demandantes de asilo, refugiados, indocumentados e inmigración de tránsito que tienen como destino a otros países (Sanz, 2003).

Estas migraciones internacionales no se producen de manera aleatoria. Existen rutas migratorias previamente establecidas en base a las generadas durante el periodo colonial, que como ya se ha comentado en este trabajo, fue otro fenómeno socio-económico de orden mundial, precursor de la globalización. El colonialismo estableció vínculos entre los países colonizados y las metrópolis a través del comercio, tanto de mercancías como de esclavos. La extracción de capital humano que se produjo durante la colonización, sobre todo de África, durante el comercio de esclavos generó movimientos poblacionales no voluntarios importantes, estableciéndose así rutas migratorias como la ruta del algodón y la ruta del azúcar, entre otras. Se produjeron también movimientos migratorios “voluntarios” de las metrópolis a las colonias y viceversa. Se consolidaron así rutas migratorias que persisten en la actualidad, las denominadas rutas migratorias históricas.

Hemos de tener en cuenta que la globalización está generando cambios en estas rutas migratorias históricas, y generando nuevas rutas, además de una gran diversidad relacionada con los tipos de migración y modalidades de entrada. La adición de un elevadísimo número de países, de origen, de destino y de tránsito, al mapa mundial de las migraciones internacionales se completa con una fuerte tendencia a la diversificación de rutas y conexiones origen-destino. Si el mapa vigente en la era precedente podía fácilmente dibujarse con unas pocas flechas de gran grosor, que partían del Viejo Continente y desembocan en los nuevos mundos, el actual mapa, incomparablemente más complejo, aparece cruzado por infinidad de líneas más delgadas que conectan prácticamente cualquier punto del globo con cualquier otro. Algunas de estas conexiones origen-destino hubieran resultado enteramente impensables hace poco tiempo. En vano se buscará en la historia o en la geografía la explicación de muchas de ellas (Arango, 2007:10). Al mismo tiempo la globalización se hace patente en la composición de la población migrante. Ésta es diversa en términos primordialmente de procedencias, perfiles socio-ocupacionales, niveles educativos y proyectos migratorios.

El aumento de los movimientos poblacionales: migraciones económicas, el aumento de los refugiados, el de los viajeros internacionales (como turistas y empresarios), que se facilitan gracias al desarrollo de los medios de comunicación y transporte, al abaratamiento de éstos últimos, y a la fácil disponibilidad de los primeros, han generado al hilo del fenómeno de la globalización, la globalización de la salud.

Las migraciones internacionales presentan a comienzos del siglo XXI rasgos acusadamente diferentes a los de cualquier periodo anterior, tanto que puede hablarse

de una nueva era en la historia de la movilidad humana. Su actual fisonomía ha ido tomando forma en los últimos decenios del siglo XX, sobre todo desde los años 70, en un proceso que prosigue su curso. Tales rasgos contribuyen decisivamente a explicar la relevancia contemporánea que revisten las intensas emociones que despiertan y la general prioridad que reciben en las agendas de numerosos gobiernos y organismos internacionales. Es importante destacar como en un mundo crecientemente globalizado, **la movilidad de las personas está severamente restringida** (Arango, 2007:15).

El fenómeno de la inmigración en Europa

Como causas principales de la migración masiva hacia Europa se podrían destacar la necesidad de mano de obra generada por la reconstrucción del continente y su posterior expansión económica, los desequilibrios sociales, económicos y demográficos existentes entre la Unión Europea y otras zonas del mundo menos desarrolladas, el impacto creciente de los medios de comunicación que permite a los ciudadanos de los estados menos desarrollados conocer la realidad europea y las oportunidades que ésta ofrece y la mejora en los sistemas de transporte que favorece los desplazamientos más rápidos y con precios menores.

En Europa, el actual cierre de fronteras y los compromisos derivados del Acuerdo de Schengen han convertido a la inmigración en una necesidad económica y a la vez en un problema político.

El fenómeno de la inmigración en España

El fenómeno inmigratorio que está teniendo lugar en España en las últimas décadas a sido estudiado por antropólogos como Checa (2002), Giménez (2003,1993), Martínez Veiga (2001), Ramírez (1998), y otros científicos sociales como Colectivo IOÉ (1999) (7).

España es, dentro de Europa, un enclave geográfico de tránsito de inmigrantes procedentes de África, que llegan a la península para cruzar a países como Francia, Alemania o Bélgica, pero también es el destino de inmigrantes latinoamericanos, que llegan a nuestro país después de haber hecho escala en otros países europeos, y de inmigrantes en Europa del Este que atraviesan Europa para establecerse en las distintas provincias españolas (Sanz, 2003). Hace ya varios años que hay turistas y viajeros en este país (jubilados nórdicos, alemanes, etc.). El incremento de los primeros grupos citados es notable en estos últimos años, aunque lo cierto es que el problema de la inmigración se ha planteado cuando otro grupo, el de los inmigrantes extra-europeos han acudido a España en busca de trabajo (Romaní, 2002:498-504).

La mundialización de las migraciones internacionales se deja sentir especialmente en países como España, debido a que se reciben más inmigrantes nuevos en proporción al volumen de la población inmigrada establecida. Al mismo tiempo, la diversidad de la población inmigrante que recibe es claramente ejemplo de la globalización. La socialización de España como sociedad receptora se está produciendo en una era caracterizada por la circulación multidireccional de personas, como resultado de la comprensión del tiempo y el espacio, y no obstante a los múltiples obstáculos que se oponen a la libertad de establecimiento reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

(7) Se nombran los autores que han sido seguidos para la realización de este trabajo.

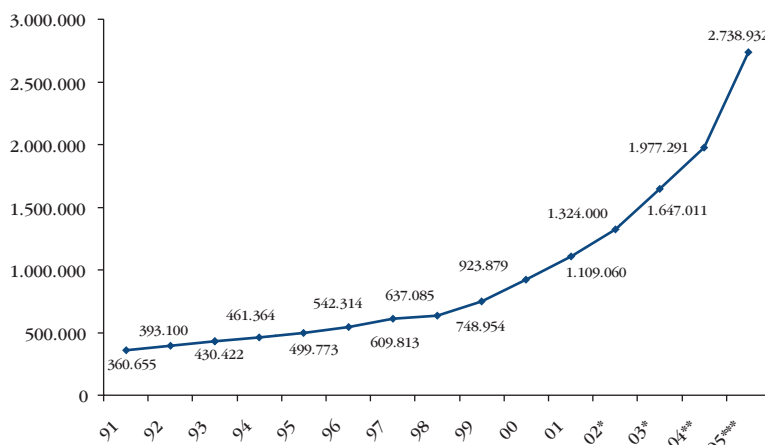
El fenómeno de la inmigración en España es un fenómeno joven, de origen reciente y tributario de la era de la globalización, que refleja acusadamente algunos rasgos estructurales característicos de las sociedades de Europa del Sur.

De su fecha de nacimiento derivan importantes implicaciones. Una de ellas es que el número de los inmigrantes establecidos o presentes en España, sea aún reducido; otra, que lleva la marca de nacimiento de la era de la globalización en la que están transcurriendo sus estadios iniciales e intermedios; una tercera, que es joven en su composición (se encuentra en estadios iniciales del ciclo migratorio), lo que contribuye a una considerable movilidad, un grado de arraigo residencial limitado, elevadas tasas de actividad y un balance fiscal mal conocido pero presumiblemente muy favorable para la sociedad receptora. Se trata, finalmente, de una población inmigrante escasamente asentada, con una inserción subordinada y discriminada en el mercado de trabajo y con condiciones de vida mal conocidas que incluyen en todo caso considerables dosis de exclusión social.

Entre las tendencias de evolución más destacadas se cuenta el rápido aumento del número de la población inmigrante, lo que hace pensar en una fuerte demanda de trabajo foráneo, a pesar de las tasas de desempleo que se dan entre la población autóctona. De hecho, aunque el concurso laboral de los inmigrantes está preferentemente localizado en unos pocos sectores del mercado de trabajo, muestra una clara tendencia a la diversificación.

España se consolida como un país receptor de inmigrantes a finales de los años ochenta, aunque es a partir de los noventa cuando se produce una mayor afluencia de población. En la fisonomía del fenómeno migratorio en España influye decisivamente su fecha de nacimiento, eminentemente reciente como ya se ha comentado. La evolución del número de extranjeros residentes en España muestra una curva ascendente, con un incremento del 30% desde 1975 hasta 1999. En la actualidad, la población inmigrante regularizada con residencia en España a finales del año 2005 es de 2.738.932, de las cuales 2.150.029 (78,5%) habían migrado por motivos económicos (inmigrantes económicos).

Figura 1. Evolución del número de extranjeros residentes en España 1991-2005



Fuente: Instituto Nacional de Estadística;

* Anuario de Extranjería 2002, 2003. Ministerio de Interior. ** www.ine.es, *** www.mtas.es

El actual perfil de una persona inmigrante en España tiene como característica fundamental, el haber migrado por motivos económicos y provenir de países de renta

baja, de entre los cuales un porcentaje elevado se encuentra en situación irregular que aspiran a regularizar su situación. Se ha de destacar una elevada proporción de población inmigrante irregular, es decir sin permiso de residencia y/o trabajo, que reviste caracteres crónicos a pesar de la existencia de frecuentes oportunidades para la regularización (Arango, 2004).

Una de las principales características del fenómeno migratorio son la concentración en determinadas comunidades autónomas y provincias, como las Islas Canarias, las Islas Baleares, Cataluña, Madrid, Andalucía, Murcia y Comunidad Valenciana, lo que hace que sea un fenómeno muy variable en la geografía española. Esta dispersión también tiene relación con los lugares de origen, de modo, que los grupos tienden a agruparse. Los inmigrantes se amoldan a las inflexiones coyunturales de la economía internacional y se organizan para enfrentarse a las dificultades. El comportamiento individual del inmigrante siempre está articulado en torno a un trasfondo social que le respalda, una red de ayuda mutua constituida por sus compatriotas, por la familia más o menos cercana, o por los amigos (Nair, 2003:264).

Aunque globalmente existe un predominio de los varones, el número de mujeres inmigrantes está aumentando, por lo que se habla de una «feminización de la migración» en algunos colectivos como el proveniente de Latinoamérica, Europa del Este, Asia y África.

Las edades de esta población son entre los 16 y 64 años, y especialmente entre 26 y los 45 años, lo que nos indica que es una población joven, activa laboralmente y en edad reproductiva.

La **inmigración** y la **población inmigrante** están siendo uno de los grandes factores, de **transformación de la sociedad española** en esta primera década del siglo XXI. Más de lo que fueron las migraciones interiores en los años 60 y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y a la vida social en condiciones “formales” de igualdad en los años 80. Y es más, no sólo por las dimensiones que está adquiriendo, sino por algunas de sus características y por los retos y desafíos que plantea (Cachón, 2007:68).

Frente al libre tránsito de personas que se da entre los países europeos (que pertenecen a la Unión Europea), la presencia o el aumento de población extracomunitaria ocupa un lugar en el discurso mediático, político y cultural que parece no guardar proporción con los números; es la presencia marcada por la alarma social del peligro que viene de fuera, por el estigma de la pobreza, por el miedo de lo desconocido que se asocia a la inseguridad, etc. (Romaní, 2002:498-504).

El fenómeno migratorio es un fenómeno social total. Involucra los diferentes aspectos de las relaciones sociales: laborales, económicos, jurídicos, políticos, culturales, etc. (Estébanez, 2005).

También hemos de tener en cuenta que el fenómeno migratorio en España se ha politizado fuertemente, y devenido objeto de confrontación partidaria y electoral (Arango, 2005:8). Se convierte así en un problema social y político, que llega a todos los ámbitos socio-políticos, incluido el ámbito de la salud.

La salud de la población inmigrante

La producción de la salud saca a la luz asuntos en juego eminentemente políticos, en el sentido de que atraviesan los tres fundamentos de la política como se planteó

anteriormente (Fassin, 2000). La realidad de la salud como construcción política se ve ilustrada cuando nos centramos en los **procesos de salud-enfermedad de la población inmigrante** ya que implica relaciones de poder y legitimidad sobre territorios (los autóctonos hablan de “lo nuestro”, “lo propio”); concierne a las fronteras entre el espacio público y la esfera privada, en función muchas veces de qué tipo de proceso de salud-enfermedad se trate (enfermedades infecciosas como pueda ser el VIH-Sida); y es una acepción más amplia que afecta al problema de vivir juntos, poniendo en este caso como ejemplo, como en ocasiones se utiliza el estado de salud-enfermedad como “visado” para acceder a un determinado estado, o territorio (requerimiento de reconocimientos médicos favorables). La **salud es así utilizada como herramienta para justificar políticas** desarrolladas para gestionar el fenómeno de la inmigración. Autores como Sayad (2000) y Fassin (2000, 2001) han estudiado el uso político de la salud frente al fenómeno de la inmigración en Francia, país con una larga trayectoria de acogida de población inmigrante. (8) Estos autores han desarrollado planteamientos teóricos en relación a cómo se ejecutan políticas a través del cuerpo del inmigrante, de los cuerpos de los inmigrantes, sanitizando problemas sociales, estableciendo o haciendo visibles diferencias asociadas a la cultura (sustituyendo así las diferencias raciales peor vistas a nivel social y más fácilmente reconocibles), y asumiendo la asistencia sanitaria por humanitarismo frente a los derechos de la población inmigrante como ciudadanos. Fassin, en su estudio sobre la teoría del biopoder, desarrollada por Foucault (1976) y en relación con la antropología política de la salud, argumenta cómo al tener en cuenta a la persona inmigrante como cuerpo, se legitiman políticas a través de acciones sanitarias por parte de los poderes políticos. Las biopolíticas de *los otros* son entendidas como una reducción extrema de lo social a lo biológico: el cuerpo parece ser el último refugio para ser un ser humano común (Fassin, 2001). Se plantea así la dicotomía “ser humano versus ciudadano”. En relación a la atención sanitaria de la población inmigrante, se habla de la atención humanitaria sobre todo en los casos en los que no se reconoce atención al “ciudadano”. Los derechos del ser humano, en cuyo nombre se proclama la urgencia de la acción, son derechos del humano viviente antes de ser derechos del ciudadano del mundo. La ambición de universalidad que ostenta, se encuentra entonces reducida a su más simple expresión: la desnudez de la vida (Fassin, 2000).

La biopolítica está íntimamente ligada a la cuestión de la políticas identitarias. Están basadas en el reconocimiento de la diferencia de los cuerpos. Se introducen así fronteras internas (en una misma realidad social) fundadas en diferencias físicas.

Relacionado también con la visibilización de la diferencia, aparece la diferencia cultural sustituyendo a la clásica diferenciación racial, origen de diferenciación y a posteriori de discriminación. Las realidades sanitarias devienen cada vez más interdependientes y los valores morales se generalizan cada vez más. La diferencia “racial” es posible que sea socialmente más aceptada si se argumenta como diferencia cultural.

(8) Frente a la relación entre “inmigrantes y “salud”, Fassin (2000,2004) plantea cómo en la sociedad francesa se tratan problemas reales en este sentido, planteados en términos prácticos y en situaciones concretas, sin saber si esos “problemas” son verdaderamente los problemas de los inmigrantes, o, por el contrario, los problemas de esta sociedad y de sus instituciones de cara a la población inmigrante.

Al hilo de la diferencia cultural, aparece la **culturalización de problemas socio-sanitarios**. Es decir, se busca la causa o el origen de los problemas socio-sanitarios en la cultura de la población inmigrante (9).

Existen estudios desarrollados sobre los procesos de salud-enfermedad de la población inmigrante por antropólogos como Comelles (2007), Blázquez (2004), Romaní (2002), Periguero y Comelles (2000), entre otros.

Por parte del sistema sanitario, en los últimos años, se ha manifestado un creciente interés por la población inmigrante así como por las repercusiones del fenómeno migratorio en la salud pública. Esta preocupación no es exclusiva de los profesionales sanitarios, ya que también se inscribe dentro de un contexto político, económico y social de **problematización de la inmigración**. Tampoco se desarrolla aisladamente en el Estado español. En otros países con una mayor tradición de acogida de inmigrantes la producción sociosanitaria sobre el tema comienza mucho antes y plantea los problemas que después se han retomado desde nuestro/s sistema/s sanitario/s.

Han proliferado artículos, libros, comunicaciones en congresos y cursos de formación para profesionales biomédicos sobre el tema; se ha construido a “los inmigrantes” como grupo de riesgo para múltiples problemas de salud: sida, tuberculosis, parasitosis, drogadicciones, interrupciones voluntarias del embarazo, depresiones, ansiedad, síndrome de Ulises y se ha dedicado una creciente atención al acceso y uso de los dispositivos del Sistema de Salud por parte de los inmigrantes, especialmente en lo que se refiere a los problemas de comunicación (Meñaca 2004). La medicalización (10) de la diversidad continúa con los inmigrantes un proceso histórico de creación y sanción de los grupos desviados y marginales, y tiene, por tanto, una especial relevancia en la dinámica de inclusión/exclusión de los inmigrantes en nuestra sociedad.

Así se ha construido a los “**inmigrantes**” como **objeto de estudio** y su salud se ha vuelto noticia en los medios de comunicación, que se hacen eco del discurso científico biomédico, lo que hace más objetivable el discurso periodístico.

En estudios realizados sobre los procesos de salud enfermedad de la población inmigrante (López-Vélez, 2006), (Sanz, 2003), se describe la existencia de los diversos factores que influyen en la salud de la población inmigrante. Estos factores se suelen clasificar en biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales. Todos ellos condicionan la salud de la población inmigrante. Es fundamental, a la par que complejo tener en cuenta, cómo todos los determinantes que componen estas agrupaciones se interrelacionan, y romper con este tipo de clasificaciones cerradas,

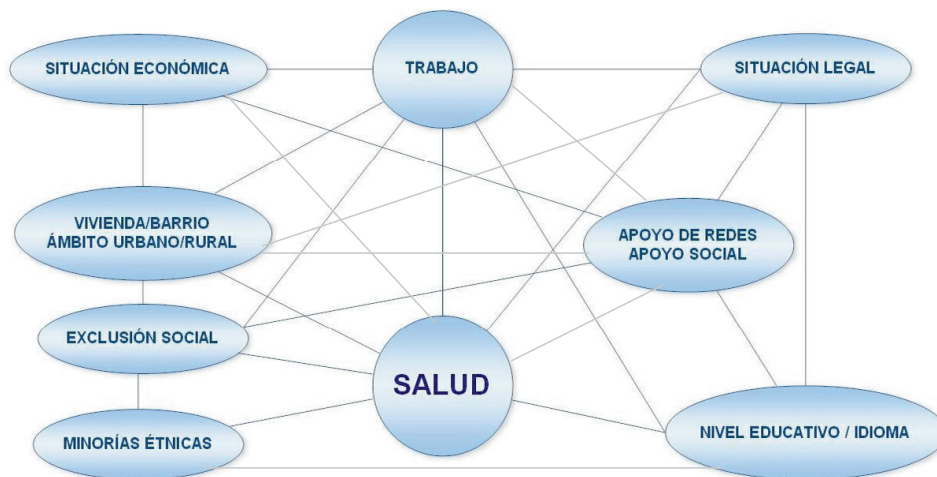
(9) Así, tenemos como ejemplo el caso de saturnismo en Francia que Fassin evoca refleja los estigmas físicos del orden social (Fassin, 2004:167-177). En este estudio se sanitiza un problema social relacionado con las condiciones de vida, en concreto con la vivienda, el saturnismo, y se gestiona desde el punto de vista sanitario, siendo un problema que además se tiende a culturizar, se tiene a buscar una base causal en la cultura de las personas, población inmigrante que lo sufren. Lo que se viene a estudiar es cómo la diferencia (se establezca vía cultura, raza o etnia) supone una discriminación a todos los niveles. Se produce discriminación también a nivel político, y también a través de las políticas de salud.

(10) Los inmigrantes frente al proceso de medicalización, entendiendo por medicalización el proceso mediante el cual cada vez más aspectos de la vida social pasan a ser competencia del sistema médico hegemónico. Este proceso no es único, tiene características específicas según el colectivo medicalizado y el binomio país-momento histórico en que se lleva a cabo.

ya que las interacciones tan estrechas que se establecen entre ellos las hacen poco eficaces. A continuación se describen cada uno de los determinantes de la salud que comportan el grupo de “factores sociales”.

Las relaciones que se establecen entre “salud” y cada determinante, así como las relaciones entre los diferentes determinantes, da lugar a una red compleja de interacciones, plasmada en la siguiente figura.

Figura 2.



La salud de la población inmigrante se ha convertido así en objeto de estudio de las ciencias biomédicas, y objeto de noticia. Se configuran en torno a tal objeto discursos de los cuales, los medios de comunicación se hacen eco, formando a la vez parte de la producción y reproducción de representaciones sociales de la salud de la población inmigrante y al mismo tiempo de representaciones sociales en torno al fenómeno de la inmigración.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN, REPRESENTACIONES SOCIALES E IDEOLOGÍAS

El discurso de los medios de comunicación ha sido estudiado por científicos sociales como Van Dijk (1997, 1998, 2000), Martín Rojo (1998, 2003), Nash (2000) y Wolf (1987).

Mary Nash, en su libro *“Inmigrantes en nuestro espejo”*, habla del **papel decisivo** de los **medios de comunicación** en **liderar la opinión pública** en el mundo actual de la globalización, de los flujos migratorios, de las nuevas diásporas crecientes y de los desplazamientos masivos de población. Las noticias, las opiniones emitidas, tanto en el ámbito de los medios audiovisuales como en el de los escritos, configuran un universo decisivo de discursos que crean valores, actitudes y juicios respecto a nuestro entorno social, cultural y político. Éstos juegan un papel determinante en la creación de la opinión pública, y funcionan como circuitos de poder y procedimientos de transmisión de creencias donde los medios informativos desempeñan un papel de gran significado (Nash, 2005: 15).

Como apuntó Teun van Dijk en su obra *“Racismo y análisis crítico de los medios”*:

“...La mayor parte de nuestro conocimiento social y político, así como nuestras creencias sobre el mundo, emanan de las decenas de informaciones que leemos o escuchamos a diario. Es muy probable que no exista ninguna otra práctica discursiva, aparte de la conversación cotidiana, que se practique con tanta frecuencia y por tanta gente como son el seguimiento de noticias en prensa y televisión...” (Van Dijk, 1997: 29-30).

Existen estudios de comunicación (Melucci, 2001, citado en Nash, 2005: 16-17) que han puesto en evidencia que el recurso del control de la producción de discursos no está distribuido de forma equitativa, quedando al margen de su dominio importantes sectores sociales. Desde esta perspectiva, la información y la difusión de los medios configuran nuevas formas de las estructuras de poder y una vía para dar lugar a nuevos tipos de discriminación y conflicto. Por tanto, es un elemento clave en el entendimiento de los procesos sociales en la actualidad. En este contexto, la producción, distribución y control de la información, forman un recurso singular en procesos sociales como el fenómeno de las migraciones poblacionales en el mundo de la globalización. Tiene así un papel decisivo en relación a la configuración de representaciones sociales en torno a estos movimientos poblacionales.

Moscovici define las **representaciones sociales** como *“los sistemas de valores, ideas, imágenes, prácticas, que nos ayudan a comprender nuestro mundo, y nos ayudan a comunicarnos entre nosotros”* (1979:17-18). La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales las personas hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios y liberan los poderes de su imaginación. Son sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente opiniones acerca de, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. La representación social se convierte en un marco cognoscitivo estable y orienta tanto las percepciones o los juicios sobre el comportamiento, como las relaciones interindividuales. Adquiere así un armazón de valores, representando la realidad social, objetivando y dando tintes normativos (Moscovici, 1979: 17-18).

Las representaciones se construyen a través de las experiencias personales e interpersonales, a través de los discursos emitidos en los medios de comunicación, y a través del discurso social, principalmente, y sustentan un carácter objetivante de la realidad.

Tienen una doble función. Primeramente, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo, y segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal. De forma más simple, podemos decir que las representaciones sociales tienen dos funciones, hacer que lo extraño resulte familiar, y lo invisible perceptible.

Los medios de comunicación sociales efectúan un papel decisivo en la construcción de representaciones sociales y en la transmisión y el aprendizaje social de valores culturales.

Van Dijk subraya que: *“El proceso de información social se basa en su mayor parte en los discursos y la comunicación”* (1997:77).

Los medios desempeñan un papel crucial en la formación de la opinión pública. Además de esto, *“la gente se refiere a menudo a los medios de comunicación cuando expresa o defiende una opinión”* (Van Dijk, 1997:76).

Es cierto que hay autores que han argumentado que *“los medios de difusión pueden estar expuestos a las presiones tanto de las élites como de las clases populares, y pueden reforzarse, de forma selectiva, dentro de un campo de discursos encontrados”* (Curran, 1998, citado en Nash 2005:19). Sin embargo aunque reconoce esta dimensión en la construcción discursiva, Van Dijk, en su amplia investigación sobre la construcción del discurso del racismo, ha destacado el rol decisivo desempeñado por las élites políticas, corporativas, académicas educativas y mediáticas en la formulación de estereotipos y prejuicios sobre las minorías étnicas desde los postulados de un predominio de la superioridad blanca en la sociedad occidental (Van Dijk, 1993, citado en Nash 2005:19).

Como ya se ha apuntado, en la actualidad los medios de comunicación de prensa, reforzados por los sistemas multimedia, son agentes decisivos en la socialización en valores y en la formación de representaciones sociales. La importancia del discurso periodístico reside en su gran capacidad de resonancia social y cultural en la opinión pública. Constituye un escenario decisivo para entender el desarrollo de la percepción pública, la transmisión de valores y la construcción discursiva de representaciones sociales.

El **análisis crítico del discurso** (ACD), metodología utilizada para el desarrollo de este trabajo, se ocupa del estudio de cómo los discursos ordenan, organizan, instituyen nuestra interpretación de los acontecimientos y de la sociedad e incorporan además opiniones, valores e ideologías (Íñiguez, 2003:166).

Van Dijk plantea cómo las ideologías son la base de las representaciones sociales de los miembros de un grupo social, y que ellas son los principios básicos por los que se gobierna el “juicio social”, lo que podríamos llamar el sentido común (las cosas que un grupo social piensan que están mal o bien, que son verdaderas o falsas). Agrega además que las ideologías reflejan el criterio básico que constituye la identidad social y define los intereses de un grupo (Van Dijk, 1998 citado en Bell & Garrett 1998:25). Así, las ideologías sociales monitorizan cada día las prácticas de los actores sociales, actores sociales como puedan ser los periodistas (Van Dijk, 1986, citado en Bell & Garrett, 1998: 23).

El concepto de **ideología** es uno de las nociones más difíciles de definir en las ciencias sociales. Aunque el objetivo de este trabajo no es conocer en profundidad este concepto sí debemos tener claras algunas cuestiones. Para ello nos acercamos a autores como Eagleton, 1991; Larrain, 1979; Thompson, 1984, 1990. (Van Dijk, citado en Bell & Garrett, 1998:23). Thompson señala que el concepto de ideología apareció por primera vez en Francia a finales del siglo XVIII, con lo que ha venido utilizándose por espacio de unos dos siglos. Este término ha recibido funciones y significados variables en las distintas épocas. Para Thompson, la palabra ideología se refiere a las formas y a los procesos sociales en cuyo seno, y por cuyo medio, circulan las formas simbólicas en el mundo social. Para el ACD, la ideología representa un importante aspecto del establecimiento y la conservación de unas relaciones desiguales de poder. Para Thompson (1990), el estudio de la ideología es el estudio de las formas en que

se construye y se transmite el significado mediante formas simbólicas de diversos tipos. Este tipo de estudio también investiga los contextos sociales en cuyo interior se emplean y se despliegan las formas simbólicas. El investigador tiene interés en determinar si esas formas establecen o sostienen relaciones de comunicación (Thompson 1988 citado en Wodak & Meller, 2003: 30).

Para Eagleton, el estudio de la ideología ha de tomar en consideración la diferencia de teorías y los distintos teóricos que han examinado la relación entre el pensamiento y la realidad social. Todas las teorías asumen que hay razones históricas específicas para que las personas lleguen a sentir, razonar, desear e imaginar tal como lo hacen (Eagleton, 1994:15).

En relación a las funciones o acciones de las ideologías, históricamente se ha señalado la decisiva importancia de la emergencia de la prensa en la consolidación identitaria de las ideologías de los nacionalismos y de los estados nación en el siglo XIX. La comunicabilidad constituye un juego clave de herramientas para construir y naturalizar las ideologías y prácticas neoliberales (Briggs, 2005). En este contexto la obra clásica de Benedict Anderson propuso el concepto de *comunidad imaginada* como fórmula simbólica que permite, por un lado, desarrollar la experiencia de pertenencia a un grupo determinado pero por otro, generar paralelamente mecanismos de exclusión en torno a colectivos de la comunidad creada (Anderson, 1993, citado en Nash, 2005:20). También subrayó la importancia de los artefactos culturales, en especial de la prensa, como instrumentos decisivos en el desarrollo de la comunidad imaginada de pertenencia.

Desde los inicios de la modernidad contemporánea, la prensa ha desempeñado un rol crucial en la definición de patrones de inclusión y exclusión como elementos claves en las políticas de identidad a partir de la enunciación del otro (Melucci, 2001; Van Dijk, 1997, citados en Nash, 2005:9).

Las ideologías subyacen en lo que la gente hace como miembro de un grupo, pudiendo reflejar que piensan como grupo y viceversa. Así también, conforman la posición de los profesionales de la salud, los investigadores, los pacientes y otros, en relación con las concepciones de salud-enfermedad y, como Menéndez (Menéndez 1981:362) pone de relieve, impregnan y estructuran las instituciones. La objetividad (supuesta) suministra una base ideológica, que pretende situar a los profesionales de la salud en una posición próxima a la esfera de producción de información biomédica de autorizada (Menéndez y Di Pardo, 1996:56) No obstante, resulta crucial distinguir dentro de “la medicina científica” las distintas, heterogéneas y cambiantes especializaciones, epistemologías, y prácticas que están incluidas en esta categoría. Los científicos de laboratorio y los investigadores clínicos de las instituciones de élite, y los epidemiólogos nacionales e internacionales, por ejemplo, se hallan en una relación ideológicamente definida con la producción de conocimiento científico muy diferente a la de pongamos por caso, un médico rural (Briggs, 2005:101-125).

En relación a las ideologías y los medios de comunicación, Briggs expone en su artículo “*Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales*” (Briggs, 2005), que las ideologías dominantes y las prácticas de comunicación, a las cuales este autor se refiere como comunicabilidad, operan de manera muy similar a lo que Menéndez y Di Pardo denominan el “**Modelo Médico Hegemónico**” (MMH) (Menéndez y Di Pardo, 1996 citados en Briggs, 2005).

Las ideologías hegemónicas conciben frecuentemente la comunicación como un proceso lineal, mecánico, por el cual los mensajes son producidos, distribuidos, y recibidos. En el caso de la salud, las perspectivas dominantes conciben el conocimiento como producido por los sectores científicos (por epidemiólogos, investigadores clínicos, científico de laboratorio, etc.), traducido al lenguaje popular por clínicos, profesionales de relaciones públicas, y periodistas, transmitido a los legos (en interacciones médico-paciente, en actividades de promoción de la salud o a través de los medios de comunicación) y finalmente recibido por el público. Este proceso aparentemente lineal y unidireccional crea y jerarquiza subjetividades y ubicaciones sociales sobre la base del conocimiento especializado, el control sobre las tecnologías y las instituciones; cuanto más alejados de los lugares de producción privilegiados estén localizados los individuos y grupos, menores son la agencia, el poder y la autoridad que les pueden ser atribuidos.

Aunque estas ideologías dominantes describen y explican las prácticas comunicativas de un modo tan poco adecuado como aquel en el que el MMH caracteriza la salud y las desigualdades en salud, la comunicabilidad es generadora de relaciones de poder y desigualdades, al estructurar la sociedad jerárquicamente y al reclutar a individuos y poblaciones para ocupar posiciones diferenciadas (Briggs, 2005:101-125).

Si bien, hemos de tener en cuenta que las inequidades no surgen meramente de un acceso desigual a las tecnologías de comunicación y al capital simbólico, por importante que sea, sino también de la forma en que las personas son situadas ideológicamente en los procesos de la reproducción del conocimiento médico tal como son imaginados. En este caso se analiza cómo es imaginada la población inmigrante en relación a su salud-enfermedad a través del discurso de la prensa escrita.

Más allá de la descripción superficial, el ACD plantea nuevas preguntas, como las de la responsabilidad, los intereses y las ideologías. En vez de centrarse en problemas puramente académicos teóricos, su punto de partida se encuentra en los problemas sociales predominantes, y por ello escoge la **perspectiva de quienes más sufren para analizar de forma crítica a quienes poseen el poder**, a los responsables, y a los que tienen los medios y la oportunidad de resolver dichos problemas (Van Dijk, 1986, citado en Wodak & Meller, 2003: 17)

Aspectos claves de gran parte de la comunicación en salud son que ésta representa en su estructura las ideologías dominantes, de carácter lineal, así como los roles sociales que proyecta, lo que justifica el realizar un análisis del discurso periodístico para acercarnos a las ideologías dominantes que están determinando el discurso en relación a la población inmigrante y los procesos migratorios.

Entre los medios de comunicación de nuestra sociedad de la información, cada vez más interconectada, la prensa marca habitualmente muchas de las pautas y los valores culturales dominantes (Nash, 2005:9). Entre estos valores figuran aquellos asociados a la inmigración y la diversidad cultural. En este sentido, los relatos informativos desempeñan un papel decisivo en la creación y transmisión de las representaciones sociales que la sociedad tiene sobre las personas inmigrantes. Si bien hemos de tener presente que los desplazamientos de la representación no son estables, y constituyen permanentes objetos de renegociaciones (Fassin, 2000).

Vista la importancia del discurso periodístico pasemos a presentar conocer los otros elementos de nuestro objeto de estudio, la construcción de la salud y la población inmigrante.

METODOLOGÍA

ELECCIÓN DE LOS DOCUMENTOS

En este trabajo, se realiza una aproximación a las representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante que aparecen en los discursos periodísticos. Los periódicos elegidos para el estudio han sido los diarios ABC, El Mundo y El País, debido a que son de los tres periódicos diarios de pago de mayor difusión de la prensa escrita española. Los discursos seleccionados, van cronológicamente del año 2000 (modificación de la ley de extranjería) hasta el año 2006 (año de realización del estudio).

Los artículos que se han utilizado para realizar el análisis comprenden artículos de la sección de sociedad y artículos de las secciones específicas de salud de los periódicos.

En primer lugar se procedió a la recopilación de las noticias aparecidas en estos tres periódicos que tratan sobre aspectos de la salud de la población inmigrante. ABC, 48 artículos, El Mundo 68 artículos y el País, 71 artículos.

Es importante señalar que los periódicos elegidos son afines a diferentes ideologías, siendo los periódicos ABC y El Mundo, cercanos a ideologías conservadoras y El País, a ideologías progresistas. En un segundo momento se procedió a analizar los artículos relacionados con el objeto de estudio.

Elección de la metodología

La metodología utilizada para llevar a cabo este trabajo ha sido el análisis crítico del discurso (ACD), teorizado y utilizado por autores como Van Dijk (1997, 1998, 2003), Wodak (2000), Wodak & Meller (2003), y Martín Rojo (2003) (11).

El ACD, como método y como perspectiva en ciencias sociales, es un medio para llevar a la práctica el **lenguaje como eje de comprensión y estudio de los procesos sociales**. (Íñiguez. 2003:83).

Los principios teóricos fundamentales del ACD señalan que éste tipo de análisis se ocupa de los problemas sociales, de las relaciones de poder que constituyen elementos discursivos, de las formas en que el discurso constituye a la sociedad y a la cultura y viceversa, y de la forma en que el discurso realiza una labor ideológica (De la Fuente, 2002).

(11) Dentro del ACD hay perspectivas diferentes. Norman Fairclough, en una perspectiva que tiene sus raíces en el neomarxismo, se interesa más en las estructuras globales del poder, como en la globalización. Ruth Wodak añade una dimensión histórica, por ejemplo en su trabajo sobre el antisemitismo, instituciones y género. Martín Rojo trabaja sobre racismo, género y otros tópicos en una perspectiva foucauldiana (Van Dijk, 2001), y Van Dijk se distingue por la integración de la dimensión sociocognitiva en el estudio de la reproducción de la dominación.

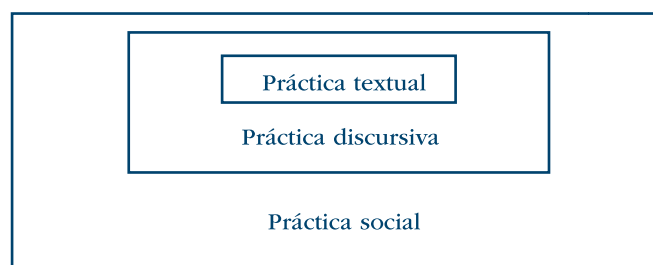
Este tipo de análisis engloba todas las modalidades de investigación crítica que tienen que ver con el uso de la lengua o con la comunicación, como es en este caso, el estudio crítico de los medios de comunicación (Van Dijk, 2001) (12).

Es considerado como una práctica tridimensional (Martín Rojo y Wittaker, 1998 en Íñiguez, 2003: 93-94), en el sentido de que la práctica analítica opera, simultáneamente, con tres dimensiones.

- El discurso en tanto que texto (el resultado oral o escrito de una producción discursiva).
- El discurso como práctica discursiva enmarcada en una situación social concreta.
- El discurso como ejemplo de práctica social, que no sólo expresa o refleja identidades, prácticas, relaciones, es decir representaciones sociales, sino que las constituye y conforma (13).

Así, las dimensiones del discurso son la práctica social, la práctica discursiva y la práctica textual. Estas dimensiones no pueden disociarse ya que los elementos lingüísticos que aparecen en un discurso concreto, las palabras que lo integran, el estilo o la lengua a la que pertenecen las voces que en él se evocan, contribuyen a realizar una determinada tarea, a actuar en sociedad, y al mismo tiempo, a crear una representación y no otra de los acontecimientos. Esta representación a su vez reforzará o cuestionará, naturalizará u objetará unas visiones de los acontecimientos del orden social y no todas, unas ideologías y no otras, que puede ir en beneficio o en detrimento de los intereses de los distintos grupos, clases sociales y géneros (Íñiguez, 2003:164).

Figura 3.



Fuente (Íñiguez, 2003:94)

(12) El análisis crítico del discurso (ACD) no es una modalidad de análisis del discurso, sino, más bien, una perspectiva diferente en la manera en que se encaran la teoría y el análisis. Como sostienen Martín Rojo y Whittaker (1998), constituye una estrategia para aproximarse a los discursos, mediante la cual, la teoría no preconfigura y determina la manera de enfocar los análisis, ni delimita el campo de la indagación y de la exploración. Por el contrario, la teoría se utiliza como una caja de herramientas que permite urdir y abrir nuevas miradas y nuevos enfoques, donde el /la analista se convierte en artífice a través de la implicación con aquello que estudia. Obviamente, estas nuevas formas de mirar, de indagar, de enfocar los objetos de estudio, suponen el cambio de perspectiva en la interrogación, el prescindir de lo dado por descontado y, en definitiva, asumir una postura problematizadora, que permita abrir nuevas perspectivas de estudio y haga emerger nuevos objetos de investigación.

(13) El ACD asume, asimismo, que el discurso no sólo está determinado por las instituciones y las estructuras sociales, sino que en parte es constitutiva de ellas. Es decir, que el discurso construye lo social (Fairclough y Wodak, 1997 citados en Íñiguez, 2003:94).

Los **objetivos** que se fija el ACD derivan de esta concepción tridimensional del discurso. Se trata de **conocer cómo se lleva a cabo esta construcción discursiva de los acontecimientos, de las relaciones sociales y del propio sujeto**, a partir del análisis de los aspectos lingüísticos y del proceso comunicativo en un tiempo y lugar determinados. Paralelamente, se trata de **revelar cuáles son las implicaciones sociales de este proceso de construcción**.

Numerosos trabajos, basados metodológicamente en el ACD, han estudiado el **papel del discurso** en la **transmisión persuasiva y en la legitimación de ideologías, valores y saberes, ideologías o fragmentos de ideologías sexistas o racistas**; por ejemplo, saberes acerca de lo que es “normal” o acerca de lo que es “esencial” a la hora de definir un grupo social: así aparecen y reaparecen enunciados bien arraigados y con prestigio que se citan y reelaboran constantemente (Íñiguez, 2003:165).

El ACD se centra pues en el estudio de aquellas acciones sociales que se ponen en práctica a través del discurso, como **el abuso de poder, el control social, la dominación, la desigualdades sociales o la marginación y la exclusión sociales**.

Con ello se emprende el estudio del papel desempeñado por los discursos en el mantenimiento y refuerzo del orden social, es decir, en la pervivencia del “statu quo” impidiendo, por ejemplo, que circulen o que se oigan en determinados contextos, discursos que son disonantes con la mayoría. De esta manera, se impide el acceso de los grupos minoritarios o disidentes, como el de los inmigrantes, a los medios de comunicación, o bien se imponen restricciones discursivas para el acceso a determinados ámbitos y prácticas sociales, como ocurre cuando para presentar una instancia resulta obligado el uso de determinados recursos lingüísticos. Desde esta perspectiva, se estudia también el **papel del discurso en la pervivencia de las diferencias sociales**, consolidando o incrementando tales diferencias, y en la puesta en funcionamiento de estructura y mecanismos de dominación (procedimiento de exclusión social a través del discurso). Y, en último término, se trata de acceder a la construcción de la identidad y de determinados modelos de subjetivación a través de los discursos donde aparecen sujetos que son presentados por no-sujetos, privados de ser agentes, de toda voluntad y poder de decisión.

En este trabajo se ha desarrollado la dimensión histórica dentro del marco teórico para contextualizar los resultados y la discusión de los mismos y siguiendo a Van Dijk (2003), se analiza la reproducción de la dominación a través del discurso periodístico en relación a la población inmigrante. Para realizar el ACD se utilizó la metodología recomendada por Jäer (2003) y Martín Rojo (2003).

Unidades de análisis

Para el ACD se desarrollaron las siguientes unidades de análisis:

Cómo aparece reflejado el fenómeno migratorio en los artículos; cómo se nombra y define la población de estudio (construcción identitaria); nacionalidad/lugar de procedencia; etnia; sexo/género; tipo de enfermedad (14); cómo se nombra a la

(14) El conocer qué enfermedades se relacionan con la población inmigrante es importante, ya que existen enfermedades como las infecciosas que tienen un componente estigmatizante importante.

enfermedad (importada (15), emergente (16), reemergente, entre otros calificativos); cómo argumentan los medios de comunicación el interés de la noticia; discurso de la otredad (si se establece la diferenciación entre población autóctona y población inmigrante).

(15) Enfermedad infecciosa adquirida en un país donde son más o menos frecuentes, y que se manifiestan clínicamente y se diagnostican en otro país donde no existen o son muy raras.

(16) Enfermedad infecciosa reconocida en las dos últimas décadas o que amenaza con aumentar su prevalencia en un futuro próximo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados del ACD del material previamente descrito son: la utilización política de la salud en el fenómeno de la inmigración, lo que conduce a la exigencia de “salud” como visado para la población inmigrante, las alusiones a la salud de la población inmigrante como portadora de enfermedades infecciosas, las contradicciones entre la salud y la enfermedad, la visibilidad de las mujeres inmigrantes en relación a su salud sexual y reproductiva, la configuración de la población inmigrante como un “grupo de riesgo”, que está estigmatizado y las voces disidentes que plantean un discurso de derechos de la población inmigrante.

En la presentación de los resultados se introduce también la discusión y las aportaciones bibliográficas que apoyan, cuestionan o completan la información localizada y analizada.

LA UTILIZACIÓN POLÍTICA DE LA SALUD EN EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN

En el discurso periodístico hemos encontrado cómo se está produciendo la utilización de la situación de salud-enfermedad de la población inmigrante para la concesión de permisos de residencia y/o trabajo a personas inmigrantes en países ubicados en Europa, y cómo España pide certificados de salud para poder acceder a tales permisos. Así es como la salud se constituye como uno de los argumentos centrales en la regulación de la entrada de estas personas, que genera barreras para restringir el acceso a la población inmigrante.

Las personas con VIH u otras enfermedades infectocontagiosas no pueden conseguir el permiso de residencia en Andorra. La medida pretende “proteger la salud pública”, según la directora de Trabajo del Principado, Yolanda Font.

El País, 25 de febrero de 2006

La lista de enfermedades por las que se han negado los permisos de residencia... incluye 88 dolencias, desde síndromes raros como el de Hunter hasta cánceres de mama o depresión.

El País, 11 de julio de 2006

Desde 1973 y más específicamente desde 1985, tras los acuerdos de Schengen, la Unión Europea (UE) viene estableciendo políticas restrictivas en relación a la entrada de población inmigrante. Se defiende desde la UE una política de «inmigración cero» que no permita la entrada de más trabajadores procedentes del espacio externo a la Unión, contemplándose la entrada legal solamente en casos de reagrupamiento familiar. Así es como se establecen las bases para que los países pertenecientes a la UE y su entorno (véase el ejemplo de Andorra), tiendan a establecer un control de los flujos migratorios (Malgesini & Giménez, 2000:198).

Para argumentar con otras razones estas políticas restrictivas, se señalan los riesgos que supuestamente entrañan las enfermedades infecciosas para la salud

pública de las sociedades receptoras. Sin embargo, esta situación cambia cuando se habla de otro tipo de enfermedades no contagiosas como puedan ser las enfermedades crónicas como el cáncer.

Las **enfermedades infecciosas** al tener la capacidad de transmitirse, comportan mayor alarma social, y en la mayoría de los casos tienen una **estigmatización** asociada que se ha ido arraigando históricamente (Farmer, 1996). Esto puede hacer que los discursos que relacionan a las personas inmigrantes con enfermedades de este tipo, provoquen que se discrimine y se generalicen actitudes xenófobas hacia la población inmigrante. La utilización de este tipo de discursos, en ocasiones generadores de contradicción, y de este tipo de relaciones puede provocar alarma entre la opinión pública, lo que supone una buena estrategia política, ya que se pueden establecer políticas de extranjería o migratorias utilizando la preservación de la salud-enfermedad de la población autóctona, de los ciudadanos, como fundamento, sin que éstos puedan ser culpados de poco humanitarios y así que no sean mal vistas socialmente.

Con ello se descarta que las autoridades andorranas estén impidiendo la concesión de residencia solo a personas con enfermedades transmisibles, como había aducido la directora de Trabajo del Principado.

El País, 11 de julio de 2006

Downing Street reconoció que las cifras señalan que la inmigración facilita el aumento de enfermedades como el sida, la hepatitis B y la tuberculosis.

El País, 14 de febrero de 2003

LA EXIGENCIA DE “SALUD” COMO “VISADO” PARA LA POBLACIÓN INMIGRANTE

La visión política del fenómeno de la inmigración desde el punto de vista gubernamental está ligado intrínsecamente al valor económico de este proceso, donde aparecen también discursos sobre su salud. La población inmigrante es entendida como trabajadores que han de someterse a las necesidades del mercado laboral. El inmigrante es definido en tanto que “cuerpo como instrumento de trabajo” (Sayad, 1999), es decir, como persona sana ya que tiene capacidad para trabajar y producir, visto desde un marco productivista, donde se invisibiliza al productor del trabajo.

La persona inmigrante enferma supone un problema o más bien, un recurso no útil de cara a la economía de los estados, de los gobiernos, por los que éstos generan políticas que evitan que estas personas, “cuerpos como lugar o como expresión de la enfermedad” (Sayad, 1999) entren a formar parte, y tomar partido del estado del bienestar que sustentan, teóricamente, sus ciudadanos. Así es como se establece la utilización del cuerpo sano de las personas inmigrantes como pasaporte o visado, como generador de permisos de residencia y/o trabajo.

...las revisiones médicas sirven de filtro y evitan que un trabajador origine gastos sanitarios al poco tiempo de haber obtenido permiso para trabajar, en un momento en que la demanda de servicios médicos y el gasto sanitario aumentan considerablemente.

El País, viernes 14 de julio de 2006

Andorra, sólo inmigrantes sanos.

El País, viernes 14 de julio de 2006

Podemos hablar igualmente de cómo los gobiernos generan políticas que pretenden regular los flujos migratorios con fines economicistas, a través de la salud de la población inmigrante.

En un comunicado firmado por la presidenta de los médicos andorranos, Meritwell Fiter, se admite que utilizar el criterio de la salud como discriminante para conceder el permiso de inmigración a los solicitantes de un permiso de residencia y de trabajo plantea problemas sobre todo “cuando las finalidades no están claramente expresadas”, como cuando se utiliza el término “salud” y debería decirse “contención del gasto sanitario”.

El País, viernes 14 de julio de 2006

Al hilo de la política europea “Inmigración Cero”, y contemporánea del establecimiento de biopolíticas como base de las políticas de extranjería de algunos países europeos, hallamos en el discurso periodístico la denominada “Crisis de los cayucos”. Esta “crisis” originada por la llegada “masiva”, de embarcaciones (cayucos), con inmigrantes subsaharianos a bordo, a las costas de las Islas Canarias, tuvo lugar en España durante el verano de 2006.

Canarias asiste impotente a estos desembarcos masivos.

El País, 27 de agosto de 2006

...preocupación por lo que pueda ocurrir si no se frena la avalancha que, en 2006, ha lanzado a las islas a más de 18.000 subsaharianos.

El País, 27 de agosto de 2006

Es preciso apuntar cómo la llegada de población inmigrante a través de estos medios de transporte (recordemos también las embarcaciones llamadas “pateras”) habían tenido lugar con anterioridad, pero de manera eventual, de forma escalonada, y con la característica de que en épocas anteriores la población inmigrante era de origen magrebí. Los medios de comunicación, entre ellos la prensa escrita, se hicieron eco de esta “crisis” debido a que se produjeron llegadas de población inmigrante por esta vía que desbordaron a los servicios sociosanitarios (tanto los institucionales como los coordinados por ONG’s) con los que se contaba para este tipo de situaciones. Al mismo tiempo se produjeron escenas en las que estas embarcaciones llegaban a playas de recreo, llenas de autóctonos ociosos y turistas. Los medios de comunicación encontraron en estas escenas (autóctonos y turistas ayudando a inmigrantes desfilados por la travesía) la oportunidad de tratar el fenómeno de la inmigración de forma sensacionalista, ayudados en ocasiones por las nuevas tecnologías que maneja la gente de a pie (teléfonos móviles con cámaras de foto y video incorporadas, etc.). Si bien, en concreto, los medios de comunicación de prensa escrita analizados, trataron la crisis desde un punto de vista más político y económico. Político, ya que se cuestiona la política adoptada por el gobierno en relación al fenómeno migratorio, asociándose la “crisis de los cayucos” a la regularización masiva de inmigrantes llevada a cabo por el equipo de gobierno en el 2005. Se recupera así el denominado “efecto llamada”, construcción o concepto gestado en el 2000, utilizado en ese momento por el gobierno para empoderarse y argumentar la reforma de la Ley de extranjería, Ley Orgánica 4/2000 (Bravo, 2000:18)

La denominada “crisis” entra en contacto con la búsqueda de representaciones sociales en relación a la salud-enfermedad de la población inmigrante a través del discurso periodístico de la mano de titulares como los siguientes:

Fallece uno de los inmigrantes que llegaron ayer en un cayuco a Tenerife.

ABC, 22 de julio de 2006

Dos navieras se niegan a trasladar a 90 africanos por falta de garantías sanitarias.

El País, 25 de agosto de 2006

Así se da la utilización de la salud, en estos casos, a través de las enfermedades infecciosas como excusas objetivantes y transparentes para establecer políticas, o establecer toma de decisiones.

LA POBLACIÓN INMIGRANTE COMO PORTADORA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El discurso periodístico en relación a las enfermedades denominadas infecciosas o transmisibles (17) y la población inmigrante, se transmite al lector a través de discursos emitidos por expertos que trabajan en el ámbito de la salud, y reflexiones de los comunicadores, de los periodistas.

Hay noticias que hacen alusión a la población inmigrante y las “enfermedades infecciosas” en general, mientras que otras se centran en las “enfermedades infecciosas tropicales” o concretamente en infecciones siendo principalmente el VIH-Sida y la tuberculosis. Se muestran estos resultados de forma separada para facilitar su lectura.

La población inmigrante y la tuberculosis

Se atribuye a la inmigración un aumento de la de tuberculosis. Esta enfermedad es una antigua conocida que está abriéndose de nuevo paso en los medios de comunicación, y en las publicaciones científicas que vuelven a encontrar “atractivo” el estudio de esta enfermedad (Otero, 2006). Primeramente podemos destacar los agentes que producen estas representaciones como expertos, siendo por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien “reclama” un Plan de Tuberculosis para España. Esto es debido a que este plan actualmente no existe. Se está trabajando a nivel de las Comunidades Autónomas en relación con los servicios de salud pública, pero existe una descoordinación a nivel nacional. La población inmigrante puede haber ayudado a poner de relieve carencias como éstas que sustenta el sistema sanitario.

Sobre la relación que se establece entre tuberculosis e inmigración, podemos acercarnos a datos, a informes, como pueda ser el registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid del año 2004, publicado en el año 2006, que muestran cómo la tuberculosis está disminuyendo. Si bien es cierto que el perfil de las personas que son diagnosticadas de tuberculosis tiende a corresponder a personas no nacidas en España. Este modelo es similar en el resto de Comunidades Autónomas. Cabría preguntarse a qué se debe este hecho.

Un portavoz de la OMS reclama un Plan de Tuberculosis en España. Los inmigrantes, un motivo del aumento.

El Mundo, 4 de agosto de 2005

(17) A partir de este momento se hablará en el presente trabajo de enfermedades infecciosas.

Inmigrantes procedentes de países del este europeo, de países de Iberoamérica como Ecuador, de otros como Marruecos y del África subsahariana han hecho que crezca el número de personas con tuberculosis en España y que sea necesario desarrollar programas de prevención en todas las CCAA.

El Mundo, 4 de agosto de 2005

No se discute sobre la pobreza y la desigualdad, aunque, junto con la guerra, esas son las principales causas de los altos índices de tuberculosis y al mismo tiempo que lo son de las migraciones (Farmer, 1996: 259). Las únicas alusiones tenidas en cuenta para hacer ver al lector el importante componente social asociado a esta enfermedad se muestran a continuación:

Las condiciones de vida de los inmigrantes contribuyen a la extensión de la tuberculosis en España.

El Mundo, 4 de agosto de 2005

En este verbatim se habla de las condiciones de vida de los inmigrantes pero no se define en el discurso a qué se refiere el periodista con condiciones de vida, cuales son esas condiciones de vida. Además se no se transmite que las personas inmigrantes sufran la enfermedad, sino que se las trata como meras transmisoras de la enfermedad, de forma culpabilizadora “*los inmigrantes contribuyen a la extensión de la tuberculosis en España.*”

El hacinamiento es la única “condición de vida de los inmigrantes” que aparece en el discurso periodístico analizado. En concreto el hacinamiento que sufren los inmigrantes que acceden a las costas españolas utilizando como medio de transporte los llamados “cayucos”:

El riesgo de contagio de, por ejemplo, la tuberculosis o de una gripe entre personas... es mucho mayor. Las dimensiones del cayuco varían poco...

El Mundo, 14 de octubre de 2006

La población inmigrante y el VIH-Sida

El discurso periodístico ante el VIH-Sida y la población inmigrante se divide por un lado en un discurso culpabilizador, que responsabiliza a la población inmigrante del aumento de la infección del VIH/SIDA en España, ya que lo han “traído” de sus países de origen donde la epidemia afecta a más población:

...las nuevas campañas contra el VIH deberían tener en cuenta el importante porcentaje de población inmigrante que tiene el virus.

El País, 28 de noviembre de 2006

En la década de los 90, el sida supuso un incremento del número de casos, aunque ahora está más controlado por los tratamientos con atirretrovirales, pero con la llegada de inmigrantes ha vuelto a crecer el número de casos, según Anchoechea.

El Mundo, 4 de agosto de 2005

Aumenta el sida entre las adolescentes y los inmigrantes

El Mundo, 4 de Junio 2004

Uno de cada cuatro infectados por el virus del sida en España es inmigrante.

ABC, 1 de diciembre 2003

Y por otro lado aparece un discurso victimista, que explica que las diferencias sociales, económicas, culturales, la falta de información de la población inmigrante son las causas de una mayor indefensión ante esta infección, por lo que estarían en una situación de mayor vulnerabilidad. Esta victimización coloca también a la población inmigrante en una situación donde se les convierte en objeto de las circunstancias, se les infantiliza y se les relega a una posición pasiva ante el curso de sus vidas.

“El Sida no es un problema que trae el inmigrante, sino que le puede afectar por tener una indefensión cultural, económica y social, que le conduce a ser más vulnerable a los distintos problemas de salud” ha explicado Parras.

El Mundo, 03 de abril de 2001

Francisco Parras, que participa en Valencia en el VI Congreso Nacional sobre el Sida, ha destacado que es importante “disociar” sida e inmigración, “ya que su asociación podría precipitar algún malentendido o problema xenófobo”.

El Mundo, 3 de abril de 2001

Población inmigrante y enfermedades infecciosas tropicales

Sobre la aparición de noticias que informan sobre la población inmigrante en relación con las enfermedades infecciosas tropicales, es importante recordar lo comentado en el marco teórico. En la época colonial, paralelamente a los procesos de colonización de los países situados en áreas tropicales, se descubrieron nuevos agentes infecciosos (fundamentalmente parásitos tropicales), frente a los que se desarrollaron nuevos tratamientos y se pusieron en marcha programas de control que dieron origen a la llamada Medicina Tropical (Pereira, 2003:349). Este área médica tenía el interés asociado de evitar que los colonos enfermaran y de hacer que los “trabajadores” de las colonias, personas autóctonas, fueran más productivas (Baer, Singer & Susser, 2003:332).

Si bien ahora, el proceso migratorio se ve invertido, y los habitantes de las antiguas colonias migran hacia sus antiguos colonizadores, y podría haber la posibilidad de portar cierta patología tropical. Simultáneamente se dan otra serie de movimientos poblacionales previamente explicados como el turismo, que también se convierten en vehículos para estas enfermedades de otros lugares, y en muchos casos en mayor número e importancia que la población inmigrante. Sin embargo prima el discurso en torno a la posibilidad de la llegada de “enfermedades parasitarias tropicales” como una amenaza para la salud de la población autóctona, e insta a los profesionales relacionados con este ámbito, y a sus instituciones, a prepararse para esta nueva situación.

Expertos en parasitología advirtieron ayer de la necesidad de que los países occidentales se preparen frente a la eventual llegada de enfermedades parasitarias tropicales.

El País, 17 de julio de 2004

El Centro de Medicina Tropical afrontará el desafío biomédico de la inmigración.

ABC, 12 de enero 2002

La población inmigrante y otras enfermedades infecciosas

Por último sin alcanzar la importancia de las otras enfermedades infecciosas se nombran otras en relación a esta población como la hepatitis y meningitis sin explicar

si el aumento de las mismas está más en relación con que son enfermedades autóctonas para las que esta población no tiene protección o que son enfermedades también presentes en sus lugares de origen.

Fuerte aumento de enfermedades como la meningitis C entre los inmigrantes.

ABC, 13 de octubre de 2002

La hepatitis B, muy común entre los inmigrantes asiáticos. (Estudio en Nueva York)

El Mundo, 7 de junio de 2006

LAS CONTRADICCIONES SOBRE LA IMPORTACIÓN DE ENFERMEDADES POR PARTE DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Como hemos podido ver anteriormente, en ocasiones se adjetiva la enfermedad como importada, emergente o reemergente, haciendo alusión a la importación de enfermedades por parte de la población inmigrante, a la aparición de enfermedades nuevas en nuestro entorno o a la reaparición de enfermedades que se creían erradicadas, todo ello relacionado con el fenómeno de la inmigración.

...el portavoz de sanidad añadió también el problema del “repunte de determinadas patologías como puedan ser la hepatitis, el VIH, la tuberculosis, o la sarna, en relación al aumento de población inmigrante...

El País, 5 de diciembre de 2006

La inmigración y el turismo provocan un rebrote de enfermedades ya erradicadas.

ABC, 21 de octubre de 2000

Sanidad potencia el estudio de nuevos virus por el aumento de la inmigración.

ABC, 21 de octubre de 2000

Este discurso hace que el lector pueda establecer la relación directa entre “enfermedad” e “inmigración”. Concretamente, en la siguiente noticia, esta relación es establecida abiertamente por el periodista:

La investigación, que se realizó en pacientes asiáticos, magrebíes, americanos y africanos, muestra que las enfermedades importadas por los inmigrantes son mayoritariamente de tipo infeccioso...

El Mundo, 7 de octubre de 2001

Ante la duda sobre si las enfermedades son traídas, importadas por la población inmigrante, desde sus países de origen o la posibilidad de haberlas adquirido aquí, surgen otros discursos que dirigen más la atención hacia el hecho de si las enfermedades pueden suponer un peligro o no para la salud de la población de la sociedad de acogida.

Las enfermedades propias de otros países no suponen un peligro para la salud pública española.

El Mundo, 7 de octubre de 2001

Existen también discursos disidentes de ONG's, sociedades de profesionales sanitarios y en ocasiones procedentes de grupos de distintas instituciones sociosanitarias y universitarias, que intentan aportar su opinión como expertos en el manejo de las enfermedades y que cuestionan las anteriores informaciones aportadas en los resultados sobre la importación de enfermedades por parte de la población inmigrante.

“Se me ha cansado la boca de decir que los inmigrantes no nos traen las enfermedades; se contagian aquí”.

El País, 18 de junio de 2006

Médicos de familia desmienten “el mito del inmigrante que importa enfermedades”.

ABC, 22 de octubre de 2005

...el inmigrante “no supone ningún peligro” ya que la mayoría de enfermedades tropicales que se detectan en España son importadas por los viajeros”.

El Mundo, 7 de noviembre de 2001

Médicos del Mundo niega que la inmigración ilegal traiga enfermedades.

ABC, 21 de octubre de 2000

LA VISIBILIZACIÓN DE LAS MUJERES INMIGRANTES A TRAVÉS DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las pocas noticias que encontramos sobre la salud de las mujeres inmigrantes tienen relación con su salud sexual y reproductiva:

Más de la mitad de los abortos de la región corresponden a inmigrantes.

ABC, 5 de junio de 2006

Las inmigrantes no suelen planificar sus embarazos.

El Mundo, 21 de marzo de 2006

Más casos de papilomavirus entre las prostitutas de Europa del Este.

El Mundo, 16 de marzo de 2005

Estos datos producen dos efectos principales. Uno, que las mujeres no sean sujetos entendidos como tales dentro del fenómeno migratorio de la población inmigrante y, dos, la vinculación de las mujeres con su rol sexual y reproductivo. Veamos cada uno de ellos de una forma diferenciada.

En este análisis se destaca la falta de noticias sobre la mujeres inmigrantes. Desde una perspectiva de género, la feminización de la inmigración y la presencia de las mujeres entre los colectivos de inmigrantes es un aspecto invisible. Este silencio transmite la negación de su protagonismo como sujetos de la inmigración. La constatación de la invisibilidad femenina refuerza y perpetua un modelo exclusivamente masculino del fenómeno migratorio. Esto conlleva una visión sesgada que niega la importancia del género en los motivos de la inmigración, y la especificidad de sus proyectos migratorios frente a los de sus compatriotas masculinos (Nash, 2005:112).

Pero además, al ser nombradas sólo en relación a su especificidad biológica sexual y reproductiva se refuerza la centralidad de estos roles en sus vidas. De forma implícita, esta construcción cultural deja sin reconocimiento de un requisito básico de la modernidad: la individualidad y la capacidad de detentar un proyecto de vida propia que no estuviera supeditado a su condición de género (Nash, 2005:113). Estos discursos sobre su salud sexual y reproductiva aparecen vinculados a tres temas: el primero es la infección del VIH/ Sida, el segundo es la violencia y en tercer lugar el aborto.

Las noticias que aparecen sobre su salud sexual, en concreto el VIH-Sida son por ejemplo:

Los datos preliminares del Libro Blanco sobre el futuro del VIH-Sida en España revelan que la infección entre las mujeres, "más vulnerables biológica y socialmente", aumentará en todas la Comunidades Autónomas, y alertan también de la incidencia entre las prostitutas extranjeras.

El Mundo, 14 de agosto de 2006

...deben llevarse a cabo programas para mejorar el cuidado prenatal, que incluyan los estudios del VIH, sobre todo en algunas poblaciones, como inmigrantes...

El Mundo, 18 de agosto de 2004

En relación a esta noticia podemos seguir al antropólogo estadounidense Farmer (1990 y 1996), que señala que se ha de decir que buena parte de la propagación del VIH en los años 70 y en los años 80 se dio a lo largo de "líneas de defecto" internacionales, definidas por las abruptas pendientes de la desigualdad, las cuales son también caminos del trabajo de inmigrantes y del comercio del sexo. Aquí nos encontramos con una triple desigualdad ya que el discurso hace alusión a mujer, inmigrante y trabajadora sexual. Así las desigualdades son generadoras de vulnerabilidad y discriminación que puede degenerar en estigmatización social. La vulnerabilidad biológica en el texto argumentada como causante del aumento de casos de VIH entre mujeres (inmigrante o no) es difícilmente medible, cuantificable. ¿Qué tanto por ciento de responsabilidad se ha de achacar a la vulnerabilidad biológica de la mujer y qué tanto por ciento a la vulnerabilidad social, a las desigualdades sociales que sustenta, entre ellas desigualdad de género, o en el caso de las mujeres inmigrantes, la condición de inmigrante? Se tiende así de nuevo a intentar **sanitarizar (18) problemas sociales**, achacando la mayor predisposición de las mujeres, también de las inmigrantes, a padecer VIH-Sida. Lo que pone a estas mujeres en peligro es la desigualdad y la pobreza. Los medios a través de los cuales fuerzas sociales convergentes, como la desigualdad entre los sexos y la pobreza, se combina para crear riesgos de infección con esta enfermedad no han sido considerados por los estudios médicos, epidemiológicos, etc., sobre el Sida hasta hace relativamente poco. De este modo, en lo que respecta al Sida, está vigente la regla de que los efectos de ciertos tipos de fuerzas sociales sobre la salud raramente son estudiados.

Tanto infecciones como el VIH, como enfermedades como el Sida, y al mismo tiempo el aumento de los casos de aborto a nivel nacional, tienden a ser relacionados

(18) Los inmigrantes frente al proceso de medicalización, entendiendo por medicalización el proceso mediante el cual cada vez más aspectos de la vida social pasan a ser competencia del sistema médico hegemónico. Este proceso no es único, tiene características específicas según el colectivo medicalizado y el binomio país-momento histórico en que se lleva a cabo.

por el discurso periodístico con que las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución. Cuando se refleja en el discurso periodístico la ocupación de las mujeres inmigrantes se habla únicamente de la prostitución. En ocasiones también se hace ver en las noticias, que el ejercicio de la prostitución no es voluntario por parte de estas mujeres, sino que se encuentran a merced de redes de tráfico de mujeres. Se considera a las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución como un **subgrupo de mayor riesgo** dentro del colectivo de prostitutas de cara a padecer y transmitir infecciones o enfermedades de transmisión sexual, o a sufrir abortos:

A pesar de que la mayoría de inmigrantes con VIH se infectan en Catalunya, hay un subgrupo "muy concreto" de mujeres procedentes de Europa del este, que "son toxicómanas y se dedican a la prostitución" que "pueden haberse infectado previamente, antes del llegar a Catalunya",...

El Mundo, 5 de junio de 2004

Se asocia así a las mujeres inmigrantes en el discurso periodístico con una ocupación considerada delictiva, y estigmatizada como es la prostitución y en algún caso también con el abuso de drogas. Se ven así relacionadas con grupos históricamente marginales como son el de las personas que ejercen la prostitución, y las personas que abusan de sustancias, los/as toxicómanos/as.

En relación al ejercicio de la prostitución, desde una perspectiva de género, la constatación de una presencia femenina sobredimensionada en el ámbito de delitos y conflictos, refuerza un imaginario colectivo negativo con respecto a las mujeres inmigrantes cuando se asocia la inmigración femenina con el mundo de la prostitución (Nash, 2005:138). Estas representaciones sociales de las mujeres inmigrantes reafirman una **construcción identitaria del colectivo a partir de una doble marginalidad**. Así, la imagen de las inmigrantes conforma un mapa mental que reafirma la otredad de ilegalidad y de estigmatización (Juliano, 2001). La atención prestada a las mujeres inmigrantes que se dedican a la prostitución supera la atención prestada a otros aspectos en relación por ejemplo con la salud laboral de las mujeres inmigrantes.

Las noticias sobre mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución se asocian de forma constante con las mafias y el tráfico de personas.

...el aumento de los abortos está relacionado con el tráfico de mujeres de esas zonas (Europa del Este y África) para que se prostituyan en España.

El País, 28 de diciembre de 2005

Las mujeres inmigrantes también aparecen como víctimas y agredidas cuando el conflicto se torna noticia. El universo simbólico sobre las mujeres inmigrantes tiene otra faceta con su asociación con conflictos, maltratos, victimización, agresión y violencia de género. Así, la prostitución, la ablación genital, y los malos tratos, violencia de género o violencia doméstica, configuran una parte importante de la cuota de visibilidad de las mujeres inmigrantes en la información mediática, en torno a su salud.

El cuarenta por ciento de las mujeres asesinadas este año por sus parejas son extranjeras.

El País, 3 de septiembre de 2005

El director del Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE) de Málaga..., ha sido destituido a raíz de los presuntos abusos sexuales a internas inmigrantes.

El País, 25 de agosto de 2006

Como se muestra en el siguiente discurso, también se achaca un aumento de la violencia doméstica.

El fiscal jefe de Murcia atribuye a los inmigrantes el aumento de la violencia doméstica.

El País, 4 de mayo de 2005

En relación a la ablación genital, podemos destacar cómo se elabora en la prensa española el universo mental de rasgos culturales de la otredad femenina (Kaplan, 2001 citada en Nash, 2005:120-121).

Las niñas en riesgo de ablación serán objeto de control médico en Cataluña

El País, 9 de julio de 2003

...hay una proposición no de ley que persigue sobre todo el refuerzo de las medidas preventivas para evitar la práctica de la ablación o mutilación genital femenina que llevan a cabo en España los inmigrantes a sus hijas.

El Mundo, 15 de mayo de 2001

La ablación de clítoris narrada desde puntos de vista culturalistas, pero tratada desde las instituciones como problema sanitario, ya que las soluciones que se plantean son “controles médicos” La ablación tiene un **componente cultural**, tras el que se esconde la **desigualdad de género**, ya que entraña o tiene como finalidad el control de la sexualidad de las mujeres. El sanitizar este tipo de “ritos” en vez de tratar desde un punto de vista socio-cultural no aporta soluciones al mismo. Con este tipo de noticias se construyen las representaciones sociales en torno a las mujeres inmigrantes destacando las diferencias, haciendo hincapié en elementos más o menos exóticos de diferenciación.

LA POBLACIÓN INMIGRANTE COMO “GRUPO DE RIESGO”

Se categoriza a la población inmigrante como “**grupo de riesgo**” frente a la población autóctona que son “**individuos de riesgo**” en relación a las enfermedades infecciosas. Los discursos relativos a las enfermedades infecciosas tienden a diferenciar entre las personas que “se mueven”, que migran (debido a situaciones económicas, a problemáticas bélicas o políticas), que son las mismas que constituyen los “grupos de riesgo” en relación a la transmisión de las enfermedades infecciosas (tanto las tropicales, como la tuberculosis o el VIH/Sida), y las personas que “se mueven” por ocio, los turistas, que son “los individuos en riesgo” (Farmer 1996:11). Se estaría refiriendo así de manera diferenciada a los movimientos que mayoritariamente se producen de Norte a Sur (migraciones económicas o políticas fundamentalmente), y de Sur a Norte (turismo), a groso modo.

Se establece así el **discurso de la “amenaza”** en relación a que la población inmigrante puede ser portadora de enfermedades infecciosas tropicales que puedan afectar a la población autóctona. Este tipo de afirmaciones pueden tratarse de estrategias de salud pública, o de grupos, instituciones, profesionales, para conseguir

financiación para sus estudios de los estamentos políticos (Farmer, 1996:265). Morse en su artículo “Factors in the emergence of infectious diseases” (Morse, 1995 citado en Farmer 1996: 11) explica como «Las enfermedades que no parecen amenazar directamente a los Estados... raramente atraen el apoyo político necesario para mantener los intentos de control”.

Los cambios vinculados a la percepción pública de la enfermedad están relacionados con el contexto social. Así, enfermedades hasta hace poco desconocidas para la opinión pública están empezando a tomar importancia para ésta, hasta el punto de representar una amenaza.

¿Suponen los problemas de salud de la población inmigrante un riesgo para la salud de la población española?

El Mundo, 18 de enero de 2007

El Presidente del... catalán consideró la oleada de inmigrantes tiene repercusiones negativas en la salud y educación públicas...

El País, 26 de octubre de 2006

La inmigración y el turismo provocan un rebrote de enfermedades ya erradicadas.

ABC, 3 de marzo de 2006

DE LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO AL ESTIGMA SOCIAL

La problemática en relación a la salud de la población inmigrante se acentúa, cuando la salud torna enfermedad de la mano de un agente infeccioso, es decir, cuando se ve afectada por una enfermedad infecciosa, debido a que estas enfermedades tienen por sí solas una importante carga estigmatizante.

El concepto **estigma** es uno de los conceptos centrales en la teoría de la desviación elaborada por Goffman, que lo define como una actitud indeseable, profundamente difamadora y que reduce la condición y el valor de la persona ante la sociedad (2003). El estigma se produce cuando en el contexto del poder social y económico se combinan cuatro elementos relacionados entre sí como son las diferencias que distinguen y marcan, la asociación de diferencias humanas con actitudes negativas, la separación entre “ellos” y “nosotros”, constituyéndose en este caso la diferencia entre “ellos”, población inmigrante como “grupo de riesgo” y “nosotros”, población autóctona como “individuos en riesgo” (Farmer, 1996:265), y por último, la pérdida de estatus social y discriminación (Link, 2001).

El estigma se relaciona sobre todo con enfermedades incurables o que desfiguran, y con infecciones que se consideran resultado de un comportamiento personal. Asimismo se relaciona generalmente con enfermedades que se consideran resultado de la violación de normas sociales, como la actividad sexual contraria a las normas sociales (Crandall 1995).

En este caso, el estigma se fundamenta en la idea de que las personas infectadas han contravenido una serie de creencias y valores compartidos. Con frecuencias éstas se relacionan con el sexo o con comportamientos ilícitos y socialmente inaceptables, como el uso de estupefacientes. Muchas veces la sociedad perpetúa el estigma y la discriminación por miedo o por ignorancia, o porque es conveniente culpar a la

víctima. Al culpar a determinados individuos o grupos, la sociedad intenta justificar la denegación de cuidados y compasión a esos grupos. El **estigma** conduce frecuentemente a la **discriminación**, término que hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción, por alguna característica personal. El estigma y la discriminación son resultado de actitudes y actos de las personas, las comunidades, y las sociedades para con las personas que se considera que tienen “una enfermedad que les desacredita” o una “diferencia indeseable”. El estigma y la discriminación son procesos sociales que se emplean para establecer el **control social y la desigualdad social** creando “diferencias” por enfermedad o discapacidad, clase, género, etnia, o sexualidad. Esta relación es compleja y está profundamente arraigada en problemas de carácter social y económico como la sexualidad, el género, la etnia, el estatus socioeconómico, y el temor al contagio y a la enfermedad.

LA REIVINDICACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS PARA LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LOS DISCURSOS DISIDENTES

Los discursos emitidos por parte de los profesionales, en este caso sanitarios, no tienden a ser uniformes. A lo largo del ACD de este material, podemos apreciar cómo existe un discurso de profesionales sanitarios que representan a instituciones vinculadas con los gobiernos, que es un discurso afín a las ideologías hegemónicas gubernamentales, a su servicio con excusas salubristas que se ven como objetivas y transparentes para ejercer mayor poder, en este caso, para controlar los flujos migratorios. Se ejerce así el “*derecho de cada país a proteger su ciudadanía regulando el flujo de entradas de extranjeros al mismo*” (Azurmendi, 2002 citado por Bravo, 2002:38).

...defiende a ultranza el derecho de Andorra, como Estado soberano y país receptor de población inmigrante, a establecer mecanismos para “regular la inmigración y proteger los intereses de sus residentes”.

El País, viernes 14 de julio de 2006

Frente a este discurso, bien en las mismas noticias, bien en noticias a parte, encontramos otro discurso, disidente como pueda ser el discurso de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), asociaciones profesionales, sindicatos, etc., que denuncian situaciones irregulares, de vulneración de los derechos humanos fundamentales de las personas inmigrantes. Poniendo como ejemplo el artículo 13 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Esta declaración dicta que toda persona tiene derecho a circular libremente, a elegir su residencia en el territorio de un estado, que toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

“Por todo ello en nuestra opinión se está llevando a cabo por parte de los servicios médicos de inmigración de su país una grave y repetida violación de derechos humanos” afirma el grupo de médicos...

El País, viernes 14 de julio de 2006

En los últimos años, desde el sistema sanitario español se ha manifestado un creciente interés por la población inmigrante así como por las **repercusiones del fenómeno migratorio en la salud pública**. Esta preocupación no es exclusiva de los profesionales sanitarios, se inscribe dentro de un contexto político, económico y

social de problematización de la inmigración. Tampoco se desarrolla asiladamente en el Estado español, en otros países con una mayor tradición de acogida de inmigrantes la producción sociosanitaria sobre el tema comienza mucho antes y plantea los problemas que después se han retomado desde nuestro(s) sistema(s) sanitario(s).

Han proliferado artículos, libros, comunicaciones en congresos y cursos de formación para profesionales biomédicos sobre el tema; se ha construido a “los inmigrantes” como grupo de riesgo para múltiples problemas de salud: sida, tuberculosis, parasitosis, drogadicciones, interrupciones voluntarias del embarazo, depresiones, ansiedad, síndrome de Ulises, y se ha dedicado una creciente atención al acceso y uso de los dispositivos del Sistema de Salud por parte de los inmigrantes, especialmente en lo que se refiere a los problemas de comunicación (Meñaca 2004). La medicalización de la diversidad continúa con los inmigrantes un proceso histórico de creación y sanción de los grupos desviados y marginales, y tiene, por tanto, una especial relevancia en la dinámica de inclusión/exclusión de los inmigrantes en nuestra sociedad.

DESIGUALDADES EN SALUD EN LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Estos discursos conducen a que esta población sufra desigualdades en salud, en base a la posibilidad de recibir un tratamiento inferior por su condición de inmigrantes, pudiendo establecer también el sufrimiento de tal desigualdad en base a la diferenciación establecida entre “blancos” y “minorías étnicas”, por su condición de minoría étnica.

...el Gobierno confirmó que esta estudiando imponer análisis de sida obligatorio a los inmigrantes que quieran instalarse más de seis meses en el país. Ser portador no les impedirá obtener el permiso de residencia, pero podrán tener un tratamiento inferior.

El País, viernes 14 de febrero de 2003

También se remarcan las desigualdades en la medida en que se deifican las diferencias étnicas entre esta población y la autóctona.

El mismo día en que las nuevas cifras del censo han revelado que por primera vez el país tiene dos municipios en los que los blancos han dejado de ser la mayoría, el Gobierno confirmó que esta estudiando imponer análisis de sida obligatorio a los inmigrantes que quieran instalarse más de seis meses en el país.

El País, viernes 14 de febrero de 2003

El mapa étnico del Reino Unido también está cambiando. La proporción de ciudadanos blancos en Inglaterra y Gales ha pasado del 94% en el censo de 1991 al 91% en el censo del año pasado.

El País, viernes 14 de febrero de 2003

En la noticia se hace alusión a cómo el hecho de que los “blancos” hayan dejado de ser mayoría puede estar influyendo en que se ejerza un control sobre la seropositividad o no de la población inmigrante que quiere acceder al Reino Unido. Es relevante hacer referencia a cómo se utiliza en este artículo el término “blancos”

frente a conceptos que establecieran la dicotomía entre población inmigrante y población autóctona (19). El periodista pasa por explicar cómo la globalización no sólo se percibe en términos sanitarios para dar paso a una descripción porcentual de la población en base a blancos y minorías étnicas.

Asimismo se refuerzan las desigualdades mediante la **exclusión de los determinantes sociales en la aparición de las enfermedades**. El discurso periodístico que habla sobre la salud de la población inmigrante no profundiza en las problemáticas sociales de esta población. Esto puede ser debido a que un discurso próximo al discurso científico biomédico ante el lector es más objetivante y creíble.

En el caso de las enfermedades infecciosas, éstas necesitan ser entendidas en su contexto social (Farmer, 1996:262). En los pocos casos en los que alguna noticia presenta una perspectiva social de la salud-enfermedad de la población inmigrante, ésta no es mostrada como causa de enfermedad sino como consecuencia.

El francés Pierre Carnevale coordinador mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la lucha contra la malaria aseguró que es necesario desarrollar estrategias sociales para luchar contra una dolencia que “no sólo tiene consecuencias sanitarias, sino sociales, políticas y económicas”.

El País, 17 de julio de 2004

(19) Sobre el *mantenimiento de la pureza* podemos acercarnos a planteamientos como los de la antropóloga Verena Stolke (1992).

CONCLUSIONES

Tras el acercamiento a algunas de las representaciones sociales de la salud-enfermedad de la población inmigrante encontradas en la prensa a través del análisis crítico del discurso, se presentan las principales conclusiones de este trabajo. Algunas de ellas nos remiten a nuevas y complejas preguntas:

Los usos y las formas que aparecen en los discursos periodísticos analizados para referirse a las personas inmigrantes y para describir sus actividades y formas de vida contribuyen a crear una **imagen casi siempre negativa** de estas personas y, en algunos casos, victimizada. Dichas imágenes pueden, a su vez, utilizarse para justificar las actuales políticas de inmigración y las condiciones de marginación en que viven estas personas y, en todo caso, contribuyen a fomentar una vivencia negativa y conflictiva de la diversidad. En concreto, la construcción de la población inmigrante como grupo de riesgo puede ayudar a cultivar cínicamente el círculo inmigrantes/extranjeros-racismo/xenofobia (20).

En relación a las **representaciones sociales de la salud de las mujeres inmigrantes**, hemos de tener en cuenta que comprender la influencia y la naturaleza específica de las diferencias de género, de la forma como se construye la sexualidad, y cómo interactúan el género y la sexualidad con la pobreza en una comunidad, es esencial para diseñar cualquier estrategia de intervención y garantizar la mayor probabilidad de eficacia (Farmer, 2005). La perspectiva de género ha de ser incluida también en los artículos periodísticos para mejorar la información en general de las mujeres inmigrantes y en concreto de su salud y su situación social, y evitar la estigmatización, estereotipación, que pueden fundamentar las inequidades en salud debidas a la discriminación de género.

Los **medios de comunicación** se erigen como **medios de poder** para generar y establecer representaciones sociales que posibiliten la perpetuación del poder y el establecimiento de las diferencias y las desigualdades, en este caso en relación a la población inmigrante.

El **discurso en la prensa** de los profesionales sanitarios o instituciones vinculadas con los gobiernos visibilizan la **medicalización**, afín a las ideologías hegemónicas que ponen a su servicio excusas salubristas, que se ven como objetivas y transparentes a la hora de establecer políticas para controlar los flujos migratorios.

Hemos de reflexionar, y preguntarnos sobre lo que entraña la **sanitarización de lo social**, es decir, la traducción sanitaria de un problema social, y en concreto en este caso, de la sanitización del fenómeno de la inmigración. *¿Por qué el mundo social está más preparado para reconocer las desigualdades y las injusticias de las que son víctimas las poblaciones de origen extranjero cuando existe una afección*

(20) Esto ayudaría a crear un clima de ansiedad sobre la supuesta “avalancha” de buscadores de refugio y de inmigrantes que quieren ingresar en la UE. Esto puede hacer aumentar la hostilidad hacia las personas de origen extranjero, pudiéndose convertir en una violencia, desatada por la acción de grupos políticos de ultraderecha (Malgesini & Giménez, 2000:405)

física, que cuando la dignidad humana es vejada? ¿Por qué los poderes públicos están más preparados para resolver un problema de salud que un problema de hábitat? (21).

(21) La hipótesis que plantea Fassin es que se concede un reconocimiento mayor a la integridad del cuerpo que a la integridad de la persona o, por decirlo de otro modo, que el reconocimiento de la persona pasa por el reconocimiento del cuerpo alterado o sufriente. Sugiere llamar bio-legitimidad a esta prioridad (Fassin, 2001).

BIBLIOGRAFÍA

- ARANGO, J (2007). Las migraciones internacionales en un mundo globalizado. *Inmigrantes: el continente móvil. Vanguardia Dossier*. Nº 22.
- ARANGO, J (2003). La fisonomía de la inmigración en España. *Red Internacional de Migración y Desarrollo*. Disponible en <http://www.migraciónydesarrollo.org>. Accedido el 11 de octubre de 2006.
- BAER, HANS A, SINGER, MERRILL & SUSSER, IDA (2003). *Medical Anthropology and the World System*. Praeger Editorial. Westport-London.
- Barómetro de opinión del Centro de Investigaciones Sociológicas*. Disponible en http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2640_2659/2654/e265400.html. Accedido el 25 de octubre de 2006.
- BLÁZQUEZ, MARIBEL (2004). Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. *Revista Cultura de los Cuidados*, VIII (16): 41-46.
- BELINGER, GIOVANNI (1999). Globalization and Global Health. *Internacional Journal of Health Services.*, Vol. 29, Nº 3, 579-595.
- BEZRUCHKA STEPHEN & MERCER MARY ANNE. La división letal: Cómo afecta la desigualdad económica a la salud. En *El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización del bien público*. Editorial Paidós. Barcelona.
- BRAVO-MORENO, ANA (2005). El aborto en la población inmigrante: contextualización. En *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Mari Luz Esteban y Pallerès Joan (Coordinadores). X Congreso de Antropología. Sevilla: AAEE/ASANA/Fundación El Monte.
- BRAVO-LÓPEZ, FERNANDO (2002). Los grupos parlamentarios españoles ante la inmigración. Trabajo de Estudios Avanzados no publicado. Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en <http://www.uam.es/otroscentros/TEIM/articulos/tesinaFernandoBravo.pdf>. Accedido el 23 de enero de 2007.
- BRIGGS, CHARLES, L. (2005). Perspectivas críticas de la salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*. Vol. 14. 101-124.
- BROWNER, CAROLE. SARGENT, CAROLYN (1996). "Anthropology and Studies of Human Reproduction". En: Sargent, Carolyn. Johnson, Thomas. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, 219-34.
- CACHÓN, LORENZO (2007). Diez notas sobre la inmigración en España 2006. *Inmigrantes, el continente móvil. Vanguardia Dossier*. Nº 22.
- CASTRO ARACHU, & SINGER, MERRILL (2004). *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*. Altarmira Press. Oxford.
- COMELLES JOSEP MARÍA & BERNAL MARIOLA (2007). El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *HUMANITAS: Humanidades Médicas*. Nº 13, 1-17. Disponible en <http://www.fundacionmhm.org/tema0713/articulo.pdf>. Accedido el 8 febrero de 2007.
- COLECTIVO IOE (1999). *Inmigración y trabajo en España. Trabajadores inmigrantes en el sector de la hostelería*. Observatorio Permanente de la Inmigración. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- CHECA, FRANCISCO (2002). *Las migraciones a debate. De las teorías a las prácticas sociales*. Icaria. Institut Català d'Antropologia. Barcelona.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Disponible en <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>. Accedido el 11 de noviembre de 2006.
- Estado mundial de la infancia 2004*. UNICEF. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/sowc04/files/SOWC_04_SP.pdf. Accedido en 3 de junio de 2006.
- ESTÉBANEZ, PILAR (2005). *Exclusión social y salud. Balance y perspectivas*. Editorial Icaria. Barcelona.

- Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2005*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Observatorio Permanente de la Inmigración. Madrid, enero 2006. Disponible en www.mtas.es. Accedido el 12 de marzo de 2006.
- FARMER, PAUL (2005). *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press. Oxford.
- FARMER, PAUL & CASTRO ARACHU (2004). *Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba*. *Unhealthy Health Policy*. Castro Arachu & Singer Merrill. Altamira Press.
- FARMER, PAUL (1996). Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases Journal*. Vol. 2, nº 4. CDC. 1996. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol2no4/farmer.htm>. Accedido el 8 de octubre de 2006.
- FASSIN, DIDIER. (2004). Public health as culture. The social construction of the childhood lead poisoning epidemic in France. *British Medical Bulletin*; 69:167-177.
- FASSIN, DIDIER. (2004). Social Illegitimacy as a Foundation of Health Inequality: How the Political Treatment of Immigrants Illuminates a French Paradox. *En Unhealthy Health Policy*. Castro, Arachu & Singer, Merrill. Altamira Press. Oxford.
- FASSIN, DIDIER (2001). The biopolitics of otherness. *Anthropology Today*. Vol. 17 (1), 3-7.
- FASSIN, DIDIER, *Entre politiques du vivant et politiques de la vie*. Pour une anthropologie de la santé, París, Note de recherche 1, Centre de Recherche sur les Enjeux contemporaines en Santé Publique, 2000. (Traducción de Álvaro Pazos Garcandía)
- FORT, MEREDITH, MERCER, MARY ANNE & GISH, OSCAR (2005). *El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización del bien público*. Editorial Paidós. Barcelona.
- GIMÉNEZ, CARLOS (2003). *¿Qué es la inmigración?* Editorial Integral. Barcelona.
- GIMÉNEZ, CARLOS (1993). *Inmigrantes extranjeros en Madrid*. Imprenta de la Comunidad de Madrid. Madrid.
- GLOYD STEVE (2005). Debilitar a los pobres: el impacto de los programas de ajuste estructural. *En El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. Editorial Paidós. Barcelona.
- GONZÁLEZ, HERMINIA (2007). Los retos epistemológicos de las migraciones transnacionales. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. Vol. 2, (1).143-145. Disponible en <http://www.aibr.org/antropologia/02v01/cronicas/020101.php>. Accedido el 9 de marzo de 2007.
- GREGORIO, CARMEN (1998). *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*. Editorial Narcea. Madrid.
- IÑIGUEZ, LUPICINIO (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Editorial UOC (Universitat Oberta Catalunya). Barcelona.
- JULIANO, DOLORES (2001). Modelos de género a partir de sus límites: la prostitución. *En Multiculturalismo y género*. Nash Mary & Marre Diana. Editorial Bellaterra. Barcelona.
- La inmigración extranjera en España. Los retos educativos*. Colección de Estudios Sociales. Fundación "La Caixa" 1999.
- LINK, BRUCE. & PHELAN, JO C (2001). "Conceptualizing stigma". *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.
- MALGESINI, GRACIELA & GIMÉNEZ, CARLOS (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Editorial Catarata. Madrid.
- Manual de Estilo AIBR*. Disponible en www.aibr.org. Accedido el 14 de abril de 2007.
- MARSET CAMPOS, PEDRO ET AL (1998). La evolución histórica de la salud pública. *En Salud Pública*. Martínez Navarro, F; Antó, JM; Castellanos PL; Gili, M. ; Marset, P; Navarro, V. Madrid. Mcgraw-Hill/Interamericana. Madrid.
- MARTÍN ROJO, LUISA (2003). El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. *En Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Iñiguez, Lupicinio. Editorial UOC (Universidad Oberta Catalunya). Barcelona.
- MARTÍNEZ VEIGA, UBALDO (2001). *El Ejido. Discriminación, exclusión social y racismo*. Los libros de la Catarata. Madrid.
- MEDINA DOMÉNECH, ROSA Mª (2005). La medicina en la construcción de la identidad nacional y colonial. El caso de "España" y los territorios africanos coloniales de Guinea Ecuatorial. *En La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Mari Luz Esteban y Pallerès Joan (Coordinadores). X Congreso de Antropología. Sevilla. FAAEE/ASANA/Fundación El Monte.

- MENÉNDEZ, EDUARDO (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. Vol. 14, 33-70.
- MENÉNDEZ, EDUARDO (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia, Franco. *La salud de los trabajadores*. México: Nueva Imagen, 11-53.
- MEÑACA, ARANTZA (2005). Los inmigrantes frente al proceso de medicalización. En *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Mari Luz Esteban y Pallerès Joan (Coordinadores). X Congreso de Antropología. Sevilla.
- MOSCOVICI, SERGE (1975). Introducción a la psicología social. Editorial Planeta. Barcelona.
- NASH, MARY (2005). Inmigrantes en nuestro espejo. Editorial Icaria. Barcelona.
- NAVARRO, VICENTE (2006). Politics and health outcomes. *Lancet*. 368:1033-1037.
- NAVARRO, VICENTE (2004). Health and Equity in the World in the Era of "Globalization" in Navarro, V. (ed.) *The Political Economy of Social Inequalities*.
- NICHTER, MARK (1994). Illnes Semantics and International Health: The Weak Lungs/TB Complex in the Philippines. En *Social and Medicine*. Vol. 38(5). 649-663.
- "Objetivos de Desarrollo del Milenio" Disponible en <http://www.unmillenniumproject.org/reports/spanish.htm>. Accedido el 14 de enero de 2007.
- OTERO, LAURA (2006). Inmigración y discurso científico en los artículos de investigación sobre enfermedades infecciosas. *Enfermedades Emergentes*. Nº 8 (2) Actas de comunicaciones. V Congreso de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional.
- PEREIRA JOAQUÍN ET AL (2003). La salud de la población inmigrante. En *Salud pública y enfermería comunitaria*. Mazarrasa, Lucía et al. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.
- PERDIGUERO, ENRIQUE, & COMELLES, JM (2000). Medicina y Cultura. Editorial. Barcelona.
- ROMANÍ, ORIOL (2002). La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad. Una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 9(7):498-504.
- SAMI, NAIR (2003). El Imperio frente a la diversidad del mundo. Editorial Areté. Barcelona.
- SANZ, BELÉN. ET AL (2003). La salud de la población inmigrante. En *Salud pública y enfermería comunitaria*. Editorial McGraw-Hill-Interamericana. Madrid.
- SAYAD ABDELMALEK (1999). La double absence. Des illusions de l'emigré aux souffrances de l'immigré, París, Seuil. (Traducción de Álvaro Pazos Garcíandía.)
- SCHEPER-HUGHES, NANCY [(1997 (1992)]. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- SCHEPER-HUGHES, NANCY. SARGENT, CAROLYN (EDS.) (1998). *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*. Berkeley: University of California Press.
- STOLKE, VERENA (1992). ¿Es el sexo para género como la raza para la etnicidad? *Mientras Tanto*. Nº 48. Fundación Giulia Adinolfi. Barcelona.
- SUÁREZ NAVAZ, LILIANA (1998). Los procesos migratorios como procesos globales: el caso del transnacionalismo senegalés. *Revista OFRIM*.
- TAYLOR ALLYN, BETTCHER DOUGLAS, FLUSS SEV, DELAND KATHERINE & YACH DEREK (2004). International health instrument: an overview. En *Oxford Textbook of Public Health*. Detels Rober. Oxford Press. Oxford.
- United Nations Development Program. Development Report 1999*. Disponible en <http://hdr.undp.org/reports/global/1999/en/default.cfm>
- UGALDE, ANTONIO & JACKSON, JEFFREY T. (1998). Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. *Cuadernos Médico Sociales*. Nº 37.
- VAN DIJK, TEUN A (2003). La multidisciplinariedad del análisis crítico del discurso: un alegato a favor de la diversidad. En *Métodos de análisis crítico del discurso*. Wodak Ruth & Meyer Michael. Editorial Gedisa, 143-176. Barcelona.
- VAN DIJK, TEUN (1998). "Opinions and Ideologies in the Press" En *Approaches to Media Discourse*. Bell, A. & Garrett, P. Blackwell Publishers Ltd. Oxford, 21-23.
- VAN DIJK, TEUN A. (1997). Racismo y análisis crítico de los medios. Editorial Paidós.
- WODAK, RUTH & MEYER, MICHAEL (2003). Métodos de análisis crítico del discurso. Editorial Gedisa. Barcelona.
- YODER P. STANLEY (1997). Negotiating Relevance: Belief, Knowledge, and Practice in International Health Projects. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 11(2),131-146.

AGRADECIMIENTOS

Durante la realización de este trabajo la autora disfrutó de una Beca Intramural del Instituto de Salud Carlos III, asignada al Centro Nacional de Medicina Tropical (Expediente 05/0013), siendo Dña. Teresa Blasco la investigadora responsable de dicha beca.

El presente trabajo fue defendido por la autora para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados, Tercer Ciclo de estudios universitarios, dentro del Programa de Doctorado en Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español (Universidad Autónoma de Madrid) bajo la tutoría del Dr. Álvaro Pazos.

La autora agradece a la Dra. Maribel Blázquez los comentarios y las correcciones hechas al texto. Al mismo tiempo agradece al Dr. Ignacio Pichardo y a la Dra. Liliana Suárez las referencias bibliográficas facilitadas.

Finalmente, la autora agradece a la Dra. Belén Sanz la asesoría recibida para la publicación de este documento.
