



Dosis de tinta y color: Migración, salud y Medicina Gráfica antes y después de la Pandemia de la COVID-19

Dose of Ink and Colour: Migration, Health and Graphic Medicine before and after the COVID-19 Pandemic

LAURA RODRÍGUEZ ARNAIZ

Graduada en Enfermería y en Estudios Ingleses, con un máster en Estudios Norteamericanos, Laura Rodríguez Arnaiz es una investigadora predoctoral en la Facultad de Filología de la Universidad Complutense de Madrid. Su labor investigadora se ha centrado en la ficción contemporánea norteamericana y los estudios del trauma, aunque también le interesan el estudio de las obras de la cultura visual norteamericana — como es el caso del cómic— así como los estudios de género. Laura ha participado en numerosos congresos nacionales e internacionales como los organizados por SAAS y EAAS, y recientemente ha publicado sus dos primeros trabajos de investigación en España.

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2022

Fecha de aceptación definitiva: 30 de diciembre de 2022

DOI: 10.37536/cuco.2022.19.2031

Resumen

El derecho a la salud ha sido reconocido por la OMS como el derecho fundamental por el que se debe garantizar un acceso oportuno, aceptable y asequible a unos servicios de salud de calidad adecuada. La puesta en marcha de inadecuadas o deficientes políticas sanitarias, sin embargo, han dado lugar a sistemas sanitarios ineficientes que han limitado en el acceso a las instituciones a determinados individuos y colectivos en situación de especial vulnerabilidad, como es el caso de los migrantes. A pesar de la puesta en marcha de nuevas políticas para combatir las desigualdades en materia sanitaria, la llegada de la pandemia de la COVID-19 ha supuesto un retroceso en la humanización asistencial con un aislamiento forzado de los servicios sanitarios y la obligación de reorganizar los recursos disponibles. En este contexto de pandemia mundial, nuevas creaciones dentro de la medicina gráfica estadounidense y española han llevado más allá de las fronteras físicas y digitales su papel como instrumento esencial para alzar la voz frente a estas desigualdades con el fin de continuar construyendo una sanidad más humana, accesible y disponible para todos por igual.

Palabras clave: Cómic, COVID-19, derechos humanos, migración, salud

Abstract

The right to health has been recognized as one of the fundamental rights by the WHO, which entails a legal obligation to ensure access to timely, acceptable, and affordable health care. The implementation of inadequate or deficient health policies, however, has led to inefficient health care systems and to access restrictions to their services for specific groups such as immigrants. Even though some governments have been adopting new measures to reduce these health inequities, the COVID-19 pandemic has halted this process, especially with the isolation of the health services and the need to reorganize all the available resources. In the context of such global pandemic, new contributions to the field of the Graphic Medicine both in the United States and Spain have moved beyond the physical and digital borders to raise awareness about these inequities so as to keep the process of shaping a more human, accessible and available health care for everyone.

Keywords: Comic, COVID-19, health, human rights, migration

Cita bibliográfica

RODRÍGUEZ ARNAIZ, L. «Dosis de tinta y color: Migración, salud y Medicina Gráfica antes y después de la Pandemia de la COVID-19», en *CuCo, Cuadernos de cómic*, n.º 19 (2022), pp. 70-101.

Introducción: Derechos humanos, salud y cómics

En julio de 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró en Nueva York la Conferencia Sanitaria Internacional en la que participaron representantes de 61 estados. En ella se consensuó y ratificó la primera y única Constitución de la organización en la que, por primera vez, se reconoció el derecho a la salud, que fue definido como el derecho al «goce del grado máximo de salud que se pueda lograr»¹ equiparándolo al nivel del resto de derechos humanos como un derecho fundamental. Esta consideración implica que la violación o no observación de los derechos humanos puede conllevar una merma en la salud individual o colectiva, pero también que la promoción y salvaguarda de la salud debe enfocarse, asimismo, desde la perspectiva del respeto a los derechos humanos.

De esta forma, tal y como refleja el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de los Derechos Humanos, se concibe:

el derecho a la salud como un derecho inclusivo, que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.²

En este sentido, y de acuerdo con lo desarrollado por la OMS, tan importante es para garantizar ese máximo grado de salud el nivel de desarrollo o inversión del sistema sanitario y las políticas en materia sanitaria que lo regulan, como lo son las circunstancias personales y familiares, las condiciones de vida del lugar donde se reside, el acceso o no a una educación, etc. De esta forma, el derecho a la salud —y, por tanto, a la asistencia sanitaria— se encuentra ya regulado por una serie de principios básicos e inamovibles: no discriminación, disponibilidad y accesibilidad.³

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Documentos Básicos*. 12a. ed., con las modificaciones aprobadas por la 14ª Asamblea Mundial de la Salud (febrero de 1961) y por el Consejo Ejecutivo en su 28ª reunión (mayo-junio de 1961) ed., OMS, 1961. Disponible en <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> p.1.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Organización Mundial de la Salud, 2002, p. 10.

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. «Salud y derechos humanos». *Organización Mundial de la Salud*, 2017. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Si bien la OMS establece una serie de medidas y recomendaciones basadas en estos principios reguladores⁴ con el fin de construir unos sistemas sanitarios que garanticen el acceso a los mismos, estas pueden ser —y, en muchos casos, son— ignoradas por algunas regiones o estados en el desarrollo de sus modelos sanitarios, pudiendo dejar desprotegida la salud de las personas que habitan en ellos. En este sentido, las personas migrantes por su condición migrante son especialmente vulnerables a desarrollar problemas de salud, independientemente de su nivel socioeconómico, las circunstancias más o menos favorables dentro de su proceso migratorio, su nivel de educación, etc. La representación de esta vulnerabilidad o precariedad que afecta a determinados colectivos como el migrante, así como la defensa de los derechos humanos —incluido el derecho a la salud—, han sido el foco de atención de la literatura y textos populares como es el caso de la narrativa gráfica.⁵

El término «Graphic Medicine» (Medicina Gráfica) fue acuñado por el médico británico Ian Williams en 2007, si bien es posible encontrar ejemplos de la misma con anterioridad. Las representaciones gráficas de la salud y la enfermedad —y, con ellas, también de la atención sanitaria o la perspectiva profesional— han estado presentes en el mundo del cómic desde hace décadas, como demuestran obras como *L'Ascension du haut mal* (1996–2003) de David B.⁶, *The Spiral Cage* (1990) de Al Davison o *Our Cancer Year* (1994) de Harvey Pekar y Joyce Brabner. Sin embargo, el interés académico por este tipo de obras comenzó a crecer a principios de los 2000 cuando su estudio empezó a introducirse en las facultades de medicina en varios países para acercar la perspectiva de los pacientes a los futuros médicos.⁷ Este es el caso, por ejemplo, de las «patografías gráficas» —esto es, historias sobre la enfermedad contadas en forma gráfica— que, como afirman Michael J. Green y Kimberly R. Myers, han demostrado ser de gran ayuda para los pacientes en su búsqueda de respuestas en su proceso de enfermedad, así como para los médicos y estudiantes pues les permite mirar más allá de los datos clínicos y conocer más de cerca la experiencia personal de sus pacientes en dicho proceso.⁸

En 2015, Ian Williams publicó el *Graphic Medicine Manifesto* junto con otros nombres de la Medicina Gráfica como la enfermera M. K. Czerwiec, autora de *Taking Turns: Stories from HIV/AIDS Care Unit 371* (2017) quien, además, fue la encargada de ilustrar el manifiesto. En él se define la Medicina Gráfica como aquella que:

⁴ *Idem.*

⁵ NAYAR, P. K. *The Human Rights Graphic Novel: Drawing It Just Right*. Routledge, 2021, p. 3.

⁶ Considerada la gran obra europea de este género y que en España se publicó bajo el título de *Epi-léptico: El ascenso del Gran Mal* (2009).

⁷ SETHURATHINAM, P. «Visual Analysis of the Challenges of Care Giving in Graphic Pathographies», en *International Journal of Communication and Health*, n.º 13 (2018), p. 63.

⁸ GREEN, M. J. y MYERS, K. R. «Graphic Medicine: Use of Comics in Medical Education and Patient Care», en *BMJ*, vol. 340 (2010), p. 574.

«Combines the principles of narrative medicine with an exploration of the visual systems of comic art interrogating the representation of physical and emotional signs and symptoms within the medium».⁹

Por tanto, la Medicina Gráfica no es más que la expresión literaria de la salud y la enfermedad —desde el punto de vista de pacientes y/o profesionales— empleando el lenguaje del cómic. Esta mezcla de narración con el elemento visual de la viñeta o el dibujo contribuye, además, a compartir esas experiencias sin abusar del lenguaje técnico al ser un medio de fácil acceso tanto para autores como para lectores, consiguiendo «que el lector se haga parte de la historia de una manera mucho más intensa».¹⁰ Por ello, este medio se postula también como uno de los más adecuados para reflexionar «sobre problemáticas migratorias internacionales» permitiendo así acercarse al objetivo de la OMS de humanizar más la práctica sanitaria al «mirar a las personas desde la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención y, en este caso, vida migratoria, y no solamente desde el plano biomédico».¹¹

Esta mirada a la salud-enfermedad desde más allá de la perspectiva médica tradicional es, precisamente, una de las razones detrás de la inclusión del estudio del cómic en las aulas de las facultades de medicina de todo el mundo, como ha sido el caso de España gracias, entre otros, a la doctora y docente Mónica Lalanda —quien, además de haber sido impulsora de la Medicina Gráfica en España, coordina desde hace años el Máster en Medicina Gráfica de la Universidad Internacional de Andalucía—. En su obra *Con-ciencia médica* (2016), en la que transporta el Código Deontológico de los médicos al cómic, Lalanda pone precisamente de manifiesto el papel tan relevante que tiene la Medicina Gráfica en la enseñanza de los futuros profesionales sanitarios también desde la perspectiva de los complejos procesos migratorios con el fin de fomentar «un abordaje integral de los problemas sanitarios, incorporando una perspectiva ciudadana basada en el respeto de los derechos humanos y la equidad en salud».¹²

Las viñetas de la FIG. 1 extraídas de la obra de Lalanda reflejan a la perfección cómo el formato del cómic contribuye a generar esa reflexión sobre salud y migración que lleve a un mayor conocimiento y mejor atención a la salud de todos los individuos. Las reacciones —hasta cierto punto exageradas por la autora— de los sanitarios en

⁹ «Combina los principios de la narrativa médica con la exploración de los sistemas visuales del cómic interrogando la representación de los signos y síntomas físicos y emocionales a través de dicho medio». Traducción propia. WILLIAMS, I. *et al.* *Graphic Medicine Manifesto*. Penn State University Press, 2020, p. 1.

¹⁰ LALANDA, M. «Qué es Medicina Gráfica». *Medicina Gráfica*. Disponible en <https://medicinagrafica.wordpress.com/que-es-medicina-grafica/>

¹¹ GUERRA-ZÚÑIGA, M. y SEGOVIA-CHAMORRO, J. «Uso de cómics para la formación médica en contenidos de migraciones internacionales y salud», en *FEM*, vol. 23, n.º 4 (2020), p. 202.

¹² *Ibid.*, p. 200.

estas viñetas reflejan actitudes y situaciones que muchos migrantes en países como España se pueden encontrar cuando acuden a recibir atención sanitaria.



FIG. 1. *Con-ciencia médica* (2016), Mónica Lalanda.

Así, como reflejan las imágenes anteriores, la limitación en la atención que pueden recibir—con una legislación que a menudo pone barreras para una asistencia integral y completa de los migrantes— o el desconocimiento por parte de los sanitarios de otras culturas y tradiciones supone en muchos de estos casos un problema a la hora de cuidar de manera eficaz la salud de estos colectivos. De esta forma, la obra de Lalanda, con un uso de paneles grandes y simples en cuanto a su diseño, cargados de color y con un mensaje claro y reivindicativo, ejemplifica a la perfección cómo el formato de ilustración o cómic—incluso en su forma más básica— es capaz de emplear el aspecto visual para destapar estas carencias y los errores de las sociedades¹³ también en materia sanitaria. Se convierte, así, en un medio fundamental en la defensa de los derechos humanos, así como en la herramienta ideal para su enseñanza y comprensión:

El cómic es un medio de comunicación y creación literaria idóneo para dicho propósito pues mediante una narración secuenciada a través de viñetas no solo se transmiten los principios fundamentales de los derechos humanos (como son la igualdad, la no discriminación, la solidaridad, la autonomía o la inviolabilidad personal) sino también las aptitudes necesarias para promoverlos, defenderlos y aplicarlos en la vida cotidiana.¹⁴

La Medicina Gráfica, por tanto, se posiciona como uno de los mejores medios para la educación en derechos humanos dentro del contexto sanitario, así como en una herramienta para llamar la atención de las sociedades y sus gobiernos cuando estos no

¹³ SERRANO, N. L. (ed.). *Immigrants and Comics: Graphic Spaces of Remembrance, Transaction, and Mimesis*. Routledge, 2021, p. 2.

¹⁴ GIL FERNÁNDEZ, M. J. y RAMIRO AVILÉS, M. A. «Derechos humanos y comics: Un matrimonio est-éticamente bien avenido», en *Revista Derecho del Estado*, vol. 32, n.º 32 (2014), p. 244.

se observan, incluso promoviendo medidas que ayuden a salvar esos obstáculos. Así lo reflejan Hernando Arizaleta y Segovia-Chamorro tras analizar los cómics realizados por estudiantes de medicina chilenos en el contexto de su formación profesional. Además del papel significativo del consumo y creación de estos cómics para establecer los puentes entre culturas para una mejor y más completa atención, estos autores ven:

relevante mencionar que el sistema de salud de una nación, los ingresos, la ocupación, la raza y la etnicidad son determinantes sociales de la salud y aparecen destacados dentro de las historias de cómics de los estudiantes.¹⁵

Atendiendo, tal y como reflejan las palabras anteriores, a la importancia que los sistemas sanitarios —así como las políticas que los regulan— tienen para salvaguardar la salud de todos los ciudadanos, especialmente del colectivo migrante, el presente trabajo pretende explorar cómo reflejan las obras de medicina gráfica —muy vinculada, como se ha visto, con la denuncia y defensa en lo que a derechos humanos se refiere— la situación del colectivo en lo que respecta al derecho a la salud en dos países occidentales —Estados Unidos y España— con políticas y sistemas sanitarios aparentemente opuestos, y cómo esta se ha visto afectada por la emergencia sanitaria de la COVID-19, a través de una selección de relatos gráficos de autores de ambos países: «Between Two Worlds» de Julio Anta, Jacoby Salcedo y Hassan Otsmane-Elhaou, publicado dentro de la antología *Covid Chronicles* (2021), y «Center of Gravity» de Niccolo Pizarro publicado como parte del recopilatorio de *The Nib* titulado *Pandemic* (2020) sobre la pandemia en EE. UU., y los relatos de Susanna Martín y Carla Berrocal en el recopilatorio *Efectos secundarios: 19 historietas del Covid* (2021) para mostrar lo que ha ocurrido en España.

Asimismo, para poder abordar la situación de los migrantes en cuanto a su salud, es necesario, primero, conocer cómo son los sistemas sanitarios estadounidense y español, así como las normas que regulan el acceso a los mismos —especialmente en el caso del colectivo migrante— para lo cual se han seleccionado *El club de las batas blancas* (2019) de Yo, Doctor, como una muestra de la vida en un hospital español, y «Sign Out» de Ryan Montoya, que aporta la visión de un médico en un centro estadounidense.

La asistencia sanitaria y los migrantes: el caso de Estados Unidos y España

En el centro de las políticas en el ámbito de la salud se encuentran los sistemas sanitarios cuyo funcionamiento y organización vienen regulados por los principios básicos definidos por la OMS, especialmente el principio de disponibilidad que hace referencia al deber de estos sistemas de «contar con un número suficiente de *establecimientos*,

¹⁵ GUERRA-ZÚÑIGA, M. y SEGOVIA-CHAMORRO, J. *Op. cit.*, p. 203.

bienes y servicios públicos de salud,¹⁶ así como de programas de salud». ¹⁷ Es decir, la OMS reivindica que los sistemas encargados de promover y cuidar la salud de los ciudadanos deben ser públicos —y, como tales, situarse bajo el amparo del Estado—, lo que implica que el acceso a los mismos debe ser universal —«a todos»—¹⁸ y, por tanto, no debe responder a ningún desembolso económico por parte de los pacientes. Sin embargo, no todos los sistemas sanitarios existentes responden a esta descripción. Este es el caso de los modelos sanitarios de España y, sobre todo, de Estados Unidos, donde los sistemas sanitarios privado y el Servicio Nacional de Salud —normalmente referido como «público»—¹⁹ conviven con mayor o menor predominio de uno u otro, como explican Sergio Fernández Ruiz et al. en *Salud, pandemia y sistema sanitario*.²⁰

Mientras en Estados Unidos el modelo sanitario se basa principalmente en la financiación privada por medio de seguros que convive con programas de asistencia sanitaria financiada con fondos públicos (Medicare y Medicaid),²¹ en España prima el modelo público con una financiación a través de los presupuestos del estado, lo que garantiza el acceso a la asistencia sanitaria en la gran mayoría de los casos. De esta forma, aunque la cobertura sanitaria en España se puede considerar universal y, por tanto, más cerca del modelo sanitario promovido por la OMS, se pueden encontrar situaciones —tal y como ocurre en Estados Unidos donde la apuesta por la sanidad privada obstaculiza el acceso a la misma por parte de determinados colectivos— en las que la ley limite la misma para determinados grupos o individuos, como es el caso de los inmigrantes.

En los últimos años, tanto en España como en Estados Unidos se han producido cambios legislativos en materia sanitaria que han afectado de manera importante a los individuos procedentes de otros países. En EE. UU., la reforma llevada a cabo por la administración Obama —bajo el nombre Afordable Care Act (ACA), popularmente conocida como «Obamacare»— en el año 2010 introdujo novedades en la cobertura sanitaria ofertada por los programas Medicare y Medicaid enfocados a reducir las desigualdades en materia sanitaria, por ejemplo, mediante la ampliación de

¹⁶ Inclusión de cursiva por mí para dar énfasis.

¹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Op. cit.*

¹⁸ Citado de la definición de «público». Disponible en <https://dle.rae.es/p%C3%BAblico>

¹⁹ De aquí en adelante podré referirme al modelo de Servicio Nacional de Salud con el adjetivo «público» por motivos de brevedad.

²⁰ FERNÁNDEZ RUIZ, S. et al. *Salud, pandemia y sistema sanitario*. Foca, 2021, p. 97. A modo de resumen, el sistema o modelo privado y el de seguridad social son aquellos financiados total o parcialmente a través de fondos privados, ya sea en forma de seguros privados adquiridos por los propios pacientes —como es el caso del primero— o a través del aseguramiento de todos los trabajadores combinando estos seguros con pagos al propio Estado. Por el contrario, en el sistema de Servicio Nacional de Salud la financiación se da de manera prácticamente exclusiva a través de impuestos —pueden existir pequeños copagos en determinadas circunstancias.

²¹ *Ibid.*, p. 98.

la cobertura sanitaria a colectivos previamente excluidos. Así, aunque la aprobación del ACA garantizó el acceso a una adecuada asistencia sanitaria a un mayor número de personas —entre los colectivos que más se beneficiaron de estas mejoras fueron el latino y el afroamericano, históricamente muy limitados en este aspecto—,²² otros grupos permanecieron aún fuera de la cobertura de los programas públicos de salud. Aquí se pueden encontrar a los inmigrantes en situación irregular —los comúnmente llamados «sin papeles»— con varias excepciones: mujeres embarazadas —con cobertura por Medicaid—, asistencia en servicios y situaciones de urgencias, así como en los denominados Federally Qualified Health Centers (FQHCs),²³ presentes en número muy limitado y con escasos recursos económicos y profesionales.²⁴ En consecuencia, aunque la nueva legislación promovió una ampliación en la cobertura sanitaria de la población inmigrante en EE. UU., aquellos que ya se encontraban en una situación de desamparo incluso dentro de este colectivo —esto es, en situación irregular— continúan sin tener acceso a una atención sanitaria suficiente y adecuada.

En España, a pesar de gozar de un sistema de salud financiado por el estado, la situación de los individuos migrantes es muy similar a la de Estados Unidos. La asistencia sanitaria se encuentra regulada por la Ley General de Sanidad de 1986, la cual garantiza la atención en materia de salud a todas aquellas personas que residan —oficial y legalmente— en el territorio español, así como extranjeros no residentes que se encuentren en el territorio que «tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan».²⁵ Si bien la norma daba a entender que podría existir una limitación en el acceso para aquellos individuos sin residencia legal en España, el énfasis de la misma en la necesidad de garantizar el derecho a la salud de forma universal abrió la puerta a favorecer el acceso a la tarjeta sanitaria a muchos de los extranjeros en situación irregular a partir del año 2000.²⁶

Sin embargo, la aprobación del R. D. 16/2012 resultó en la limitación del acceso a los servicios sanitarios de los migrantes en situación irregular únicamente en las siguientes situaciones: atención de urgencia y asistencia a la mujer durante embarazo, parto y postparto. Solo en el caso de los menores de edad se mantenían las condiciones de

²² MULLIGAN, J. M. y CASTAÑEDA, H. *Unequal Coverage: The Experience of Health Care Reform in the United States*. New York University Press, 2018, p. 12.

²³ Centros de atención primaria financiados con fondos públicos para colectivos no cubiertos por ACA.

²⁴ CASTAÑEDA, H. «Stratification by Immigration Status: Contradictory Exclusion and Inclusion after Health Care Reform», en MULLIGAN, M y CASTAÑEDA, H. (eds.). *Unequal Coverage: The Experience of Health Care Reform in the United States*. New York University Press, 2018, p. 41.

²⁵ Ley 14/1986 *General de Sanidad*. 19 de abril de 1986. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/dof/spa/pdf>

²⁶ HERNANDO ARIZALETA, L. *et al.* «Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: Frecuentación, casuística y repercusión económica», en *Gaceta Sanitaria*, vol. 23, n.º 3 (2009), p. 209.

igualdad de acceso y atención equiparables a las del resto de la población nacionalizada.²⁷ Si bien el nuevo R. D. 7/2018 supuso una reversión en esta limitación al vincular el acceso a la asistencia sanitaria con la residencia legal en España —dejando la puerta abierta a que aquellos extranjeros en situación irregular que pudieran demostrar residir en el territorio español tuvieran derecho a la tarjeta sanitaria a través de empadronamiento—,²⁸ al quedar su aplicación en manos de las comunidades autónomas, se han producido retrasos y una implementación desigual en los distintos territorios —especialmente en aquellas autonomías donde se han incorporado nuevos requisitos como, por ejemplo, la necesidad de que el empadronamiento tenga una antigüedad de al menos tres meses.²⁹ En estos casos, por tanto, el acceso a la asistencia sanitaria sigue limitado a los tres supuestos previamente mencionados definidos por el R. D. 16/2012.

De esta manera, aun con un modelo de sistema sanitario prácticamente opuesto, el acceso de la población migrante a los recursos sanitarios en EE. UU. y España —especialmente de aquellos en situación de irregularidad administrativa— se encuentra limitado de forma similar por la legislación pasada y presente, pues aun con los avances realizados en los últimos años, esta se circunscribe a las tres situaciones mencionadas en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, a pesar de estas similitudes a nivel legislativo, determinados aspectos de la práctica sanitaria, así como la disponibilidad y distribución de los recursos sanitarios en España puede llevar a una atención sanitaria menos limitada que en el país norteamericano como puede observarse, por ejemplo, en las páginas de la obra *El club de las batas blancas* (2019) de Yo, Doctor.³⁰

En los tres casos ficticios³¹ descritos en los paneles de la FIG. 2 se muestran a hombres extranjeros en distintas situaciones administrativas: un vagabundo originario de un país africano e indocumentado, un turista ruso de visita por un acontecimiento deportivo, y un «adinerado» peruano muy probablemente con residencia legal en Es-

²⁷ SUESS, A. *et al.* «El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-Ley 16/2012: La perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales», en *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, n.º 6 (2014), p. 462.

²⁸ Real Decreto 7/2018. Sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. 27 de julio de 2018. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>

²⁹ MINISTERIO DE SANIDAD. *Equidad en Salud y COVID-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Ministerio de Sanidad, 2020. p. 20. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

³⁰ Pseudónimo empleado por Guido Rodríguez de Lema y Juan Sánchez-Verde Bilbao, dos médicos y dibujantes españoles. Ambos son aficionados al cómic y, desde hace unos años, publican sus trabajos tanto en formato físico (con libros como *El club de las batas blancas*), como *online* (en su página web <https://www.yodoctor.es/> ponemos encontrar sus infografías o tiras cómicas).

³¹ Aunque se trata de una obra de ficción, los autores han mencionado en varias ocasiones que todos los casos que se exponen en el libro se basan en anécdotas o experiencias reales —por ejemplo, en su entrevista para Redacción Médica: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/-el-club-de-las-batas-blancas-el-mir-es-mas-duro-que-escribir-un-libro--1955>

pañá. Todos ellos acuden al servicio de urgencias del mismo centro sanitario por diferentes problemas de salud sin que se le niegue la atención a ninguno de ellos. Ni siquiera a Ramón —el vagabundo indocumentado— quien, según lo estipulado en la legislación vigente, únicamente tendría acceso a la atención de urgencia, pero no a la estancia hospitalaria una vez resuelto su problema como relata el médico que le atendió en las primeras cuatro viñetas de la FIG. 2.³²

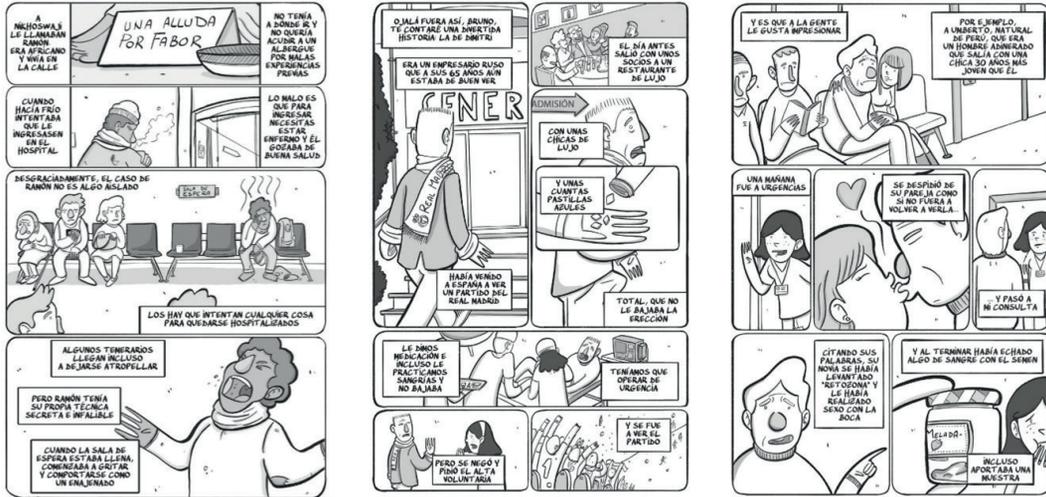


FIG. 2. *El club de las batas blancas* (2019), Yo, Doctor.

Estos ejemplos —especialmente el caso del vagabundo Ramón— basados en situaciones reales son relevantes en la comparativa entre España y Estados Unidos pues, tal y como explican Rhodes et al. en su estudio sobre el impacto de las políticas migratorias sobre la salud entre los hispanos, uno de los colectivos migrantes por excelencia en EE. UU.:

The fear of deportation, a lack of required forms of documentation, interaction with law enforcement personnel, and racial profiling are factors also associated with reduced utilization of health services and worse health.³³

Según esto, a pesar de tener la posibilidad de acudir a centros sanitarios públicos o clínicas gratuitas —financiados a través de fondos públicos—, la vinculación de estos centros con las autoridades gubernamentales a menudo actúa como elemento disua-

³² Yo, Doctor. *El club de las batas blancas: Crónicas de urgencias*. Barcelona, Plan B, 2019.

³³ «El miedo a la deportación, la falta de documentos y formularios requeridos, la interacción con personal de las fuerzas del orden, y los perfiles raciales son factores también asociados a una menor utilización de los servicios sanitarios y a una peor salud». Traducción propia. RHODES, S. D. et al. «The Impact of Local Immigration Enforcement Policies on the Health of Immigrant Hispanics/Latinos in the United States», en *American Journal of Public Health*, vol. 105, n.º 2 (2015), p. 329.

sorio para que las personas migrantes que no se encuentran en posesión del permiso de residencia reciban la asistencia sanitaria que necesitan. En España, como demuestra el ejemplo de Ramón, estas situaciones son prácticamente inexistentes, siendo más común que los extranjeros en situación irregular eviten acudir a los centros sanitarios por razones culturales —como la barrera lingüística o una costumbre de menor asiduidad— o por el llamado «efecto del inmigrante sano» que hace referencia a la menor prevalencia de problemas de salud en el colectivo migrante.³⁴

En este recorrido por las representaciones gráficas de la asistencia sanitaria en dos modelos diferentes como son el estadounidense y el español, se debe mencionar también la cuestión de los recursos sanitarios, tan relevantes para cumplir con el principio de disponibilidad definido por la OMS como los centros asistenciales en los que se encuentran. Si bien la limitación de recursos que garantizan el cumplimiento del principio de disponibilidad afecta a ambos sistemas sanitarios,³⁵ es en el modelo estadounidense —fundamentalmente basado en seguros privados— donde este hecho afecta más significativamente a la práctica sanitaria diaria, tal y como se puede observar en el breve relato gráfico del Dr. Ryan Montoya, titulado «Sign Out», sobre su experiencia personal como médico internista del turno de noche en el servicio de urgencias hospital estadounidense.

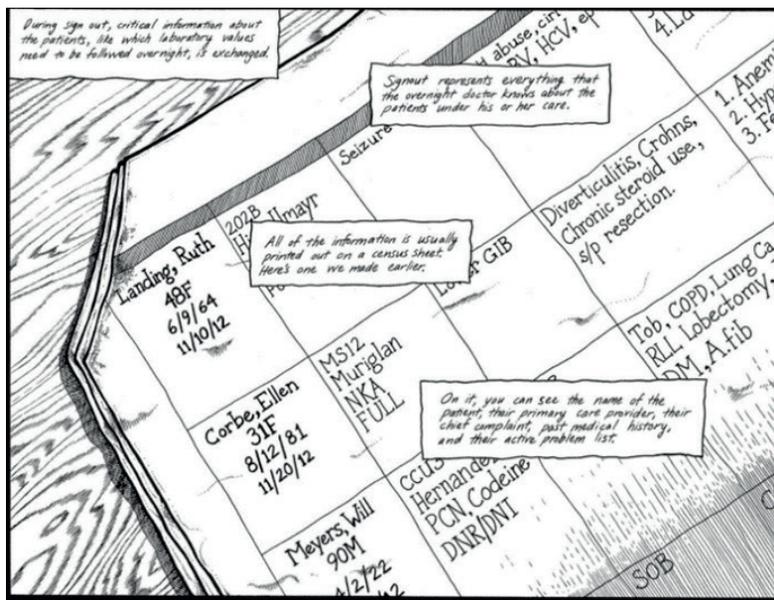


FIG. 3. «Sign Out» (2015), Ryan Montoya.

³⁴ VELASCO, C. *et al.* «Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios», en *Atención Primaria*, vol. 48, n.º 3 (2016), p. 154.

³⁵ Como explican Sergio Fernández Ruiz *et al.* (*Op. cit.*, p. 97), mientras que en EE. UU. la falta de recursos se debe principalmente a su modelo predominantemente privado, en España, la financiación del Sistema Nacional de Salud a través de los sistemas de recaudación fiscal genera también una limitación importante en el acceso a los recursos que puede derivar en largas listas de espera o copagos en determinadas áreas.

En la viñeta de la FIG. 3, Ryan describe el momento de intercambio de información clínica sobre los pacientes que tendrá a su cargo durante el turno y que también se encuentra recogida en un documento —el *census sheet*— que aparece en la imagen. A pesar de que, como se puede observar, el documento incluye los nombres de los pacientes —que les identifican como seres únicos e individuales— Ryan explica que, por una cuestión de tiempo y relevancia, durante este intercambio solo se comparte información «crítica»³⁶ de los pacientes. De esta forma, los médicos terminan identificando a los pacientes por su enfermedad o por el problema de salud que los ha llevado a solicitar atención en lugar de por una referencia más individualizada como es el nombre. Este hecho, como confirma más adelante en la obra el propio Ryan, compromete la calidad de la atención pues puede darse la situación en la cual varios pacientes presenten el mismo problema o enfermedad con el riesgo que eso conlleva, por ejemplo, de confundir la medicación que le corresponde a cada paciente.³⁷

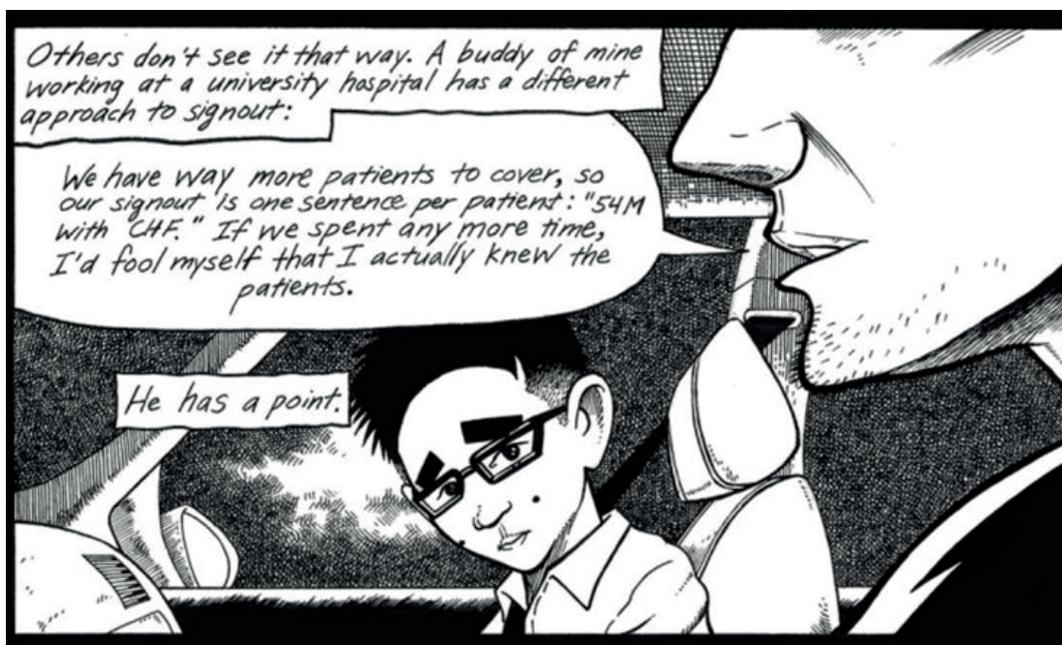


FIG. 4. «Sign Out» (2015), Ryan Montoya.

Esto ocurre, como denuncia un compañero de Ryan en la viñeta de la FIG. 4, al tener los médicos «way more patients to cover»,³⁸ lo que les limita el tiempo que le pueden dedicar a cada paciente o simplemente a transmitir esa información a otros compañeros. Este aumento en la carga de trabajo —esto es, número de pacientes por

³⁶ MONTÓYA, R. «Web Exclusives. Annals Graphic Medicine: Sign Out», en *Annals of Internal Medicine*, vol. 163, n.º 7 (2015), p. 141.

³⁷ *Ibid.*, p. 143.

³⁸ «Demasiados pacientes que atender». Traducción propia. MONTÓYA, R. *Op. cit.*, p. 144.

médico o ratio— se ha visto incrementado aún más en los últimos años en muchos hospitales estadounidenses, donde el aumento de la capacidad asistencial³⁹ de algunos servicios no ha venido acompañado de una contratación de nuevo personal sanitario⁴⁰ a menudo como consecuencia de la falta de recursos disponibles. Si bien esta escasez de recursos repercute negativamente en la atención de todos los pacientes, son los extranjeros los que pueden encontrarse en mayor riesgo, especialmente al ser, tal y como se ha mencionado anteriormente, la atención sanitaria de urgencia una de las situaciones en las que legalmente pueden acceder a esta los inmigrantes sin cobertura sanitaria —privada o pública—. Además de esto, no darle importancia al nombre del paciente en el intercambio de información clínica entre profesionales puede hacer que se pasen por alto otros datos relevantes sobre su historia personal o familiar —por ejemplo, consideraciones por etnia o herencia genética— al poner el foco únicamente en el problema actual por el que solicita atención.⁴¹ Esto no ocurre —al menos en apariencia— en el ejemplo de *Yo, Doctor*, donde los pacientes no solo son identificados por su nombre y origen, sino que sus médicos ofrecen un relato más detallado de su problema y las circunstancias que lo rodean.

Si bien las diferencias reflejadas en estos ejemplos pueden deberse, de forma probable, a una diferente práctica asistencial en ambos países o a una representación particular de los autores en sus obras, no se puede ignorar la posible influencia que la organización y regulación de los sistemas sanitarios tengan en la misma —por ejemplo, al poder verse condicionada la asistencia de un extranjero en situación irregular con miedo a ser deportado en EE. UU., pero no así en España. Por tanto, tal y como reflejan estos relatos basados en la práctica asistencial diaria de sus autores —cada uno de ellos extraído de una obra española y una estadounidense—, si bien el acceso a la asistencia sanitaria de los extranjeros, especialmente aquellos en situación irregular, se encuentra limitada por ley en forma similar tanto en España como en EE. UU., es en este último país donde el colectivo migrante parece encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad. En los últimos dos años, estas desigualdades se han visto intensificadas a consecuencia de la pandemia de la COVID-19, que ha supuesto un

³⁹ La «capacidad asistencial» de un servicio generalmente se determina por el número de camas del que dispone dicho servicio —lo que se traduce en el número de pacientes que es atendido por su personal. Este aumento de capacidad viene dado por múltiples razones como una población más envejecida o con más limitaciones para el acceso temprano a la promoción de su salud y prevención de enfermedades —lo que les lleva a precisar en mayor medida atención hospitalaria incluso a nivel de cuidados intensivos.

⁴⁰ WARD, N. S. *et al.* «Perceived effects of attending physician workload in academic medical intensive care units: A national survey of training program directors», en *Critical Care Medicine*, vol. 40, n.º 2 (2012), p. 400.

⁴¹ De hecho, uno de los principales objetivos de la nueva ACA era el de reducir las desigualdades en materia sanitaria ampliando la cobertura de la asistencia sanitaria a colectivos previamente excluidos también a través de medidas como mejorar la recolección de datos sobre etnicidad para los estudios médicos, lo que supone una mejor atención a determinados colectivos como los extranjeros al poder disponer de datos médicos y genético vinculados a determinadas etnias o colectivos.

incremento en la presión asistencial en los sistemas sanitarios de todo el mundo, incluidos el español y el estadounidense.

COVID-19: Una infección sistémica

La crisis sanitaria de la COVID-19 ha supuesto un desafío para los sistemas sanitarios de todo el mundo. Las características del virus —sobre todo en relación a su transmisión y la variabilidad de formas en las que se presentaba la enfermedad, así como en su evolución clínica— hicieron que la demanda de asistencia sanitaria aumentara de manera muy significativa en un corto espacio de tiempo, limitando de forma importante la capacidad de los sistemas sanitarios para adaptarse a la nueva situación. Esto ha dado como resultado que los recursos y la atención sanitaria se hayan centrado prácticamente de manera exclusiva en la COVID-19, dejando de lado durante meses e incluso años el cuidado de otras patologías o problemas de salud.

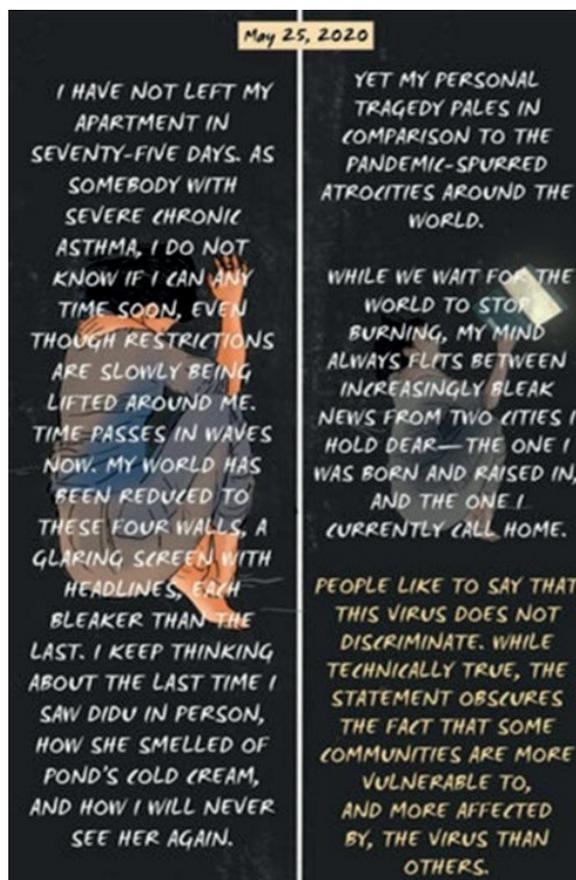


FIG. 5. «Pandemic Precarities: An Account from the Intersection of Two Worlds» (2021), Kay Sohini.

Si bien se ha generalizado la idea de que el virus de la COVID-19 no discrimina —pues cualquier persona independientemente de sus características personales, socioeconómicas o culturales está expuesta a infectarse—, tal y como expone en su relato gráfico «Pandemic Precarities» Kay Sohini, autora y académica originaria del sur de Asia muy interesada en cómo los cómics se emplean para la justicia sanitaria: «while technically true, the statement obscures the fact that some communities are more vulnerable to, and more affected by, the virus than others». ⁴² Este mensaje se ve reflejado también, como muestra el ejemplo de la FIG. 5, en el uso de colores oscuros, viñetas pequeñas o estrechas, y la superposición del texto narrativo con los dibujos, generando una sensación de encajonamiento que refleja las condiciones de hacinamiento en las que muchos migrantes vivieron los confinamientos obligatorios en los primeros meses de pandemia, así como la angustia e incertidumbre que estas personas han podido sufrir ante la llegada de un virus desconocido que amenazaba tanto su salud como la vida que habían o estaban construyendo en Estados Unidos.

Este hecho es, precisamente, el que se pone de manifiesto en las siguientes historias sacadas de dos novelas gráficas sobre la pandemia de la COVID-19: «Between Two Worlds» de Julio Anta, Jacoby Salcedo y Hassan Otsmane-Elhaou, publicado dentro de la antología *Covid Chronicles* (2021), y «Center of Gravity» de Niccolo Pizarro, publicado como parte del recopilatorio de *The Nib* titulado *Pandemic* (2020). Ambas historias se sitúan en la ciudad de Nueva York en el año 2020, principal epicentro en el comienzo de la pandemia en Estados Unidos, donde varios de los autores —todos estadounidenses con ascendencia latina o asiática, salvo Hassan Otsmane-Elhaou que es británico de origen argelino— residen y han sido testigos directos de lo ocurrido allí desde marzo de 2020.

Al igual que en sus otras publicaciones —mayormente enfocadas en las vivencias de los migrantes, sobre todo de origen latino, en EE. UU.— Anta, Salcedo y Otsmane-Elhaou ⁴³ hacen uso de su experiencia, y la de otros, como extranjeros en plena pandemia para dar forma a «Between Two Worlds», que muestra de manera simultánea un día en la vida de dos habitantes de la ciudad de Nueva York en el primer año de la pandemia: una mujer caucásica, Kinsey, con residencia en el West Village —uno de los barrios más exclusivos de la ciudad— que acude a una reunión de amigos en Central Park, y un joven hispano, Santiago, de Harlem —con una mayor presencia de inmigrantes, especialmente de origen latino— que acude a un encuentro con un ami-

⁴² «Aunque técnicamente cierta, esta afirmación oscurece el hecho de que algunas comunidades son más vulnerables al virus y están más afectadas por él que otras». Traducción propia. SOHINI, K. «Pandemic Precarities: An Account from the Intersection of Two Worlds», en BOILEAU, K. y JOHNSON, R. (eds.). *Covid Chronicles: A Comics Anthology*. Pennsylvania State University Press/Graphic Mundi, 2021.

⁴³ Para conocer más sobre los autores y sus obras se puede consultar sus webs: <https://www.julioanta.com/>; <https://www.jacobyalsalcedoart.com/>; <https://hassanoel.co.uk/>

go en la calle.⁴⁴ Anta, Salcedo y Otsmane-Elhaou buscan esta simultaneidad desarrollando ambas historias a la vez, otorgándoles a cada una de estas el mismo espacio en la página. Asimismo, cada secuencia⁴⁵ se estructura en un mismo número y disposición de viñetas —como se puede observar en los siguientes ejemplos. De esta forma, los autores parecen buscar generar una lectura de los acontecimientos lo más simultánea posible en ambas historias para poder, así, establecer las comparaciones pertinentes entre ambas —de hecho, algunas viñetas parecen retratar escenas idénticas como es el caso de los paneles de la FIG. 6. Esta uniformidad entre ambas historias también se consigue mediante la ausencia de colores más allá del blanco y negro que, además, consigue colocar a ambos personajes a la par de manera que ninguno sobresale por encima del otro. De esta forma, los tonos blancos, negros y grises de ambas historias contribuyen a que, visualmente, no destaquen unas viñetas por encima de otras —como, por ejemplo, podría ocurrir si se hubieran incluido el verde de la hierba y el azul del cielo en las viñetas de Kinsey en el parque frente al gris y marrón de los edificios en las escenas de Santiago. Así, solo a través de pequeños detalles en el dibujo —como la cuidada vestimenta y peinado de Kinsey frente al cabello despeinado de Santiago, o el tono de piel de los personajes en ambas escenas—, los cuadros de dialogo y el propio contexto puede el lector identificar a cada uno de los personajes con sus peculiaridades personales y sociales, necesarias también para el objeto crítico del relato.



FIG. 6. «Between Two Worlds» (2021), Julio Anta, Jacoby Salcedo y Hassan Otsmane-Elhaou.

Esta igualdad, buscada a través de un formato uniforme y el uso de los colores más básicos, pone a un mismo nivel a ambos personajes —reflejando así que ambos tienen las mismas obligaciones y derechos por ser residentes en un mismo país y ciudad— dando, al mismo tiempo, un mayor énfasis a las diferencias que se van a identificar a lo largo de las páginas.

⁴⁴ ANTA, J., SALCEDO, J. y OTSMANE-ELHAOU, H. «Between Two Worlds», en BOILEAU, K. y JOHNSON, R. (eds.). *Op. cit.*

⁴⁵ Aquí «secuencia» hace referencia a lo mostrado en cada página.

La primera diferencia puede observarse en las viñetas de la FIG. 6: mientras Kinsey y sus amigos ignoran las advertencias y normas establecidas —como la de protegerse con una mascarilla y guardar la distancia de seguridad recomendada—, Santiago no duda en ponerse la mascarilla y guantes, así como en mantener una distancia prudencial con su amigo. Aunque es Kinsey la que incumple las nuevas regulaciones para prevenir la COVID-19, son Santiago y su amigo los que son llamados al orden por un agente de policía por encontrarse en la calle cuando deberían «estar dentro». Lo primero que destaca de la escena es el propio agente, dibujado con la piel y el cabello claros —por lo que, es pertinente asumir que, al igual que Kinsey, se trata de un ciudadano estadounidense que no pertenece a ninguna minoría— y sin llevar mascarilla ni ninguna otra protección contra la COVID-19. Este hecho contrasta significativamente con su actitud, ya desde el principio, bastante agresiva con los dos jóvenes a quienes recrimina no estar confinados, aun cumpliendo con otras medidas de protección que el mismo agente claramente no cumple. El incidente termina con los dos jóvenes violentamente reducidos y bajo arresto a pesar de que ambos se muestran colaboradores en todo momento.



FIG. 7. «Between Two Worlds» (2021), Julio Anta, Jacoby Salcedo y Hassan Otsmane-Elhaou.

La tensa escena (FIG. 7) genera un mayor impacto visual en el lector —además de por la estratégica colocación de la historia de Kinsey en la parte superior de la página lo que lleva al lector a leer y ver primero sus escenas— al simultanearse con la más relajada secuencia de Kinsey y sus amigos riendo y charlando en el parque en un ambiente tranquilo, sin cumplir con las normas establecidas, mientras afirman sentirse «atrapados» por tener que permanecer en su casa gran parte del día, lo que califican de «opresivo». De esta forma, las viñetas de la FIG. 7 sirven para ilustrar algunas de las desigualdades a todos los niveles que han sufrido algunos colectivos durante la pandemia de la COVID-19, tal y como denuncian los autores a través de titulares incluidos en cada una de las páginas a modo de separación entre ambas historias:

A medida que la policía empieza actuar, más del 80% de las citas por no cumplir con el distanciamiento social son a negros y latinos. A pesar de ello, el comisionado de la policía de Nueva York niega el sesgo racial en las políticas de distanciamiento social por el coronavirus.⁴⁶

Este sesgo racial ha estado presente a lo largo de toda la pandemia no solo en la aplicación u observación de las medidas de protección sanitaria —como reflejan estadísticas como la arriba mencionada—, sino también en cuanto a las repercusiones que esta ha tenido en la salud de estos grupos. Atendiendo a los datos oficiales, los colectivos que más han acusado las consecuencias de la COVID-19 —tanto a nivel económico, como sanitario— son la comunidad hispana y la afroamericana, que son, además, las que más infecciones y muertes han sufrido: por ejemplo, el colectivo hispano se ha mantenido, desde el inicio de la pandemia, prácticamente en todo momento a la cabeza en el número de casos por cada cien mil habitantes.⁴⁷

La pandemia ha supuesto un incremento en la vulnerabilidad de estos colectivos a todos los niveles, pero especialmente en el ámbito puramente sanitario. A los obstáculos previamente presentes en el acceso a unos adecuados y suficientes recursos sanitarios se ha unido un mayor riesgo al contagio por SARS-CoV-2⁴⁸ debido a las condiciones de vida —viviendas pequeñas y mal acondicionadas en las que viven familias numerosas, alimentación no adecuada o escasa, ocupar los trabajos esenciales de cara al público, falta de recursos económicos con los que costear mascarillas o gel hidroalcohólico, etc.—, así como a una mayor probabilidad a sufrir complicaciones o secuelas tras la infección.⁴⁹ Una de las zonas más afectadas en este sentido fue, precisamente, la ciudad de Nueva York —epicentro en el inicio de la pandemia— donde

⁴⁶ ANTA, J., SALCEDO, J. y OTSMANE-ELHAOU, H. *Op. cit.*

⁴⁷ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). «Covid Data Tracker». CDC. Disponible en <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#demographicsovertime>

⁴⁸ Nombre dado al virus de la familia de los Coronavirus que causa la enfermedad de la COVID-19.

⁴⁹ FARLEY, J. H. *et al.* «Promoting Health Equity in the Era of COVID-19», en *Gynecologic Oncology*, vol. 158, n.º 1 (2020), p. 25.

los migrantes de origen latino fueron uno de los grupos más castigados en número de contagios, como se ha mencionado anteriormente, así como en el de fallecimientos. A fecha de 24 de abril de 2020, por ejemplo, el 34% de los fallecimientos por COVID-19 correspondieron a personas de origen latino, a pesar de representar solo al 29% de la población total de Nueva York: la probabilidad de morir por COVID-19 siendo hispano era de un 55,3/100.000 mientras que la de una persona caucásica era de 15,6/100.000.⁵⁰

Las características de barrios como el Bronx, Queens o Brooklyn hicieron que en una gran parte de Nueva York las medidas de protección como el distanciamiento social o las cuarentenas y aislamientos no fueran factibles para muchas comunidades, sobre todo inmigrantes o población económicamente vulnerables. Muchas de estas personas, además, ocupaban puestos de trabajo denominados «esenciales» —empleados públicos, en tiendas, sanitarios o mensajeros— caracterizados por un estrecho contacto interpersonal y, por tanto, con un riesgo de transmisibilidad del virus significativamente mayor.⁵¹

Esto es precisamente de lo que Niccolo Pizarro—autor estadounidense de origen filipino perteneciente al colectivo LGTBI+ cuyo trabajo él mismo define como centrado en la «política y el baseball»⁵² se hace eco en su obra «Center of Gravity» en la que relata su propia experiencia durante los primeros meses de la pandemia en su barrio, Queens, considerado el «epicentro del epicentro»⁵³ por aquel entonces. Su trabajo se caracteriza, al contrario que los autores anteriores, por el uso de colores vivos que, en este caso, combina con el fondo negro en los cuadros de diálogo, lo que resalta aún más las ilustraciones ya de por sí cargadas de significado.

Estos detalles se pueden observar en las viñetas de la FIG. 8, en las que se incluye la visión de dos conocidos residentes en el mismo barrio, y donde Pizarro expone el estado de degradación de su hospital por «falta de mantenimiento de las instalaciones»⁵⁴ —lo que ilustra con un simple dibujo de un grifo del que cae agua con un sospechoso color marrón y un suelo claro en el que resalta unas manchas rojas, probablemente sangre.

Además del abandono que Pizarro refleja con sus dibujos sobre el estado de degradación y suciedad del hospital, este coincide geográficamente, como indica el testimonio de sus vecinos incluido en la obra, con la principal estación de metro de Queens,

⁵⁰ *Ibid.*, p. 29.

⁵¹ *Ibid.*, p. 28.

⁵² Información sacada de la web del autor que se puede consultar en <https://niccolopizarro.com/about/>

⁵³ PIZARRO, N. «Center of Gravity», en *Pandemic Issue. The Nib*, 2022.

⁵⁴ *Idem.* Traducción propia.

donde su población llena los vagones y andenes diariamente en condiciones de hacinamiento y escasa ventilación —tal y como muestra Pizarro en la segunda viñeta de la FIG. 8, así como diversos artículos sobre las condiciones de estas viviendas—,⁵⁵ lo que contribuye a una mayor transmisión de patógenos como el de la COVID-19. Pizarro dibuja un metro abarrotado de figuras sin rostro donde el autor destaca cuatro personajes con un perfil claro: hombres y mujeres pertenecientes a minorías, como la migrante o la afroamericana, con trabajos esenciales —construcción, mensajero, sanitarios, etc.— con estrecho contacto humano. Así, la escena pretende destacar la situación de vulnerabilidad de los vecinos de Queens, muchos de los cuales eran trabajadores muy expuestos a la COVID-19 que, sin embargo, no contaban con unas instalaciones o recursos sanitarios adecuados ni suficientes, y cuyas condiciones de vida favorecieron la transmisión del virus en lugar de obstaculizarla.



FIG. 8. «Center of Gravity» (2020), Niccolo Pizarro.

Tras esta pequeña introducción, Pizarro mueve su relato a los pasillos del hospital Elmhurst de Queens «asolado por el exceso de pacientes y la falta de equipamiento», que ya contaba con una «dudosa reputación antes de la pandemia».⁵⁶ La imagen (FIG. 9) de una mano de tez oscura sobre las sábanas del hospital rodeada de cables simula muchas de las imágenes publicadas por los medios de comunicación de pacientes sin rostro —arrebataados de toda identidad— que acompañaban los reportajes sobre la pandemia. La impersonalidad de la mano que dibuja Pizarro parece reflejar,

⁵⁵ Como, por ejemplo, se menciona en FARLEY, J. H. *et al.* *Op. cit.*

⁵⁶ PIZARRO, N. *Op. cit.* Traducción propia.

sin embargo, la identidad del barrio y de todos sus habitantes, pues el tono amarro- nado de la piel y la ausencia de otras características que reflejen, por ejemplo, su sexo o edad da pie a que prácticamente todos los ciudadanos de Queens —susceptibles de ser atendidos en Elmhurst— se identifiquen con el paciente acostado en la cama. De hecho, Pizarro parece confirmar esta impresión refiriéndose a los «tipos criados en Queens» al cerrar la viñeta (FIG. 9) con un cuadro en el que menciona cómo la situación precaria del Elmhurst viene de tiempo atrás.



FIG. 9. «Center of Gravity» (2020), Niccolo Pizarro.

Según él, los recortes llevados a cabo en el pasado por el gobernador Andrew Cuomo —quien fue elogiado por su gestión durante la pandemia— llevaron a una significativa reducción en la cobertura sanitaria de los neoyorquinos, sobre todo debido al cierre de varios hospitales en algunos de los barrios más desfavorecidos, lo que afectó en una mayor medida a colectivos especialmente vulnerables como los migrantes en situación irregular.⁵⁷ Estos recortes hicieron que Elmhurst se erigiera como hospital de referencia para una población de más de 250.000 habitantes con unas necesidades asistenciales que ya superaban la capacidad para ser atendidas con los recursos disponibles antes de la pandemia, como puede verse reflejado en la viñeta de la FIG. 10 donde el autor dibuja una de las frecuentes escenas a las puertas del hospital durante la pandemia, con grandes colas de gente esperando para testarse. Así, Niccolo Pizarro

⁵⁷ *Idem.*

transporta a las páginas de su obra las dificultades y carencias presentes en el sistema sanitario neoyorquino —especialmente en el caso de los hospitales públicos como el Elmhurst, infrafinanciado y con una mayor demanda asistencial de la que es capaz de soportar—, ilustrando de esta forma la importancia del papel primordial de los determinantes sociales y económicos frente a los culturales a la hora de generar o paliar las desigualdades en materia de salud.⁵⁸

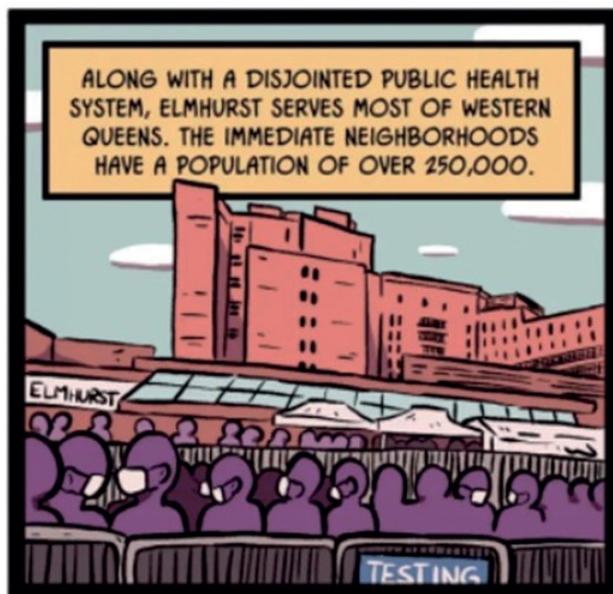


FIG. 10. «Center of Gravity» (2020), Niccolo Pizarro.

La presión asistencial derivada de la emergencia sanitaria de la COVID-19 también se ha visto incrementada en España en los últimos dos años. Desde marzo de 2020, hospitales y centros de salud en todo el territorio se han visto desbordados e incluso hoy en día continúan con dificultades para recuperar una actividad asistencial más parecida a la previa a esa fecha. En esos primeros meses, además de la paralización de la asistencia sanitaria no urgente, se tomaron decisiones que reorganizaron el sistema sanitario, en un principio como medida puntual de urgencia para cubrir las carencias en determinados ámbitos; muchos profesionales de Atención Primaria fueron desplazados a hospitales y otros lugares acondicionados como tales.⁵⁹ Esta reorganización generó una estructura que se ha mantenido de manera casi constante a lo largo de estos últimos años y convivió, de acuerdo con el Ministerio de Sanidad, a lo largo

⁵⁸ KRONENFELD, J. J. *Issues in Health and Health Care Related to Race/Ethnicity, Immigration, Sex and Gender*. Emerald, 2012. p. 9.

⁵⁹ COMUNIDAD DE MADRID. «Más de un millar de profesionales de Atención Primaria integran la plantilla del Hospital temporal de la Comunidad de Madrid en IFEMA». Comunidad de Madrid, 2020. Disponible en <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/04/07/millar-profesionales-atencion-primaria-integran-plantilla-hospital-temporal-comunidad-madrid-ifema>

de 2020 y 2021 con centros que permanecieron cerrados y consultas suspendidas por falta de personal y recursos⁶⁰ en prácticamente todo el país. En Madrid, por ejemplo, continuaban cerrados los servicios de urgencias extrahospitalarias o SUAP por desplazamiento de los profesionales de estos a centros de vacunación COVID-19.⁶¹ Por otro lado, ya a nivel propiamente asistencial, la mayor problemática que se ha dado en España ha sido la limitación en el acceso a la asistencia sanitaria, así como un aumento en determinadas necesidades asistenciales como han ilustrado Susanna Martín y Carla Berrocal, en sus contribuciones al recopilatorio *Efectos secundarios: 19 historietas del Covid* (2021).

Carla Berrocal⁶² es una ilustradora española, con una gran producción gráfica sobre mujeres y promotora del Colectivo Autoras del Cómic, que en esta ocasión da voz a profesionales de los servicios de Salud Mental en «Lo que no se nombra». Estos profesionales centraron, en un primer momento, su atención en los pacientes críticos y sus familiares, pero pronto necesitaron dar asistencia a sus propios compañeros sanitarios tras los primeros meses de pandemia,⁶³ como queda reflejado en las siguientes viñetas de la FIG. 11:



FIG. 11. «Lo que no se nombra» (2021), Carla Berrocal.

⁶⁰ MINISTERIO DE SANIDAD. *Op. cit.* p. 19.

⁶¹ NORIEGA, D., ORDAZ, A y SANTOS VIÑAS, M. «Las urgencias de Atención Primaria cerradas por Ayuso». *elDiario.es*, 25 de junio de 2022. Disponible en https://www.eldiario.es/madrid/urgencias-atencion-primaria-cerradas-ayuso_1_9114509.html

⁶² Para más información sobre la autora se puede consultar su página <http://www.carlaberrocal.com/>

⁶³ BERROCAL, C. «Lo que no se nombra», en *Efectos secundarios*. Bilbao, Cultura en Vena y Astiberri Ediciones, 2021, pp. 47-51.

En ellas, Berrocal dibuja a una de las sanitarias a las que entrevistó sobre un fondo blanco y negro que hace destacar aún más su rostro ensombrecido y su llamativo cabello—en una disposición que lleva al lector a recordar las reuniones, clases y demás encuentros online que formaron parte de la vida diaria durante el confinamiento. El cansancio y la tensión de su rostro a medio dibujar parecen reafirmar lo que plasman los diálogos en los que se menciona el incremento en la presión asistencial a la que fueron sometidos los centros en los primeros meses de pandemia y que empujaron a muchos profesionales sanitarios a limitar la atención a pacientes incluso en servicios que, aparentemente, nada tienen que ver con una enfermedad infecciosa como la COVID-19. Así, el lector puede percibir la gran carga emocional que estos primeros meses supusieron para los profesionales sanitarios que ejercían en los hospitales y que fueron testigos en primera persona del sufrimiento y la pérdida mientras impotentes trataban de salvar a sus pacientes, también a través del rostro alargado con pocos detalles de la sanitaria ilustrada, cuyos ojos hundidos o parcialmente pintados y la ausencia de sonrisa reflejan su cansancio físico y emocional, agudizado por una importante limitación en el acceso, también, a cuidados de la salud mental.



FIG. 12. «Lo que no se nombra», Carla Berrocal.

De esta forma, tal y como denuncia la sanitaria en la imagen de la FIG. 12, muchas de las patologías o problemas de salud se han visto —y se verán— incrementados desde el inicio de la emergencia sanitaria de la COVID-19 a consecuencia de unos recursos limitados y una reorganización de los mismos. En este sentido, si bien no existen datos oficiales que lo confirmen, es razonable suponer que aquellas personas con limitados recursos económicos —como es el caso de muchas personas migrantes— encuentren mayores dificultades para acceder a los pocos psicólogos o psiquia-

tras de los Servicios de Atención a la Salud Mental de la sanidad pública, así como para costearse los precios de una consulta privada.

Por su parte, Susanna Martín, autora también española de diversas obras de narrativa gráfica sobre temáticas tan destacadas como la vivencia del cáncer de mama, la migración desde África o la vida en la Franja de Gaza, pone el foco, esta vez, en la vivencia de aquellas mujeres embarazadas y que dieron a luz durante la pandemia en su obra «Cada crisis tiene sus oportunidades», dando voz a otro de los grupos más afectados por la explosión de la misma:

Y entonces ocurrió. Algunas mujeres embarazadas se conectaron, buscaron, preguntaron por lugares alternativos para tener a sus bebés. Las matronas se organizaron *online* para ayudar a atender a las embarazadas. Y mujeres que ni siquiera se habían planteado un parto en casa consiguieron una matrona en el hogar. Matronas contaron que mujeres que nunca contemplaron un parto natural se dirigieron a las unidades de partos o casas de maternidad dirigidas por matronas.⁶⁴

Como explica Martín aquí, la dificultad a la hora de acudir a los servicios sanitarios, así como el miedo al contagio en los mismos, empujaron a muchas mujeres a buscar ayuda y consejo fuera de los centros, recurriendo en muchos casos a matronas fuera del sistema sanitario público o a la utilización de herramientas para la consulta *online*. Esto ha podido suponer un obstáculo añadido para algunas mujeres que no contaban con los recursos suficientes para acceder a estas alternativas. Entre ellas podrían encontrarse mujeres migrantes con bajos recursos económicos o carentes del apoyo social adecuado. Estas circunstancias han sido reconocidas por el Ministerio de Sanidad en su análisis sobre la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales publicado en un documento a finales del año 2020. En este se observa cómo las condiciones de vivienda —hacinamiento, falta de vivienda o de acceso a agua, construcciones inadecuadas, etc.—, de trabajo y transporte, o la falta de recursos económicos para costear productos básicos de alimentación o higiene —incluidas mascarillas o gel hidroalcohólico—, entre otros, han aumentado el riesgo de infección, de sufrir complicaciones o secuelas, o de fallecer por COVID-19 así como una mayor dificultad en el diagnóstico, seguimiento y control de casos y medidas de aislamiento.⁶⁵

Tras observar lo ocurrido en Estados Unidos —donde la presión asistencial y la falta de recursos afectaron de manera más significativa a comunidades de migrantes— cabe deducir que se dio una situación similar en España, especialmente de acuerdo a las conclusiones del Ministerio de Sanidad. Sin embargo, «la ausencia de bases de

⁶⁴ MARTÍN, S. «Cada crisis tiene sus oportunidades», en VVAA. *Efectos secundarios*. Bilbao, Cultura en Vena y Astiberri Ediciones, 2021, pp. 115-117.

⁶⁵ MINISTERIO DE SANIDAD. *Op. cit.*, p. 12.

datos poblacionales que recojan el lugar de origen, lo que impide la identificación del inmigrante»⁶⁶ impide conocer con exactitud cómo ha afectado la pandemia a este colectivo en España.

Aun así, se antoja necesario destacar que, en España, a raíz de la pandemia, se han puesto en marcha medidas que han ayudado a salvar algunas de estas barreras antes mencionadas —sobre todo de carácter administrativo—, que podían impedir el acceso a la asistencia sanitaria de determinados colectivos como los migrantes. Como se recoge por parte del Ministerio de Sanidad:

Algunas CCAA han aprobado normativa en este sentido haciendo efectiva la cobertura sanitaria universal a toda la población independientemente de la situación administrativa, cuya vigencia iba ligada al Estado de Alarma, o se ha facilitado un número identificativo a aquellas personas del sector hortofrutícola para garantizar su acceso o seguimiento.⁶⁷

Estas medidas, junto con otras ya presentes previamente gracias al R. D. 7/2018, han podido marcar diferencias con el país norteamericano en cuanto a sortear las desigualdades en el acceso y consumo de recursos sanitarios de estos y otros grupos, a pesar de encontrarse bajo el amparo de legislaciones muy similares.

Conclusión

El presente trabajo pretendía explorar las desigualdades en cuanto al acceso a los sistemas y recursos sanitarios para colectivos en situación de especial vulnerabilidad, principalmente las personas migrantes, en dos países occidentales con modelos sanitarios aparentemente opuestos, Estados Unidos y España, y cómo estas se han visto afectadas por la crisis sanitaria derivada de la pandemia de la COVID-19. Para ello, se seleccionaron una serie de relatos gráficos por el gran poder de difusión de este formato, que combina el elemento visual de las ilustraciones con la palabra escrita para llegar a un público más diverso, así como el fuerte y tradicional vínculo de estos textos con la denuncia y defensa en materia de derechos humanos, con una creciente atención al derecho a la salud —y todo lo que lo rodea— gracias al ya no tan reciente ascenso de la Medicina Gráfica.

De los textos analizados se puede deducir el desafío que ha supuesto la pandemia de la COVID-19 para los sistemas de salud en general, con unos recursos ya de por sí muy limitados antes de esta, pero también como estos obstáculos han afectado a determinados colectivos minoritarios por delante de otros. Esta circunstancia ha sido especialmente significativa en EE. UU. donde el racismo sistémico, unas condiciones

⁶⁶ HERNANDO ARIZALETA, L. *et al.* *Op. cit.*, p. 213.

⁶⁷ MINISTERIO DE SANIDAD. *Op. cit.*, p. 19.

de vida que contribuyen a la transmisión del virus, y una muy reducida cartera de recursos sanitarios a disposición de determinados colectivos —por recortes en centros específicos o reducida tasa de visitas a los centros—, ha dejado mucho más expuesto al virus al colectivo migrante. En España, esta limitación de recursos se ha podido observar en todo el territorio y afectando a todos los centros, servicios y especialidades médicas, tal y como reflejan los relatos analizados, probablemente debido a una legislación sanitaria que regulaba el acceso a la asistencia sanitaria de manera prácticamente universal. Sin embargo, las condiciones de vida o el nivel socioeconómico de colectivos como el migrante puede haber ejercido también de obstáculo para recibir atención sanitaria como reconoce el propio Ministerio de Sanidad.

Los textos analizados reflejan, de esta forma, las desigualdades que sufren los migrantes en su búsqueda del grado máximo de salud con respecto a otros grupos, así como el gran poder de la narrativa gráfica gracias a su empleo como herramienta de denuncia de dichas desigualdades y la defensa de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud que tanta importancia ha ganado para los seres humanos en los últimos dos años.

Bibliografía

ANTA, J., SALCEDO, J. y OTSMANE-ELHAOU, H. «Between Two Worlds», en BOILEAU, K. y JOHNSON, R. (eds.). *Covid Chronicles: A Comics Anthology*. Pennsylvania State University Press/Graphic Mundi, 2021.

BERROCAL, C. «Lo que no se nombra», en VVAA. *Efectos secundarios*. Bilbao, Cultura en Vena y Astiberri Ediciones, 2021, pp. 47-51.

CASTAÑEDA, H. «Stratification by Immigration Status: Contradictory Exclusion and Inclusion after Health Care Reform», en MULLIGAN, J. M. y CASTAÑEDA, H. (eds.). *Unequal Coverage: The Experience of Health Care Reform in the United States*. New York University Press, 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). «Covid Data Tracker». CDC. Disponible en <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#demographicsovertime>

COMUNIDAD DE MADRID. «Más de un millar de profesionales de Atención Primaria integran la plantilla del Hospital temporal de la Comunidad de Madrid en IFEMA». Comunidad de Madrid, 2020. Disponible en <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/04/07/millar-profesionales-atencion-primaria-integran-plantilla-hospital-temporal-comunidad-madrid-ifema>

FARLEY, J. H. *et al.* «Promoting Health Equity in the Era of COVID-19», en *Gynecologic Oncology*, vol. 158, n.º 1 (2020), pp. 25-31.

FERNÁNDEZ RUIZ, S. *et al.* *Salud, pandemia y sistema sanitario*. Foca, 2021.

GIL FERNÁNDEZ, M. J., y RAMIRO AVILÉS, M. A. «Derechos humanos y comics: Un matrimonio est-éticamente bien avenido», en *Revista Derecho del Estado*, vol. 32, n.º 32 (2014), pp. 243-280.

GREEN, M. J., y MYERS, K. R. «Graphic Medicine: Use of Comics in Medical Education and Patient Care», en *BMJ*, vol. 340 (2010), pp. 574-577.

GUERRA-ZÚÑIGA, M. y SEGOVIA-CHAMORRO, J. «Uso de cómics para la formación médica en contenidos de migraciones internacionales y salud», en *FEM*, vol. 23, n.º 4 (2020), pp. 199-203.

HERNANDO ARIZALETA, L. *et al.* «Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: Frecuentación, casuística y repercusión económica», en *Gaceta Sanitaria*, vol. 23, n.º 3 (2009), pp. 208-215.

KRONENFELD, J. J. *Issues in Health and Health Care Related to Race/Ethnicity, Immigration, Sex and Gender*. Emerald, 2012.

LALANDA, M. *Con-Ciencia Médica: #Comics, #Sanidad, #ética*. LID, 2016.

—«Qué es Medicina Gráfica». *Medicina Gráfica*. Disponible en <https://medicina-grafica.wordpress.com/que-es-medicina-grafica/>

Ley 14/1986 *General De Sanidad*. 19 de abril de 1986. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/dof/spa/pdf>

MARTÍN, S. «Cada crisis tiene sus oportunidades», en VVAA. *Efectos secundarios*. Bilbao, editado Cultura en Vena y Astiberri Ediciones, 2021, pp. 115-117.

MINISTERIO DE SANIDAD. *Equidad en Salud y COVID-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Ministerio de Sanidad, 2020, p. 20. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

MONTOYA, R. «Web Exclusives. Annals Graphic Medicine: Sign Out», en *Annals of Internal Medicine*, vol. 163, n.º 7 (2015), pp. 141-145.

MULLIGAN, J. M. y CASTAÑEDA, H. (eds.). *Unequal Coverage: The Experience of Health Care Reform in the United States*. New York University Press, 2018.

NAYAR, P. K. *The Human Rights Graphic Novel: Drawing It Just Right*. Routledge, 2021.

NORIEGA, D., ORDAZ, A y SANTOS VIÑAS, M. «Las urgencias de Atención Primaria cerradas por Ayuso». *elDiario.es*, 25 de junio de 2022. Disponible en https://www.eldiario.es/madrid/urgencias-atencion-primaria-cerradas-ayuso_1_9114509.html

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Documentos Básicos*. 12a. ed., con las modificaciones aprobadas por la 14.ª Asamblea Mundial de la Salud (febrero de 1961) y por el Consejo Ejecutivo en su 28.ª reunión (mayo-junio de 1961). OMS, 1961. Disponible en <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

—«Salud y derechos humanos». *Organización Mundial de la Salud*, 2017. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

—*Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Organización Mundial De La Salud, 2002.

PIZARRO, N. «Center of Gravity». *Pandemic Issue. The Nib*, 2022.

Real Decreto 7/2018. *Sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*. 27 de julio de 2018. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>

RHODES, S. D. *et al.* «The Impact of Local Immigration Enforcement Policies on the Health of Immigrant Hispanics/Latinos in the United States», en *American Journal of Public Health*, vol. 105, n.º 2 (2015), pp. 329–337.

SABARIEGOS JAREÑO, R. «Le receto un cómic: la salud de hierro de la Medicina Gráfica», en *The Conversation*. 16 de noviembre de 2020. Disponible en <https://theconversation.com/le-receto-un-comic-la-salud-de-hierro-de-la-medicina-grafica-149639>

SERRANO, N. L. (ed). *Immigrants and Comics: Graphic Spaces of Remembrance, Transaction, and Mimesis*. Routledge, 2021.

SETHURATHINAM, P. «Visual Analysis of the Challenges of Care Giving in Graphic Pathographies», en *International Journal of Communication and Health*, n.º 13 (2018), pp. 62-68.

SOHINI, K. «Pandemic Precarities: An Account from the Intersection of Two Worlds», en BOILEAU, K. y JOHNSON, R. (eds.). *Covid Chronicles: A Comics Anthology*. Pennsylvania State University Press/Graphic Mundi, 2021.

SUESS, A. *et al.* «El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-Ley 16/2012: La perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales», en *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, n.º 6 (2014), pp. 461–469.

VELASCO, C. *et al.* «Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios», en *Atención Primaria*, vol. 48, n.º 3 (2016), pp. 149–158.

WARD, N. S. *et al.* «Perceived effects of attending physician workload in academic medical intensive care units: A national survey of training program directors», en *Critical Care Medicine*, vol. 40, n.º 2 (2012), pp. 400–405.

WILLIAMS, I. *et al.* *Graphic Medicine Manifesto*. Penn State University Press, 2020.

YO, DOCTOR. *El club de las batas blancas: Crónicas de urgencias*. Barcelona, Plan B, 2019.