

Modelos de integración y gestión de la diversidad: dos estudios de caso en el sector sanitario español

CLAUDIA FINOTELLI*

RESUMEN

Este artículo analiza la relación entre gestión de la diversidad e integración laboral de los inmigrantes en el sector sanitario español. El análisis muestra cómo la ausencia de una estrategia oficial de integración no ha tenido un impacto significativo en los mecanismos de inclusión de los profesionales sanitarios migrantes en dos grandes hospitales españoles. Las entrevistas realizadas en el marco del proyecto del "WORK-INT" (*Assessing labour market integration in workplaces*) indican que la integración de los trabajadores migrantes en el sector sanitario se percibe más como una cuestión de asimilación profesional que cultural. Por otro lado, los trámites administrativos relacionados con la obtención del permiso de residencia o la homologación del título son considerados como los obstáculos más importantes en el proceso de integración.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de "modelo de integración" es utilizado a menudo para explicar cómo los estados modernos gestionan sociedades cada vez más heterogéneas a causa de la inmigración. Cada modelo refleja una manera diferente de entender la política y los procesos de inte-

* Universidad Complutense de Madrid (cfinotell@cps.ucm.es).

gración. Así, el modelo republicano francés, el modelo multiculturalista holandés o el modelo étnico alemán se han convertido en referencias fundamentales para el análisis de las políticas de integración y sus resultados (Hammar, 1985; Brubaker, 1992; Favell 2011; Castles y Miller, 2009). En los últimos 15 años, los modelos de integración han sido objeto de discusiones controvertidas, en las cuales no solo se ha llegado a cuestionar su validez política sino también su relevancia para entender los procesos de integración en los distintos países (Finotelli y Michalowski, 2012). Sin embargo, dicho debate ha afectado principalmente a los llamados "viejos" países de inmigración en Europa como los Países Bajos, Francia o el Reino Unido. En cambio, los "nuevos" países de inmigración en la Europa meridional (España, Italia, Grecia y Portugal) han quedado más bien en un segundo plano. Según algunos autores, la ausencia de estos países en los grandes debates europeos sobre integración se debe a su historia migratoria reciente y a la primacía de las políticas de control en la agenda pública (e.g. Vermeulen, 2004; Koopmans *et al.*, 2005; Koopmans, 2010). Sobre todo este último factor contribuyó durante muchos años a ralentizar el desarrollo de un modelo de integración oficial promoviendo una actitud de *laissez-faire* en la cual la inclusión de los inmigrantes en el mercado de trabajo representaba la única dimensión relevante para la integración (Calavita, 2007; Freeman, 2004; Cebolla-Boado

y Finotelli, 2011)¹. No obstante, la falta de una estrategia oficial no parece haber jugado un papel relevante en los procesos de integración de los inmigrantes. Sabemos, por ejemplo, que la mayoría de los inmigrantes en el sur de Europa son residentes de larga duración, a pesar de que la mayoría haya tenido también un periodo más o menos largo de residencia irregular en su pasado (Ponzo *et al.*, 2015). Además, las comparaciones entre los países del norte de Europa, con una larga historia migratoria y políticas de integración establecidas, y los del sur de Europa, con una historia migratoria más reciente y políticas de integración menos articuladas, han demostrado que el riesgo de desempleo o la desventaja educativa entre inmigrantes y autóctonos dependen más de factores estructurales ligados a cada sector que de la existencia de una determinada filosofía de integración (Cebolla-Boado y Finotelli, 2015). Finalmente, la ausencia de políticas de integración a nivel estatal no ha impedido el desarrollo de estrategias de integración a nivel local o regional en la mayoría de los países de la Europa del sur (Caponio y Borckert, 2010).

Entre los países de Europa del sur, España es el que probablemente refleja de forma más significativa el contraste entre la ausencia de un modelo de integración oficial y la progresiva integración de los inmigrantes en la sociedad. El aumento espectacular de la población extranjera en España entre 1997 y 2007, así como las prioridades marcadas por la lucha contra la inmigración irregular, han retardado el diseño de un marco estatal de políticas de integración (Arango, 2000; Cachón y Laparra, 2009). Sin embargo, y a pesar de las elevadas tasas de desempleo desde el comienzo de la crisis, en España todavía no se registran casos significativos de intolerancia hacia la inmigración (Arango, 2013; Rinken, 2015; Aja *et al.*, 2012). Además, la ausencia de una filosofía de integración oficial no ha perjudicado el acceso de los extranjeros a los servicios públicos gracias a los esfuerzos de los ayuntamientos y comunidades autónomas y al activismo de las asociaciones de inmigrantes (Brusquetas-Callejo *et al.*, 2008; Martínez de Lizarrondo Artola, 2009; Zapata-Barrero, 2010; Cebolla-Boado *et al.*, 2013). Finalmente, los inmigrantes en España

¹ Tan solo en el caso portugués se ha sugerido que el concepto inclusivo y cosmopolita de ciudadanía en Portugal, que está ligado a la historia colonial y poscolonial del país, habría favorecido el desarrollo de un concepto de igualdad racial o multiracialidad en comparación con otros países en Europa occidental (Joppke, 2005).

disfrutan, en general, de un amplio abanico de derechos individuales. Como ejemplo de ello merece la pena mencionar que España es uno de los pocos países europeos dónde los extranjeros regularmente residentes tienen derecho de voto en las elecciones municipales, siempre y cuando existan acuerdos de reciprocidad con los países de origen. Por otro lado, y a diferencia de otros países europeos, no existen acuerdos de integración o test de integración vinculantes para disfrutar de determinados derechos como el de reunificación familiar (Mipex, 2014). Por último, y a pesar de ser generalmente clasificado como un país con una ley de nacionalidad restrictiva, el régimen de ciudadanía español admite una forma moderada de *ius soli* junto con una serie de excepciones a la regla de los 10 años de residencia legal para las naturalizaciones, lo cual suaviza parcialmente el tono restrictivo de su ley de nacionalidad (Finotelli y La Barbera, 2013). En resumen, estos avances indican que España ya no es un nuevo país de inmigración que se enfrenta a la emergencia de flujos migratorios indeseados sino una sociedad de acogida en la cual la integración de los inmigrantes es parte de los desafíos cotidianos.

Pero queda todavía mucho por hacer sobre todo con respecto a la regulación de los derechos culturales. Por ejemplo, el uso del pañuelo islámico en las escuelas, la construcción de mezquitas o el enterramiento de musulmanes en los cementerios públicos todavía no están regulados de forma homogénea y plantean numerosos problemas de implementación tanto a nivel nacional como autonómico (Lacomba, 2005; Álvarez de Miranda, 2009). Otras limitaciones importantes conciernen a la normativa antidiscriminación ya que, como han señalado algunos autores, el reciente avance formal en materia de normas antidiscriminación no ha sido acompañado por una “cobertura real” en contra de la discriminación dentro de la sociedad española (Andueza Imirizaldu, 2009; Mipex, 2014). Hay también una necesidad creciente de analizar cómo se produce la integración de los inmigrantes en sectores relevantes de la sociedad, como la educación o el mercado laboral. A pesar del creciente número de estudios cuantitativos sobre la integración de los inmigrantes a macroescala (e.g. Cebolla-Boado *et al.*, 2015; Bernardi *et al.*, 2011), hay todavía muy pocos análisis a nivel microescala (Castagnone y Salis, 2015). Si tenemos en cuenta que los procesos de integración dependen, entre otros, de los mecanismos según los cuales opera cada sector y sus organizaciones, veremos que es

necesario prestar más atención a lo que sucede a pequeña escala en nuestras sociedades para entender mejor los mecanismos de inclusión de los inmigrantes (Bommes, 2004). Así, es importante contestar a las siguientes dos preguntas fundamentales: ¿Cómo se gestiona la diversidad cultural en los diferentes ámbitos sociales? y ¿qué relevancia tiene la existencia o no de una estrategia oficial de integración en estos procesos?

El objetivo de este artículo es contribuir a dar una respuesta a estas preguntas a través del análisis de la integración laboral de los inmigrantes en el sector sanitario español. La elección del sector sanitario como objeto de estudio responde al interés de sus características particulares. Por una parte, y en línea con otros países europeos, el sector sanitario ha experimentado un aumento de trabajadores extranjeros a lo largo de los años del auge económico tras la eliminación de barreras legales a su contratación (Finotelli, 2014). En segundo lugar, el sector sanitario representa un sector particularmente atractivo debido a su elevado grado de organización, codificación y jerarquización, presentándose como uno de los sectores laborales más exclusivos (Freidson, 1970; Tousjin, 2009).

El análisis que aquí se presenta se basa en dos estudios de caso llevados a cabo en dos grandes hospitales madrileños, uno público y otro privado, a través de 39 entrevistas en profundidad realizadas entre junio y septiembre de 2014 a profesionales de ambos hospitales (Finotelli *et al.*, 2015). Los estudios de caso han sido desarrollados en el marco del proyecto WORKINT (*Assessing labour market integration in workplaces*), financiado por el VII Programa Marco de la Unión Europea, cuyo objetivo es el análisis de la integración de trabajadores sanitarios inmigrantes en cinco países europeos (España, Italia, Alemania, Irlanda y Reino Unido). Debido al objetivo específico del proyecto, la elección de los entrevistados ha respondido a la necesidad de incluir tanto a trabajadores como a representantes de las direcciones de recursos humanos (Castagnone y Salis, 2015). Por ello, entre los entrevistados se han incluido enfermeras, médicos y personal de recursos humanos, tanto autóctonos como inmigrantes². La primera parte del artículo propor-

² De las 37 entrevistas realizadas al personal sanitario, 20 han sido a inmigrantes y 17 a autóctonos. En ambos hospitales se ha realizado un número similar de entrevistas (19 en el público y 18 en el privado). La mayoría de los inmigrantes entrevistados proceden de América del Sur (12), aunque también hay algunos de otros países (5 UE, 1 Asia, 1 África).

cionará una visión general de la inmigración en el sector sanitario español, haciendo particular hincapié en los mecanismos que han permitido el reclutamiento de profesionales extranjeros en los años del *boom*. La segunda parte analizará elementos relevantes de la integración laboral de trabajadores sanitarios en base a las entrevistas en profundidad realizadas a 39 trabajadores de los hospitales objeto del estudio. En la tercera y última parte se discutirán los resultados proponiendo alguna reflexión sobre la relación entre gestión de la diversidad y las características propias del sector sanitario.

2. ANTECEDENTES: LA INMIGRACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL

España es a menudo considerado un país de destino de inmigración poco cualificada (*e.g.* Arango, 2000; Cachón y Laparra, 2009). Sin embargo, ello no ha impedido que se reconociera la importancia de la inmigración muy cualificada para mejorar la competitividad del sistema productivo español y que, por lo menos en tiempos de bonanza, se crearan canales *ad hoc* para contratar trabajadores extranjeros muy cualificados (Finotelli, 2014). Ese es, por ejemplo, el caso de profesionales sanitarios como médicos y enfermeras, cuya demanda fue objeto de un extenso debate en los primeros años del siglo XXI (Barber y González, 2009). Tal y como ha expresado un representante de la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), durante varios años hubo la “sensación” de que España necesitaba más médicos (Confederación Española de Sindicatos Médicos, representante). Sin embargo, se trataba de una demanda limitada a determinadas zonas y especialidades. En primer lugar, la necesidad de profesionales sanitarios se concentraba en los hospitales de las regiones del interior (y de las Islas Baleares y Canarias) ya que muchos médicos, empezando por los residentes, preferían ejercer en centros urbanos importantes (Amaya y García, 2005)³. En segundo lugar, la medicina de familia era sin duda una de las más afectadas por escasez de personal, pues era conside-

³ Hacemos notar que la construcción de grandes hospitales en regiones aisladas sin prever el incremento de personal necesario para su funcionamiento no hizo sino agudizar el problema (Finotelli, 2014).

rada por muchos jóvenes médicos una de las especialidades menos prestigiosas y con menos posibilidades de desarrollo profesional (González, Pérez y Rubio., 2011)⁴.

Una de las primeras decisiones adoptadas a nivel estatal para paliar el desajuste tanto demográfico como de especialidades fue la de incluir las profesiones de médicos especialistas y enfermeras en el Catálogo de Ocupaciones de Dificil Cobertura. La inclusión de estas profesiones en el catálogo permitió que el empleador pudiera empezar los trámites de contratación sin tener que verificar la disponibilidad de ciudadanos españoles o europeos para el puesto de trabajo ofertado (Finotelli, 2014)⁵. En segundo lugar, el Ministerio de Sanidad decidió abrir la formación especializada a médicos procedentes de países de fuera de la Unión Europea (UE)⁶. Los puestos de médico interno residente (MIR) son asignados por el Ministerio de Sanidad en base a las peticiones presentadas por cada comunidad autónoma. Según la normativa vigente hasta 2007, el acceso de los médicos procedentes de terceros países a la formación especializada estaba formalmente limitada por el llamado “cupo de extranjeros”, que no podía superar el 10 por ciento del total de los puestos disponibles. Para suplir la escasez de personal, el Ministerio de Sanidad decidió intervenir en la contratación de médicos internos residentes modificando las bases reguladoras de la formación especializada y eliminando el cupo, incrementando al mismo tiempo los puestos disponibles para la formación especializada hasta 6.388 puestos en 2007. Según la normativa, los únicos requerimientos para participar en el examen y optar a una de las plazas ofertadas eran tener un visado de estudios

⁴ De hecho, los candidatos con una nota muy baja en el examen de acceso a la formación especializada repetían el examen con la esperanza de sacar una nota mejor en lugar de tener que empezar su formación en una de las especialidades menos atractivas.

⁵ En este caso, la condición fundamental para acceder al puesto ofertado es tener el título de especialista reconocido por una comisión de evaluación nombrada por el Ministerio de Sanidad (R.D. no. 459/2010).

⁶ Recordamos que, si bien muchas de las competencias en sanidad han sido transferidas a las comunidades autónomas, la organización y el desarrollo de la profesión médica todavía es parte de las competencias del gobierno central y, en particular, del Ministerio de Sanidad. Por lo tanto, el ministerio juega un papel fundamental a la hora de regular el acceso a la formación especializada y definir los criterios de reconocimiento y homologación de títulos. De forma diferente, las competencias de las comunidades autónomas se centran en la regulación de la contratación de médicos y enfermeras después de haber concluido los cuatro años de especialización.

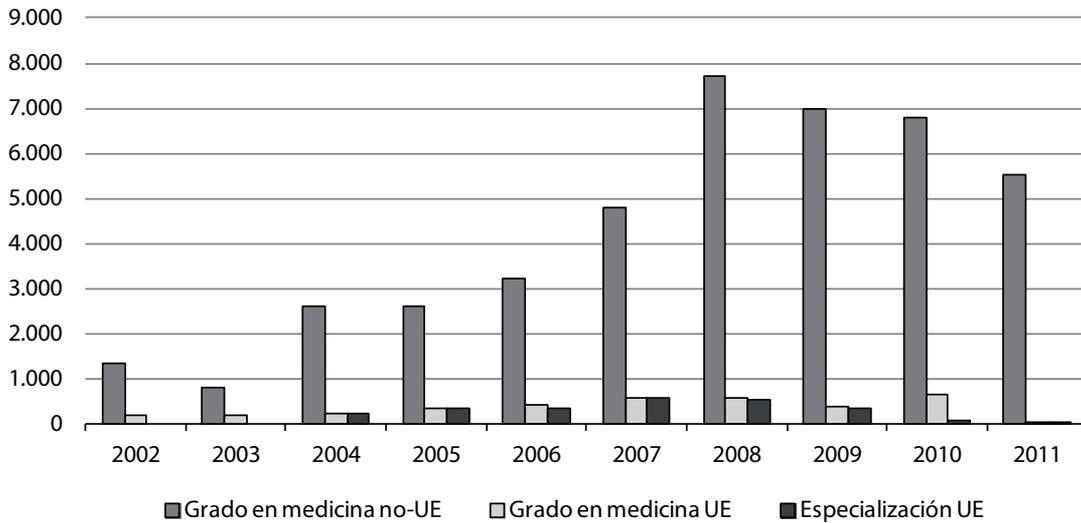
válido y haber solicitado el reconocimiento del título de medicina obtenido en el país de origen. Además, los solicitantes procedentes de países de idioma diferente del castellano tenían que certificar un conocimiento suficiente de idioma. Solo en caso de éxito, el candidato debía regularizar su situación según la normativa de cada comunidad autónoma (Finotelli, 2014).

Es importante subrayar que para muchos ciudadanos de países no pertenecientes a la UE (países terceros) la formación especializada en España no representaba ninguna garantía de empleo en el sector público, ya que el empleo permanente como funcionario o personal estatutario está reservado para españoles y europeos (Ley de estatuto marco n. 55/2003). Por ello, las oportunidades de empleo estaban a menudo limitadas a trabajos temporales en el sector público o a puestos permanentes en el sector privado, siempre y cuando la profesión médica estuviera incluida en el Catálogo de Ocupaciones de Dificil Cobertura (Finotelli y Mateos, 2015). A pesar de la persistencia de ciertas restricciones, la apertura de la formación especializada y la inclusión de los médicos en el Catálogo representó, sin duda, una oportunidad atractiva para muchos ciudadanos de terceros países. La nueva regulación causó un aumento importante de solicitudes de reconocimiento de títulos procesadas por el Ministerio de Educación, siendo extranjeros en 2010 el 34 por ciento de los solicitantes de plazas de médicos internos residentes, la mayoría de ellos procedentes de países no pertenecientes a la Unión Europea.

Este aumento fue criticado por sectores como los sindicatos o algunas asociaciones de médicos por no tener en cuenta las consecuencias a largo plazo del aumento del número de médicos sin realizar reformas estructurales del sector sanitario. En particular, según algunos representantes sindicales, la contratación de personal sanitario de países terceros en el sector privado podía esconder un riesgo de descalificación y *dumping* salarial (Finotelli, 2012). A pesar de las críticas, únicamente el estallido de la crisis económica hizo que el sector experimentara un cambio de rumbo. Las restricciones presupuestarias redujeron las posibilidades de empleo en los hospitales, mientras que el miedo al paro hizo que aumentara el atractivo de especialidades tales como la medicina de familia entre los autóctonos (Harris *et al.*, 2013). Por ello, el gobierno decidió restringir de nuevo el acceso de médi-

GRÁFICO 1

RECONOCIMIENTO Y HOMOLOGACIÓN DE TÍTULOS EXTRANJEROS



Fuente: Ministerio de Educación.

cos extranjeros a la especialidad de medicina, eliminando la profesión médica del Catálogo. Además, limitó el acceso de extranjeros a la formación especializada reintroduciendo (y reduciendo) el cupo de extranjeros (desde el 10 por ciento al 4 por ciento)⁷. Finalmente, desde 2011, los médicos procedentes de países cuya lengua oficial no es el español tienen que demostrar un conocimiento suficiente del español (Nivel C1 o C2).

Después de las reformas implementadas durante la crisis, las posibilidades de los médicos extranjeros de trabajar en España se han reducido considerablemente. No solo han disminuido sus posibilidades de cursar una formación especializada sino que tienen muy pocas oportunidades de trabajar en el sector privado, pues para su contratación hay que demostrar previamente la ausencia de españoles o europeos disponibles para el mismo puesto. Ello ha creado una bolsa de personal sanitario con pocas perspectivas de empleo y, por lo tanto, de residencia estable en España, lo que refleja el carácter reactivo de las medidas adoptadas en los años de bonanza.

⁷ A este respecto, es importante observar que el cupo afectaba también a graduados de terceros países que habían cursado el estudio de medicina en una universidad española.

Dicho enfoque, junto con una perspectiva corporacionista hacia la inmigración laboral, no ha afectado solo a la regulación de flujos y las perspectivas de estabilización de la residencia. También ha faltado una reflexión profunda sobre la integración laboral y la gestión de un personal sanitario cada vez más diverso en un sector laboral tradicionalmente muy homogéneo, tal y como apuntan los datos analizados en el marco del proyecto WORK-INT.

3. LOS ESTUDIOS DE CASO:
LA INTEGRACIÓN DE LOS
TRABAJADORES EXTRANJEROS
EN DOS HOSPITALES
ESPAÑOLES

3.1. Las perspectivas de las organizaciones

En el sector sanitario, la gestión de la diversidad étnica y cultural a través de políticas dirigidas a fomentar la inclusión de trabajadores

extranjeros en sus respectivos lugares de trabajo nunca ha sido una prioridad institucional⁸. Tal y como explicaron desde el Ministerio de Sanidad, el creciente número de médicos y enfermeras extranjeros en los hospitales españoles planteó en primer lugar cuestiones de planificación:

“[...] la diversidad es relevante como planificación de recursos humanos – a día de hoy no somos conscientes del número de personales inmigrantes, de fuera que trabajan en nuestro país” (alta funcionaria, Ministerio de Sanidad).

Según la misma entrevistada el tema de la gestión de la diversidad no ha ocupado nunca un lugar prominente en la agenda de los órganos dependientes del Ministerio, probablemente a causa del carácter inesperado y reciente de la inmigración laboral en el sistema sanitario español. De hecho, en la Comisión de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad (que aborda asuntos tan importantes como la planificación de la formación sanitaria especializada, incluyendo las plazas de residentes) nunca se ha planteado la gestión de la diversidad como una dimensión que deba tenerse en cuenta en la agenda pública del ministerio (*ibidem*). La visión de los responsables de recursos humanos en los dos hospitales analizados no es muy diferente de la perspectiva institucional. De hecho, los entrevistados en el hospital público han afirmado que la diversidad étnica y cultural nunca ha sido considerada un tema relevante para la gestión de recursos humanos. Si bien la dirección del hospital suele organizar actos de bienvenida para los nuevos médicos residentes, visitas guiadas al hospital, así como fiestas de bienvenida y despedida, en ninguno de estos actos las cuestiones relacionadas con la gestión de la diversidad juegan un papel significativo.

“Este hospital ha sido universitario toda la vida, siempre ha habido gente MIR extranjera y jamás se ha planteado ni ha habido discusiones [sobre el tema]” (responsable recursos humanos, hospital público).

En lo que se refiere a la religión, el hospital pone a disposición lugares de oración dis-

⁸ Según Mor-Barak (2011: 218) la gestión de la diversidad consiste en aquellas acciones voluntarias a nivel organizativo cuyo objetivo es fomentar la inclusión de los trabajadores procedentes de diferentes entornos en las estructuras formales e informales de la organización a través de determinadas políticas y programas (véase también Castagnone y Salis, 2015).

ponibles para evangelistas y católicos mientras que no están previstos lugares específicos para los musulmanes. Sin embargo, las diferencias religiosas no son percibidas como un factor relevante en la convivencia. Tampoco los códigos de vestimenta relacionados con la religión, como puede ser el velo, se consideran un problema para la integración laboral (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). En la opinión de dos de los entrevistados, una de las razones de la escasa relevancia de medidas de gestión de diversidad está relacionada con el porcentaje pequeño de profesionales extranjeros, que en el hospital público representan solo el 2 por ciento del total del personal sanitario (y ello a pesar de que los médicos residentes extranjeros representen un cuarto de la población extranjera residente).

El hospital privado presenta una situación bastante similar. Como ocurre en su correspondiente público, existen medidas de acogida como una jornada de introducción en la que se proporciona información acerca de las directrices del hospital. Sin embargo, no existen medidas centradas específicamente en la gestión de la diversidad y dirigidas a favorecer la integración del personal sanitario extranjero. Como en el hospital público, no hay una atención particular a las diferencias religiosas, sobre todo en el caso de la religión musulmana. No obstante, y aunque no conste ninguna empleada musulmana, el responsable de recursos humanos sostiene que el uso del velo no representaría un problema mientras que el trabajo esté realizado adecuadamente (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). En resumen, las entrevistas realizadas en el hospital privado sugieren que la falta de medidas de gestión de la diversidad, no parecen afectar negativamente al día a día laboral. De hecho, el responsable de recursos humanos no recuerda ninguna situación de conflicto en este sentido, ni entre el personal sanitario ni con los pacientes. Según los entrevistados, los posibles temas de conflicto como el uso del “usted” hacia las personas mayores o la inconveniencia de llevar zapatos de tacón están más relacionados con factores como la edad (las personas más jóvenes prestan menos atención a ciertas formas de cortesía) o con el hecho de que el código de vestimenta y el código profesional en la profesión médica están estrechamente relacionados (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). A este respecto, parece que hay cierta convicción de que los códigos profesionales de las profesiones sanitarias pueden llegar a imponerse sobre diferencias étnicas y culturales como sugiere un responsable del hospital privado:

“Quizás a lo mejor también porque en nuestros casos el personal de fuera que se ha incorporado con nosotros, quizás no tenía unas costumbres ni unos hábitos muy distintos, o quizás ya venían mentalizados, o lo que les pedimos es relativamente normal. Que más que ligado a su condición, su origen, su nacionalidad, está más ligado a su opción vital como sanitario o su profesión” (responsable de Recursos Humanos, hospital privado).

Tal y como veremos a continuación, dicha perspectiva no parece diferenciarse de manera significativa de la perspectiva de los trabajadores tanto extranjeros como autóctonos.

3.2. La perspectiva de los trabajadores

Las entrevistas a los trabajadores se han centrado principalmente en percepciones ligadas a las diferencias étnicas y culturales. Debido a las características propias de la profesión médica, el conocimiento del idioma es uno de los factores fundamentales que puede facilitar o perjudicar la interacción, tanto con colegas como con pacientes y, por lo tanto, la integración laboral de los trabajadores migrantes (Castagnone y Salis, 2015). A pesar de ello, el idioma no parece jugar un papel importante para la integración de los trabajadores sanitarios en los hospitales analizados. Solo en algunos casos las entrevistas han revelado la existencia de obstáculos ligados a cómo se valoran las diversas variedades del castellano, que afectan principalmente a los médicos latinoamericanos con respecto a los europeos (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). Además, el personal sanitario entrevistado (tanto autóctono como inmigrante) atribuye poca importancia a las diferencias religiosas, en tanto en cuanto la religión es considerada una cuestión personal que no debe trascender al ámbito laboral.

En cuanto a las relaciones de los trabajadores extranjeros con sus colegas se describen normalmente como positivas (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). Ninguno de los trabajadores latinoamericanos tiene la percepción de haber sido víctima de comportamientos, actitudes u opiniones racistas por parte de sus compañeros o superiores. Sin embargo, según el testimonio de los residentes europeos del hospital público,

pueden originarse malentendidos debidos a pequeñas diferencias culturales o en la manera de expresarse. Algunos entrevistados en ambos hospitales señalan, por ejemplo, la utilización demasiado frecuente del término “panchitos” (Finotelli *et al.*, 2015). Esta palabra resulta ofensiva por sus connotaciones racistas, y por ese motivo los compañeros (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015) autóctonos evitan utilizarlas en presencia de sus compañeros latinoamericanos. También se ha observado que la percepción de las referencias étnicas como ofensivas depende del grado de confianza y aprecio profesional mutuo (*ibidem*). Un claro ejemplo son las estrechas relaciones de amistad que se han establecido entre los médicos residentes de los distintos países en uno de los servicios del hospital público. En ambos hospitales se menciona la existencia de diversos prejuicios sociales sobre los hábitos de trabajo en distintos países (alemanes trabajadores, chinos emprendedores, latinos pausados, etc.). En este sentido, el estereotipo que recae sobre los latinoamericanos es que son personas poco cualificadas (albañil, empleada doméstica) y que además trabajan muy despacio (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). Sin embargo, la buena preparación profesional de los médicos residentes latinoamericanos, sobre todo en su primer año de formación, permite superar estereotipos iniciales a menudos asociados a los inmigrantes pertenecientes a este colectivo⁹.

A la luz de las entrevistas realizadas, y siempre considerando que no es posible excluir posibles sesgos de deseabilidad social en las respuestas de algunos entrevistados, parece que la discriminación étnica no es un tema de relevancia en ninguno de los dos casos analizados. Una de las razones de la escasa relevancia que tienen las diferencias idiomáticas se debe probablemente a la elevada presencia de médicos y enfermeras de América Latina en ambos hospitales (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). También hay que recordar que los médicos extranjeros que proceden de países no hispano-hablantes deben certificar un nivel alto de español para poder presentarse al examen de acceso a la formación especializada y que, además, la dificultad de las preguntas del examen requiere un nivel medio-alto de conocimiento del castellano para ser entendidas y contestadas correctamente (Finotelli, 2014). Todos representan, sin duda, elementos que favorecen

⁹ Recordamos que en muchos países de América Latina los estudiantes de medicina realizan un año práctico durante su carrera que les concede cierta ventaja respecto a sus colegas españoles durante el primer año de residencia.

la integración lingüística del personal extranjero. El hecho de que en los hospitales analizados, y en general dentro de los hospitales españoles, no haya prácticamente profesionales sanitarios musulmanes explica la escasa relevancia de la diversidad religiosa en las opiniones de los entrevistados. Sin embargo, las entrevistas señalan que más allá de cuestiones claramente ligadas a las características étnicas de los trabajadores (numerosos latinoamericanos, ningún musulmán) otra razón que explica la ausencia de conflicto puede encontrarse en la importancia de la profesión médica, su código deontológico y su organización (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). Para la mayoría los entrevistados el bienestar del paciente es el primer objetivo de un médico o una enfermera y, por lo tanto la profesionalidad de un individuo suele primar sobre el origen:

“Cuando [los pacientes] se dan cuenta que el personal sanitario sabe y estás hablando con alguien que sabe, no estás hablando con alguien que no sabe nada, pues entonces se sienten más a gusto y más tranquilos, da igual que seas extranjero o no” (enfermera autóctona, hospital privado).

También cabe destacar que las entrevistas revelan que los conceptos de diversidad y de integración en el sector hospitalario están más ligados a cuestiones de organización interna que a factores ligados al origen. En un hospital español, “ser de fuera” puede significar simplemente no pertenecer al hospital de destino y, por lo tanto, necesitar un periodo de adaptación a sus idiosincrasias, protocolos y *modus operandi*. Por lo tanto, con respecto a la organización de un hospital el “ser de fuera” tiene muy poco que ver con el origen étnico y puede significar venir de otro hospital, tener otra especialidad o no tener todavía experiencia profesional (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). Es, por ejemplo, el caso de los residentes que llegan “nuevos” a un hospital, tal y como explica una enfermera autóctona del hospital público:

“Siempre en mayo, por ejemplo, que es el mes donde cambian todos los residentes, pues es un horror, me da igual de donde vengan. ¡Es horrible! Porque no saben ni donde están los despachos, ni los volantes ni nada. Son médicos, sí, pero... hasta que se adaptan y tal, pues... el verano es muy malo” (enfermera autóctona, hospital público).

Las entrevistas sugieren también que el elevado grado de jerarquización de la organización hospitalaria puede influir en la percepción de inclusión o exclusión de los trabajadores más que las diferencias étnicas “porque con los médicos sí que se nota la diferencia de jerarquía, ya sean extranjeros o no, da igual (enfermera autóctona, hospital privado). También la organización del trabajo en un hospital y las características de cada servicio conllevan muchos aspectos particulares que pueden afectar las relaciones entre trabajadores mucho más que el factor étnico, tal y como indica la opinión del director médico del hospital privado:

“Una peculiaridad del ambiente sanitario es que tienes que trabajar en equipo, nadie trabaja solo. La gente interactúa entre ellos, el médico con la enfermera y la enfermera con la auxiliar, y no creo que haya guetos. A lo mejor en otras profesiones, en aquellas en las que puedes trabajar solo, dicen ‘me interesa quedar en la oficina con esta persona colombiana’ y formas un grupo. Aquí no puedes elegir tu grupo, el trabajo te obliga a trabajar con quien te toque, e inevitablemente terminan llevándose bien” (médico facultativo, hospital privado)“.

La tensión que puede generar el trabajo en el hospital se considera como una fuente de conflicto:

“Yo creo que como estamos tantas horas juntos pues nos damos más cuenta de los defectos que tienen los demás y chocamos más” (médico latinoamericano, hospital privado).

Sin embargo, por el mismo motivo hay una profunda voluntad de minimizar los roces, pues el trabajo en equipo durante muchas horas favorece la búsqueda de puntos de encuentro en el caso de que se produzcan conflictos:

“Yo trabajando me llevo bien con todo el mundo, porque creo que pasamos muchas horas, y un llevarte mal con alguien es contraproducente para el día a día” (enfermera autóctona, hospital privado).

La necesidad de tener una buena relación con los compañeros también está arraigada en la existencia de un nivel informal de organización hospitalaria mas allá de las jerarquías y de

los protocolos. En este sentido, adquiere mucha importancia la negociación de turnos, guardias, donde es muy importante tener buenas relaciones con los colegas de trabajo (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). Además, la propia misión de un hospital ayuda a propiciar unas condiciones favorables a la no discriminación, como explica una de las enfermeras entrevistadas:

“estamos trabajando todos en pro de un beneficio de un paciente, en que todos conjuntamente fluimos hacia un mismo objetivo” (enfermera europea, hospital privado).

Finalmente es importante destacar que más allá de cuestiones étnicas, las dificultades de integración parecen estar más bien en una cuestión jurídica determinada por el estatus legal. Tal y cómo explicó un responsable de recursos humanos en el hospital público:

“[...] muchos jefes están insistiendo en que contratemos a extranjeros que han estado haciendo aquí la residencia... Pero tenemos que decirles que no podemos. Nosotros estaríamos encantados pero no podemos hacerlo por motivos jurídicos, porque no tienen la nacionalidad española” (responsable de recursos humanos, hospital público).

Como se ha mencionado anteriormente, a raíz de la crisis las profesiones sanitarias también han sido eliminadas del Catálogo de Ocupaciones de Dificil Cobertura lo cual dificulta el acceso de muchos trabajadores extracomunitarios al mercado laboral y, por lo tanto, la estabilización de su residencia en España:

“Yo creo que el problema con todos los inmigrantes son más bien el Estado y las leyes, que cada vez te dificultan más todo. [...] la mayor parte de las dificultades nos la causan ellos antes que mis compañeros” (médico latinoamericano, hospital público).

“Yo tengo bastantes amigos sudamericanos que tienen mucho problema con lo de la tarjeta de residente cada equis tiempo, están todo el día de papeleo. Por ese lado sí que veo desigualdad. No la veo entre compañeros o con los pacientes” (médico autóctono, hospital público).

Una de las estrategias adoptadas por los afectados para obviar los obstáculos legales es la de conseguir la nacionalidad española (sobre todo en el caso de los médicos latinoamericanos), o regularizar la propia situación a través del matrimonio con un ciudadano europeo (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). Sin embargo, se trata de soluciones de emergencia que no resuelven la situación de precariedad legal en la cual se encuentran actualmente muchos médicos extranjeros, sobre todo en el hospital público, y que terminan influyendo en el sentido de pertenencia de los trabajadores de países terceros más que las diferencias de tipo étnico o cultural. La homologación de los títulos universitarios es otro factor que afecta el nivel de integración de los trabajadores, sobre todo en el caso de la enfermería (Finotelli, Mateos y Montbel, 2015). Mientras que las enfermeras de países comunitarios no tienen problema alguno en homologar el título, no todas las enfermeras latinoamericanas entrevistadas han conseguido homologar su título de enfermera. Por lo tanto, la descualificación como consecuencia de las dificultades para homologar títulos obtenidos en los países de origen representa una fuente de frustración para muchos auxiliares de enfermería y una limitación para su plena integración laboral.

4. CONCLUSIONES

La gestión de la diversidad como herramienta para fomentar la cohesión en el lugar de trabajo ha sido un tema ausente tanto en la agenda política del Ministerio de Sanidad como en la gestión de recursos humanos de cada uno de los hospitales estudiados. Esta ausencia es un reflejo del papel secundario que ha jugado el diseño y la coordinación de políticas y programas de integración de inmigrantes durante muchos años en España tanto a nivel nacional como a nivel autonómico. La falta de interés por las medidas de integración puede explicarse por el hecho de que el porcentaje de trabajadores extranjeros en los hospitales españoles es todavía muy bajo y que, por lo tanto, la integración es percibida como un proceso espontáneo, entendiendo que los conflictos entre grupos pueden ser solucionados “sobre la marcha”. Sin embargo, y a pesar de la escasa relevancia de la gestión de la diver-

sidad en el contexto laboral objeto de este estudio, en los dos hospitales estudiados no se han observado dificultades particularmente llamativas en relación a la integración laboral del personal sanitario migrante. La integración de los profesionales sanitarios extranjeros no se percibe como un problema cultural en la medida en que los trabajadores se adaptan a las formas de hacer y relacionarse en cada hospital. De hecho, se ha podido observar que la asimilación requerida no es tanto cultural sino profesional. A este respecto, es importante subrayar que la profesión médica es una profesión con códigos de trabajo, comportamiento y de vestimenta muy estrictos que se imponen sobre otro tipo de diferencias como pueden ser las étnicas y culturales. En particular, las entrevistas revelan que la jerarquía, o más bien la articulación de las categorías profesionales dentro de los hospitales, favorece unas relaciones de trabajo que no están basadas en el criterio de extranjería sino en el de categoría profesional. Más problemática resulta ser la percepción de la integración laboral en términos administrativos. Como hemos visto, la mayoría de los entrevistados considera que la legislación actual impide una plena integración de los trabajadores en el puesto de trabajo debido a la precariedad de los contratos ofrecidos y a las barreras administrativas existentes para obtener puestos permanentes (por ejemplo, la posesión de la nacionalidad española o comunitaria o la homologación de títulos como en el caso de las enfermeras).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que los mayores obstáculos para la integración laboral de los profesionales sanitarios no residen en unas políticas de gestión de la diversidad poco articuladas sino en la falta de canales de estabilización para los profesionales contratados en los últimos años. Por lo tanto, resulta cada vez más necesario reflexionar sobre la posibilidad de crear canales legales de inclusión laboral para los profesionales sanitarios extranjeros formados en España y sin intención de retorno. Al mismo tiempo, la relevancia de la dimensión legal de integración nos obliga a reflexionar sobre la necesidad de adoptar una actitud más proactiva hacia la presencia de trabajadores extranjeros que permita intervenir sobre posibles focos de conflicto y aprovechar el potencial del capital humano en sociedades cada vez más heterogéneas.

BIBLIOGRAFIA

AJA, E.; ARANGO, J., y J. OLIVER (eds.) (2012), *La hora de la integración. Anuario de Inmigración en España*, Barcelona, Cidob.

ALVAREZ-MIRANDA, B. (2009), "La acomodación del culto islámico en España. Comparación con Gran Bretaña, Alemania y Francia", en R. ZAPATA-BARRERO (ed.), *Políticas y gobernabilidad de la inmigración en España*, Barcelona, Ariel: 185-205.

AMAYA POMBO, C., y M. GARCÍA PEREZ (2005), *Demografía médica en España. Mirando al futuro*, Madrid, CESM.

ANDUEZA IMIRIZALDU, I. (2009), "Políticas contra la discriminación racial en España. De la cobertura legal a la cobertura real", en CACHÓN, L. y M. LAPARRA (ed.), *Inmigración y políticas sociales*, Barcelona, Edicions Bellaterra: 295-326.

ARANGO, J. (2000), "Becoming a country of immigration at the End of the Twentieth Century: the Case of Spain", en: KING, R.; LAZARIDIS, G., y C. TZARDANIDIS (eds.), *Eldorado or Fortress? Migration in Southern Europ.*, Basingstoke, McMillan: 253-276.

— (2013), *Exceptional in Europe? Spain's experience with immigration and integration*. MPI-Report, <http://www.migrationpolicy.org/research/exceptional-europe-spains-experience-immigration-and-integration>

BARBER PÉREZ, P., y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL (2009), *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)*, Universidad de Las Palmas, Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad, <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/home.htm>

BERNARDI, F.; GARRIDO, L., y M. MIYAR-BUSTO (2011), "The recent fast upsurge of immigrants in Spain and their employment patterns and occupational attainment", *International Migration*, 49(1): 148-187.

BOMMES, M. (2004), "Zur Bildung von Verteilungsordnungen in der funktional differenzierten Gesellschaft. Erläutert am Beispiel 'ethnischer Ungleichheit' von Arbeitsmigranten", en T. SCHWINN

(ed.), *Differenzierung und soziale Ungleichheit: Die zwei Soziologien und ihre Verknüpfung*, Frankfurt am Main, Humanities Online: 399-428.

BRUBAKER, R. (1992), *Citizenship and nationhood in France and Germany*, Cambridge, Harvard University Press.

BRUSQUETAS-CALLEJO, M.; GARCÉS MASCAREÑAS, B.; MOREN-ALEGRET, B.; PENNINX, R., y E. RUIZ-VIEYTEZ (2008), Immigration and integration policy-making in Spain, *Imiscoe Working Paper* n. 21, <http://imiscoe.socsci.uva.nl/publications/workingpapers/documents/WP21-Migrationpolicy-makinginSpain.pdf>.

CACHÓN, L., y M. LAPARRA (2009), "Sistema migratorio, mercado de trabajo y régimen de bienestar: el nuevo modelo del Sur de Europa", en CACHÓN, L., y M. LAPARRA. (eds.), *Inmigración y políticas sociales*, Barcelona, Edicions Bellaterra: 19-50.

CALAVITA, K. (2007), "Law, immigration and exclusion in Italy and Spain", *Papers*, 85: 95-108.

CAPONIO, T., y M. BÖRKERT (eds.) (2010), *The local dimension of migration policy-making*. Amsterdam, Amsterdam University Press.

CASTAGNONE, E., y E. SALIS (2015), *Workplace integration of migrant health workers in Europe. Comparative report on five European Countries*, Turin, Fieri.

CASTLES, S., y M. MILLER (2009), *The age of migration. International population movements in the modern world*, London, Macmillan.

CEBOLLA-BOADO, H., y C. FINOTELLI (2011), *Integration beyond models: An empirical outlook to the impact of integration models*, CEACS-Papers, WP 2011/264, Madrid, Fundación Juan March.

— (2015), "Is there a North-South divide in integration outcomes? A comparison of the integration outcomes of immigrants in Southern and Northern Europe", *European Journal of Population*, 31: 77-102.

CEBOLLA-BOADO, H.; GONZÁLEZ FERRER, A.; CEA D'ANCONA, M.; FERNÁNDEZ-HUERTAS MORAGA, J.; FINOTELLI, C.; GONZÁLEZ LUNA, L.; MOYA MALAPEIRA, D., y G. PINYOL JIMÉNEZ (2013), *Inmigración. ¿Integración sin modelo?*, Colección España: Política y Sociedad, Madrid, Alianza Editorial.

CEBOLLA-BOADO, H.; MIYAR-BUSTO, M., y J. MUNOZ-COMET (2015), "Is the Spanish recession increasing inequality? Male migrant-native differences in educational returns against unemployment", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 41 (5): 710-728.

FAVELL, A. (2001), *Philosophies of integration: immigration and the idea of citizenship in France and Britain*, London, Macmillan.

FINOTELLI, C. (2012), *Spain: Case study report*, www.labmiggov.eu

— (2014), "In the name of human capital: The international recruitment of physicians in Germany and Spain", *Comparative Migration Studies*, 2(4): 493-517.

FINOTELLI, C., y E. MATEOS (2015), *Migrant workers in the Spanish health care sector*, WORK-INT Background Note.

FINOTELLI, C.; MATEOS, E., y F. DE MONTBEL (2015), *Workplace integration of migrant health workers in Spain*, Final Report for the WORK-INT Project.

FINOTELLI, C., e I. MICHALOWSKI (2012), "Editorial: The heuristic potential of models of citizenship and integration reviewed", *Journal of Immigration and Refugee Studies*, 10(3): 231-240.

FINOTELLI, C., y M. C. LA BARBERA (2013), "When the exception becomes de rule: The Spanish citizenship regime", *Migration Letters*, 10(2): 245-253.

FREEMANN, G. P. (2004), "Immigrant incorporation in Western democracies", *International Migration Review*, 38(3): 945-969.

FREIDSON, E. (1970), *The profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B.; PÉREZ BARBER, P., y V. RUBIO ORTUN (2011), "¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones" en V. ORTÚN (ed), *La refundación de la Atención Primaria*, Madrid, Springer: 37-51.

HAMMAR, T. (1985), *European immigration policy. A comparative study*, Cambridge, Cambridge University Press.

HARRIS, J.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; ORTÚN, V., y P. PÉREZ BARBER (2013), "Specialty choice in times of economic crisis: a cross-sectional survey of Spanish medical students", *British Medical Journal*, 3(2): e002051.

JOPPKE, C. (2005), *Selecting by origin. Ethnic migration in the liberal state*, Cambridge, Harvard University Press.

KOOPMANS, R. (2010), "Trade-offs between equality and difference: Immigrant integration, multiculturalism and the Welfare State in cross-national perspective", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(1): 1-26.

KOOPMANS, R.; STATHAM, P.; GIUGNI, M., y F. PASSY (2005), *Contested citizenship. Immigration and cultural diversity in Europe*, University of Minnesota Press, Minneapolis, London.

LACOMBA, J. (2005), "La inmigración musulmana en España. Inserción y dinámicas comunitarias en el espacio local", *Migraciones*, 18: 1138-5774.

MARTÍNEZ DE LIZARRONDO, A. (2009), "Una mirada a los planes de integración de las comunidades autónomas" en L. CACHÓN, y M. LAPARRA (eds.), *Inmigración y políticas sociales*, Edicions Bellaterra, Barcelona: 51-74.

MOR-BARAK, M. E. (2011), *Managing diversity: Toward a globally inclusive workplace*, Thousand Oaks, California, SAGE Publications, Inc.

PONZO, I.; FINOTELLI, C.; MALHEIROS, J.; FONSECA, L., y E. SALIS. (2015), "Is the economic crisis in Southern Europe turning into a migrant integration crisis?", *Politiche Sociali*, 1: 59-88.

RINKEN, S. (2015), "Actitudes hacia la inmigración y los inmigrantes: ¿en qué es España excepcional?", *Migraciones*, 37: 53-74.

TOUSJIN, W. (2009), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna, Il Mulino.

VERMEULEN, H. (2004), "Models and modes of immigrant integration... and where does Southern Europe fit" en INGLESSI, C.; LYBERAKI A.; VERMEULEN, H., y G. J. VAN WIJNGAARDEN (eds.), *Immigration and Integration in Northern versus Southern Europe*, Athens: 27-39.

ZAPATA-BARRERO, R. (2010), "Managing diversity in Spanish society: A practical approach", *Journal of Intercultural Studies*, 31(4): 383-402.