

EL ELEFANTE EN EL PAJAR. SALUD Y EMIGRACIÓN: ASPECTOS SOCIALES Y COMUNICATIVOS¹

Javier Fornieles Alcaraz

(Universidad de Almería)

Antonio M. Bañón Hernández

(Universidad de Almería)

RESUMEN:

Existen numerosos problemas de comunicación entre los profesionales y los emigrantes atendidos por el sistema sanitario. A pesar de los esfuerzos realizados por los profesionales, la falta de comunicación afecta a los pacientes y provoca el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario.

Las desmesuradas expectativas generadas por los avances en biomedicina, la subordinación de la clínica a los criterios económicos y el desinterés con que se abordan las diferencias sociales repercuten en la calidad del sistema sanitario y explican el lugar secundario que se concede a las cuestiones relacionadas con la comunicación.

Palabras clave: Comunicación; Salud; Emigrante; Desigualdad; Biomedicina

ABSTRACT:

There is evidence of ineffective communication between health care professionals and people who come from a variety of cultural backgrounds. Despite many professionals' best efforts, lack of communication often creates situations where patient care often suffers. It also leads to unawareness of the health care system.

This situation is caused by the lack of importance given to effective clinician-patient communication in today's health care system. The hope offered by new advances in biomedicine, the lack of interest in social issues and the effects of economic differences in the health care system can explain the denial of communication problems.

Keywords: Communication; Health; Migrant; Inequalities; Biomedicine

¹ Este trabajo forma parte del proyecto de investigación *Comunicación, Salud y Migraciones* en Andalucía (2011/81), subvencionado por la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía.

LA SEDUCCIÓN DE LA BIOMEDICINA

Una repentina neblina cae siempre sobre el sistema sanitario cuando se aborda cualquier atisbo de discriminación, el análisis y la resolución de las cuestiones sociales. Esa ceguera se apoya en parte en la fascinación suscitada por las nuevas técnicas y por los avances de la medicina, y en el lugar preferente que ésta ocupa en las sociedades más desarrolladas. La medicina nos acompaña desde el primer vagido hasta el último aliento. Pero su valor no proviene sólo de la importancia de los temas que están en juego cuando nos relacionamos con ella, sino también de las representaciones ideológicas que se producen a su alrededor. La salud y la posibilidad de vencer la enfermedad se incorporan con facilidad a nuestros deseos más profundos y nos proporcionan la tranquilizadora sensación de hallarnos en un mundo en el que es posible controlar el bien máspreciado: nuestra propia vida.

Varios motivos explican la fuerza con que estas ideas empujan nuestras expectativas y logran un prestigio apenas discutible.

Por un lado, habría que mencionar los avances científicos y la repercusión inmediata que éstos tienen en el bienestar concreto de los ciudadanos. Las medidas de asepsia, la anestesia, el conocimiento y la erradicación de los agentes infecciosos, el desarrollo de complejas técnicas quirúrgicas o el descubrimiento de nuevos fármacos han aumentado los años de vida y la calidad de los mismos.

Por otro lado, la medicina o, más exactamente, la biomedicina destaca por su capacidad de adaptarse a los ejes centrales de nuestra ideología. La aplicación de nuevas técnicas nos mostraría de forma evidente el triunfo de la razón, la capacidad del hombre para dominar su entorno. Y ante esa imagen consoladora las desigualdades, las malas prácticas y los experimentos abusivos cometidos en el pasado se difuminan con rapidez y sólo dejan un reguero de éxitos continuos en la memoria.

En nuestra imaginación, desde mediados del XIX, la medicina no ha dejado de caminar por esta senda con renovados bríos. Los avances que se han producido en la genética, en los últimos años, nos ofrecen un buen ejemplo. La publicidad, la atención en los medios y los intereses de las grandes compañías alimentan sin cesar la ilusión de que es posible lograr el conocimiento y el control total del organismo. El cuerpo se presenta como una máquina reparable en los hospitales mientras la biomedicina se

encarga de detectar cualquier alteración, cualquier agente externo o interno que ponga en riesgo el correcto funcionamiento del sistema.

De la concepción del médico visto casi como un sacerdote laico, abnegado, apoyado en una pasión por saber más, desbordado por el contraste entre sus sueños y la incapacidad para arrancar los últimos secretos a la naturaleza, hemos pasado a la figura del investigador centrado en su laboratorio, replegado en una labor silenciosa. Su figura no evoca ya la pasión o el contacto humano, sino la racionalidad, el saber especializado y el apoyo de una institución. Puede adoptar a veces perfiles caprichosos o extravagantes, pero éstos muestran sólo el aislamiento casi infantil en que viven consagrados a la ciencia. Envueltos en sus uniformes de trabajo, el rostro velado tras una mascarilla o casi oculto tras el microscopio, el investigador y el médico nos remiten al trabajo técnico, alejado de cualquier protagonismo. Representan a nivel ideológico un saber neutral, alejado de intereses personales, que busca una solución para los problemas de toda la humanidad.

Es cierto que algunas voces señalan a veces la complejidad de las cuestiones que se abordan, y solicitan precaución y calma. Pero en el contexto ideológico en el que nos movemos, esas advertencias se perciben como una muestra más del rigor del científico. ¿Cómo no entusiasmarse en efecto ante las continuas maravillas que supone erradicar enfermedades o controlarlas como en el caso del SIDA y quién sabe si del ébola? ¿Y qué pueden significar esas invitaciones a la prudencia sino la sensatez y, al mismo tiempo, la ambición de quien explora el cuerpo sin dejarse arrebatado ni detenido por la satisfacción que le proporciona el aumento incesante de sus conocimientos?

La facilidad con que esta perspectiva se incorpora a nuestra forma de pensar se apoya en su perfecto alineamiento con los principios básicos de nuestra ideología. La historia de la medicina se transforma en un campo en el que podemos observar el progreso continuo, la batalla contra la ignorancia. Se convierte en la punta del iceberg, en la manifestación más clara de algo aprendido en la infancia: el avance de la humanidad gracias a la técnica y al saber, una senda que discurre por la edad de los metales, el descubrimiento de la agricultura, el Renacimiento, la Ilustración, la Revolución industrial. Para el profano, los logros –indudables sin duda– se transforman así en algo más próximo a la fe, en una verdad indiscutible, evidente y, por ello, invisible.

Obviamente, el triunfo de este planteamiento se explica también por su acomodación a los intereses de los diferentes grupos sociales. Para los profesionales

esa imagen les proporciona autoridad, reconocimiento y una legítima satisfacción. Para el ciudadano le ofrece, como vimos, una perspectiva consoladora ante sus limitaciones. Prefiere por esta razón eludir la idea de que el trabajo sanitario se encuentra con frecuencia en una zona borrosa, llena de incertidumbre, dominada por factores complejos de los que sólo en parte conocemos su funcionamiento. Cada generación acepta complacida esa lucha incesante, neutral, de la ciencia y puede así mirar con pavor hacia el pasado y saludar con alegría el momento que a él le ha tocado en suerte vivir. Podemos captar con facilidad la resonancia de este esquema en un mundo como el actual en el que el narcisismo y el optimismo funcionan como resortes básicos del consumo.

Para las compañías y los grandes intereses económicos este esquema de pensamiento ofrece beneficios aún más evidentes. La confianza depositada en el desarrollo de las nuevas investigaciones constituye un acicate para la inversión y la obtención de beneficios. E incluso las voces que recomiendan prudencia suponen una invitación a seguir avanzando por la misma senda, un recordatorio de los logros por venir y un aviso de que se trata de una simple dilación, que podría evitarse otorgando más recursos.

La fuerza con que esta visión de la biomedicina se instala, no debe, por tanto, sorprendernos. Se apoya en unos hechos ciertos, navega a favor del viento y resulta incluso consoladora para el ciudadano. Pero tiene el defecto de que sólo nos muestra una parte de la realidad. Lo que oculta es más importante que lo que exhibe. Deja a un lado los intereses económicos y las barreras sociales que se despliegan en el interior del sistema sanitario al igual que en cualquier otra actividad. Por su vigor, por la luz que despiden, los logros de la biomedicina distorsionan con frecuencia nuestra forma de apreciar la sanidad, mantienen oculto el funcionamiento real del sistema y limitan la posibilidad de mejorarlo.

LA CLASE SOCIAL: UNA DIMENSIÓN OCULTA

La salud y la enfermedad debemos situarlas sin duda en un contexto mucho más amplio que el ofrecido por los conocimientos y por los logros de la biomedicina.

Algunas voces señalan la escasa consistencia de estos planteamientos en los avances tecnológicos y la necesidad de repensar los sistemas sanitarios en torno a otros ejes. Los datos históricos ofrecen, por ejemplo, otra perspectiva muy diferente. Los brillantes resultados logrados en la investigación de las enfermedades no han sido

ni son el factor que más destaca a la hora de garantizar la salud. Como muestran los trabajos de Thomas McKeown, fueron sobre todo las medidas sociales adoptadas en el XIX las que contribuyeron decisivamente a erradicar enfermedades y las que permitieron una disminución considerable de la mortalidad de los trabajadores (McKeown, 1990; Colomer, 2000).

Aunque esas actuaciones decisivas no tienen cabida en el imaginario construido en torno a la salud y a la enfermedad, algunos acontecimientos históricos lanzaron, en la segunda mitad del XX, otros enfoques distintos a los establecidos por la biomedicina y mostraron de nuevo la relación que existe entre un sistema sanitario y la política o la economía. En pleno auge de la biomedicina, procesos como la descolonización de África y la situación de los países menos desarrollados impiden, en efecto, mantener esa confianza ciega en el progreso y en los logros de la sanidad. A esas experiencias se suman además las crisis sucesivas de la economía en los países desarrollados, momentos en los que se plantea siempre la necesidad de frenar los gastos y de reorganizar la estructura del sistema sanitario.

Surgen así, a partir de los años setenta, consideraciones como las recogidas en el Informe Lalonde o reflexiones como las de Alma-Ata o la carta de Ottawa. En estas últimas declaraciones se pone de manifiesto la situación de los excluidos de los avances sanitarios. Se hace hincapié en que la salud es un derecho para todos, en la responsabilidad política de los gobiernos y en la necesidad de garantizar una cobertura sanitaria aunando medidas sociales, políticas y económicas. A la luz de estos documentos no se trata ya de pensar que nos encontramos ante un simple retraso aceptable en la incorporación de las nuevas tecnologías desde los países más desarrollados a los que tienen una peor economía. A partir de los setenta, se incide ante todo en la necesidad de introducir otros modelos para países en los que resulta imposible establecer un sistema sanitario basado en la biomedicina.

A su vez, la conveniencia de reducir los costes en los países desarrollados empuja en la misma dirección y estimula la reforma de los servicios sanitarios. Se pone de manifiesto el escaso beneficio que determinados gastos suponen para la población, y se advierte sobre las falsas expectativas y los intereses económicos ligados en ocasiones a las prestaciones de la sanidad. Se recupera la importancia del contexto social y se empieza a hablar de la prevención y de la promoción de la salud.

La reorganización en España durante los años ochenta del sistema sanitario se produce precisamente en esta situación, al compás de las conferencias de Alma-Ata y de Ottawa, y procura incorporar esos planteamientos. En España, en las difíciles

circunstancias que suponían los primeros años de la democracia, se elaboran la Ley General de Sanidad y la adaptación a la competencia de las autonomías, proceso en el que Andalucía desempeña un papel importante. Las ideas y las propuestas de Alma-Ata ocupan así un lugar preferente en la construcción de un esquema en el que se procuran coordinar los logros de la biomedicina, la atención hospitalaria y las nuevas propuestas en torno a la Atención Primaria.

Sin embargo, la evolución del sistema sanitario no se ha desarrollado en esta dirección. Se copian las palabras de Alma-Ata, pero "vacías de contenido" (Álvarez, García & Solano, 2003b). Por este motivo, el sistema sanitario vive en realidad en una permanente contradicción. Aparece como una especie de Jano; nos muestra un cuerpo con dos cabezas, que mira en direcciones opuestas y que, lógicamente, no termina de coordinar con eficacia sus movimientos.

La biomedicina y el hospital, como el sitio en el que esta se desarrolla con eficacia, siguen siendo los puntos centrales del sistema. Por su parte, la Atención Primaria no responde a unos objetivos propiamente relacionados con la salud y la prevención de enfermedades, sino que se reduce con frecuencia a ser una puerta de acceso, un filtro para reconducir las demandas de los usuarios y para limitar el gasto.

La importancia de los factores sociales o de la promoción de la salud no se han incorporado salvo en aquellos aspectos en que refuerzan precisamente las expectativas depositadas en la biomedicina y en sus avances. La promoción de la salud se convierte así en un acicate para mantener vivas nuestras esperanzas y lograr una plena juventud. Nuevos elementos como la alimentación o los factores ambientales pasan a ser variables asumidas por buena parte de los ciudadanos. Pero su aceptación se produce porque no afectan, en absoluto, al desarrollo y jerarquización en torno a la biomedicina y porque son atendidos como aspectos secundarios o complementarios. Y lo que es más importante: esas nuevas consideraciones, relacionadas con la promoción de la salud, han generado una potente industria a su alrededor y tienen ya un puesto preferente en las farmacias y en las actividades de la paramedicina sobre todo cuando se vinculan al cuidado del cuerpo y a la estética.

La dimensión social de los planteamientos expuestos en Alma-Ata se diluye así en otros parámetros ideológicos mucho más aceptables para nuestro sistema. Nada extraño si pensamos que lo social constituye, al fin y al cabo, un contrasentido en un esquema de pensamiento en el que se rechazan las desigualdades a nivel teórico y en el que nos reconocemos ante todo como individuos diferentes y no como miembros de

un colectivo. De una forma u otra, el sistema sanitario promueve deliberadamente la descontextualización social del enfermo. Y nuestra relación con la sanidad se concibe como un acto individual, entre el profesional, como representante del saber institucional, y el paciente considerado aisladamente.

De acuerdo con estas orientaciones, la promoción de la salud o los trabajos que muestran la importancia de lo social se atienden sólo si se reconvierten fácilmente en algo que no constituya, en realidad, una competencia propia del sistema. Se reconoce, por ejemplo, la importancia de modificar nuestros hábitos y de aceptar estilos de vida saludables. Pero se admite en la medida en que se transforma en una decisión individual, en una responsabilidad directa del ciudadano, que éste debe realizar con su compromiso y esfuerzo personal.

Otros factores resultan, en cambio, más difíciles de incorporar. Por medio de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, la OMS subraya la importancia decisiva que el contexto socio-económico y político y las desigualdades evitables ejercen sobre la salud en aspectos tan decisivos como la mortalidad infantil o los años de vida. Por su parte, en España diversos trabajos han venido advirtiendo sobre estas mismas cuestiones: por ejemplo, en 2008 el *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*, editado por Escolar Pujolar; o en 2010 el documento *Avanzando hacia la equidad* elaborado por la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud.

Resulta claro que factores como la clase, los ingresos económicos, el género o la etnia tienen una repercusión en la salud y en la enfermedad. El nivel socioeconómico no sólo condiciona los grandes ejes de la salud, sino que repercute en cada una de las prácticas relacionadas con la clínica: influye en hábitos como las revisiones o las vacunas, en la efectividad del tratamiento y del pronóstico o en el uso del lenguaje y la forma en que se desarrolla el encuentro clínico.

Las afirmaciones anteriores contradicen de raíz nuestra concepción de la medicina y del sistema sanitario. Pero no llegan de hecho a afectar al núcleo de nuestro pensamiento ni desencadenan, por tanto, medidas concretas de aplicación. El reconocimiento de la influencia que tienen los datos sociales queda amortiguado por otras consideraciones al margen de la fascinación ejercida por la biomedicina.

Por una parte, la 'incomodidad' que suscitan estos comentarios sobre la repercusión de las diferencias sociales puede ser soslayada al considerarlos como algo propio del tercer mundo. El lenguaje nos muestra de nuevo las contradicciones y las ambigüedades en la que viven instalados no sólo los ciudadanos. En la web de la

Comisión sobre determinantes sociales en la salud de la OMS se indica lo siguiente: "Vemos maravillados cómo la esperanza de vida y el estado de salud mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras nos alarmamos ante el hecho de que eso no ocurra en otros lugares".

El término 'maravillados' nos recuerda de nuevo el deslumbramiento por los avances médicos y el esquema de la medicina como el lugar donde asistimos al progreso ininterrumpido de la razón. A su vez, la contraposición entre esos 'otros lugares' y los países más desarrollados económica y culturalmente invita a considerar que las diferencias sociales en el campo de la medicina corresponden sólo a los países del tercer mundo.

No es extraño por tanto que los trabajos de investigación insistan en la distancia que existe entre las declaraciones recogidas por los textos legales y el funcionamiento real del sistema. La Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España señala, en 2010, que la inclusión de la equidad como principio no significa que haya propuestas concretas de intervención. En el *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*, Álvarez Girón, García Gil y Solano Parés comentan que no podemos confundir la discusión sobre lo social con su incorporación real a la comprensión de la salud (2008, p. 55). Y de hecho resulta habitual la aparición de objetivos relacionados con lo social sin rigurosas propuestas de control como ocurre, por ejemplo, en el *II Plan integral para la inmigración en Andalucía (2006-2009)*.

Buscar y analizar los datos sociales y su repercusión en la salud se convierte al parecer en una empresa casi imposible. Su desaparición resulta inexplicable y provoca el lógico asombro de quien sabe que hay un elefante en el pajar y, sin embargo, no logra dar con él. Por todos lados se advierte una niebla espesa que impide continuar cualquier exploración. El informe *Avanzando en equidad* afirma que la mayoría de los sistemas de información no permiten analizar los datos por clase social. De casi todas las investigaciones nos llega siempre el mismo clamor: no hay datos, no se recogen el nivel de estudios, la ocupación laboral, los registros se realizan con criterios diferentes. Y si se consigue avanzar por esta vía, al final, nos podemos encontrar con que el sistema se escuda en la necesidad de preservar el derecho a la intimidad (Álvarez-Dardet, 1995).

Lo social queda excluido del conocimiento científico como si se hubiera desvanecido por efecto de magia. Podemos estar a punto de explorar los genes de cada individuo, pero en este punto tropezamos con dificultades aún mayores. Algunos

especialistas señalan con sorpresa el muro de silencio construido a su alrededor. Los datos socioeconómicos no se ven, no entran en los marcos explicativos por considerarlos inevitables; “es como si estuvieran –se nos advierte– en un idioma que nadie entendiera” (Escolar, 2008, p. 11; Álvarez et al., 2008a, p. 46). La extraña ceguera que acompaña a la dimensión social y la incapacidad para valorarla resulta aún más sorprendente si tenemos en cuenta el desarrollo de la medicina moderna y el nacimiento de los hospitales como instituciones creadas en su momento para profesionalizar la atención médica, dedicadas precisamente a recoger con detalle las observaciones clínicas de los pacientes.

Sabemos que la probabilidad de enfermar, la esperanza y la calidad de vida giran en torno a los indicadores sociales y económicos. Vivimos en una sociedad en la que una persona puede pasar meses con un dolor de muelas insoportable por no tener dinero para acudir al odontólogo. Constatamos que las personas con mayor educación y mayores recursos vigilan con esmero su salud y reaccionan con presteza ante los primeros signos de una enfermedad. Pero las huellas desaparecen misteriosamente dentro del reino de la biomedicina. El *IV Plan andaluz de salud*, editado en 2013, aunque observa un mayor acceso a la salud bucodental o a las pruebas de cribado de cáncer en personas con mayor educación y recursos, puede afirmar que “no se han encontrado patrones de desigualdad en el uso de servicios de hospitalización, urgencias, consumo de medicamentos” (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales, p. 21). Al parecer, el sistema vive en una cúpula fuera de las normas que dictan los comportamientos sociales, a salvo de lo que ocurre fuera de los recintos sanitarios.

El desconcierto en torno a lo social se intenta reconducir de diferentes maneras. De entrada, la falta de voluntad para abordar estas cuestiones se hace pasar por desconocimiento. Desafortunadamente, -se nos indica- las ciencias sociales no han alcanzado aún el rigor de la biomedicina. La denuncia rigurosa que Bourdieu ha realizado, por ejemplo, sobre los intereses de los profesionales y sobre la repercusión de las diferencias sociales en el campo de la educación no es posible realizarla, al parecer, en el campo de otro servicio público como la sanidad. Preferimos pensar que nos encontramos ante un lamentable error, un retraso inexplicable, pero superable. “Se conoce mucho menos -avisa el *IV Plan andaluz de la salud*- sobre la efectividad de las políticas e intervenciones que pueden ponerse en marcha para reducir las desigualdades en salud” (p. 72). Se trataría, pues, de dificultades que podemos achacar más a la lógica del conocimiento que a la decisión deliberada de esquivar lo

social. Para remediarlo, se encargan nuevos informes técnicos de carácter general y recomendaciones que probablemente no se llevarán a la práctica.

Las dimensiones sociales permanecen así relegadas en una zona imprecisa. Se reconocen a nivel general, teórico, pero no se articulan en la práctica. Se relacionan con medidas complejas, con decisiones políticas entre diversos ministerios, que poco o nada tienen que ver con el trabajo riguroso de la biomedicina. Es una cuestión que deben solucionar los individuos cambiando sus estilos de vida. O repercute en sectores muy determinados y no debe preocupar por tanto al conjunto de la sociedad. Las desigualdades sociales que inciden directamente en la salud quedan en todo caso extramuros y no afectan al corazón del sistema sanitario. Dejamos así a un lado las causas mientras nos esforzamos por corregir sólo los efectos; arreglamos sin cesar y con esmero los pinchazos en las ruedas sin pensar siquiera en arreglar la carretera.

¿Cómo es posible que en el reino de la ciencia surja esta oscuridad en cuanto abordamos lo social? Para entenderlo, debemos recordar de nuevo las coordenadas ideológicas en las que se mueve nuestra imagen sobre la biomedicina. Siguiendo una norma interna consagrada ya por el juramento hipocrático, la medicina representa el progreso continuo de la humanidad, el triunfo de la razón neutra que derrama sus logros desde la limpidez del laboratorio sin mirar la clase o la raza de los beneficiados.

En este panorama la desigualdad representa justo lo contrario; nos muestra un lado de la escena invisible, que ni siquiera podemos mirar. Sólo se puede reconocer la desigualdad social como algo sólo de grupos extremos; y nunca como un principio uniforme, ligado al sistema político y económico. Constituye un tabú especialmente para el propio sistema: ante estos datos y estas situaciones siente un vértigo irremediable y procura limitar con sumo cuidado cualquier paso dado en esta dirección. Y es que, como advierte Tony Judt, la desigualdad es corrosiva, "corrompe a las sociedades desde dentro"; es un virus letal, creado por el propio organismo, que despierta todos los temores y que ni siquiera debemos mencionar.

¿EFICIENCIA ECONÓMICA O DESNATURALIZACIÓN DEL SISTEMA?

No son sólo la desigualdad o el análisis de los factores sociales los que quedan siempre postergados cuando pretendemos analizar el funcionamiento de la sanidad. Al igual que ocurre en el campo de lo social, a la economía también se adjudica un papel secundario. Se reconoce su importancia, pero es valorada ante todo como un

instrumento, como el combustible que permite mantener viva la llama de lo fundamental: el progreso científico y la aplicación de las nuevas tecnologías.

La situación es justo la contraria. Son los criterios relacionados con la economía los que hoy día determinan el funcionamiento global de la sanidad. Su importancia permanece deliberadamente en la sombra mientras sus objetivos se someten, al igual que cuando hablábamos de los datos sociales, a un continuo proceso de reformulación.

Es cierto que en momentos de crisis sí puede aprovecharse para sacar a la luz las cuestiones económicas y defender una revisión de los costes de la sanidad sin provocar excesivo revuelo. Para generar el conformismo de la población, se hace ver que lo que ocurre en sanidad es lo mismo que pasa en otros sectores y que debemos aceptar, por tanto, estos planteamientos como algo natural e ineludible. Pero los factores económicos se mencionan como una concesión inevitable en épocas de crisis, como un mero obstáculo que nos aparta sólo momentáneamente de nuestro camino.

Hablamos así de 'recortes' como si se tratara de una simple poda que se realiza de las excrecencias del sistema. E incluso se argumenta que la poda permitirá crecer con mayor vigor al organismo, pues gracias a eliminar determinados gastos se podrán aplicar en otros ámbitos con mayor eficiencia. De este modo, la disminución de gastos se presentaría como una contribución más en el proceso de racionalización que caracteriza la lucha por mejorar la salud. Frente a este proceso se destacaría el carácter irracional de los sentimientos que se oponen al mismo: el capricho de los usuarios o su pretensión de ver la salud como un derecho absoluto, el frívolo cálculo de los políticos que temen perder el favor del electorado o la avidez de los intereses de los profesionales que defienden un mayor gasto. Ante esta constelación de motivos, la necesidad de eliminar gastos se presenta como una decisión tan racional y lógica como imposible de evitar. Y una vez más serían la voracidad de los usuarios y los pequeños intereses de los ciudadanos los responsables de la crisis como si no fuera el propio sistema el que alimenta el gasto de forma incontrolada para estimular el mercado y como si no fueran los gobiernos los que tienen la responsabilidad de supervisar su funcionamiento.

El debate así planteado resulta viciado desde el primer momento. No se trata, en efecto, de cuestionar la conveniencia de evitar duplicidades, de controlar las inversiones injustificadas o de limitar la sistemática falsificación de los presupuestos asignados generando un continuo déficit. No cabe considerar la sanidad como un templo sagrado en el que existen intereses indiscutibles y en el que cualquier

razonamiento económico debe ser excluido. Pero la discusión debe incluir muchos más apartados que se colocan fuera del foco. Es preciso analizar quién fija el presupuesto, los recursos económicos que se ponen a disposición de la sanidad y si el ciudadano los considera o no adecuados en relación con otros gastos. Es preciso analizar a su vez los criterios con arreglo a los cuales se decide lo que se debe suprimir o reformar. Y en la discusión no puede dejarse a un lado una pregunta fundamental: ¿cómo se ha desarrollado un sistema tan ineficiente y quiénes han sido los responsables de alentarlos? Sin embargo, el debate se centra una vez más no en las causas sino sólo en los efectos.

A esto se añade el hecho de que las medidas que afectan tanto a colectivos profesionales como a los ciudadanos se toman de espaldas a la opinión pública. No es posible por tanto acceder a la información ni controlar las decisiones adoptadas por los expertos. El debate se realiza entre técnicos, gestores y sus subordinados, los profesionales de la salud, en un espacio siempre colocado fuera de la vista del ciudadano.

Frente a la deliberada oscuridad y a los señuelos propuestos conviene tener en cambio unas ideas claras. Para empezar, los recortes, tan pronto negados como ineludibles al parecer, no son algo esporádico, fruto de la situación económica. El camino que ahora recorreremos de forma acelerada no es el resultado de la crisis actual. No se trata de algo accidental, sino que responde a esa lógica económica que se procura mantener en la sombra.

Una mirada sobre algunas decisiones adoptadas recientemente aporta en este sentido datos significativos. En nuestro país, nada más implantarse la Ley General de Sanidad, los costes aplicados a la sanidad se consideran ya imposibles de asumir. En 1990 se aprueba en el Parlamento una Comisión para buscar soluciones ante "el imparable aumento de los gastos sanitarios". El resultado de los trabajos constituye lo que se conoce como el Informe Abril, por el apellido del presidente de la Comisión. En el Informe Abril se indica claramente la necesidad de "adaptarse a las nuevas tendencias organizativas y de gestión empresarial". Se recomienda potenciar las tareas vinculadas con los gestores del sistema y se invita al usuario a adoptar la perspectiva del cliente. Se plantea asimismo sustituir la gratuidad como regla general por la participación en el pago de servicios o despertar al menos la conciencia del gasto que se realiza indicándole el importe de los servicios realizados mediante una facturación.

Se promueve así una completa reestructuración de las piezas que integran el sistema de salud. El primer elemento que se destaca es el funcionamiento incorrecto de la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema hospitalario, el excesivo consumo de medios diagnósticos y terapéuticos, así como la sobrecarga de los hospitales por las consultas externas y las urgencias. A su vez, el médico aparece también redefinido como "principal agente económico del sistema" y se promueve su implicación en la gestión y el control del gasto mediante incentivos salariales.

Quienes defendieron la conveniencia de promover estas reformas subrayaron la desorganización del sistema e incidieron en que el diseño de una estructura retributiva era un elemento clave. Recordaron cómo sin estos incentivos el médico puede limitarse a tener una actitud complaciente con el paciente y a promover el consumo de fármacos y las derivaciones a especialistas. Pero no parecieron en cambio captar las repercusiones negativas que implicaba asociar directamente los incentivos salariales al control del gasto ni que la reforma avanzaba en el mismo sentido que la promovida por la siempre denostada, por otra parte, Margaret Thatcher (Martín, 1990).

Las consecuencias del Informe Abril no parecen, sin embargo, tan complicadas de valorar. De hecho, otras voces sí advirtieron en cambio sobre su significado y sobre la importancia, por ejemplo, de la recomendación número 28, pues distorsionaba el papel del clínico y podía generar desconfianza (Latour, 1993).

Frente a la vaguedad y el escaso interés por aplicar las recomendaciones ligadas a eliminar las diferencias sociales, el Informe Abril sí ha venido guiando en la práctica la reforma de la sanidad. Paulatinamente, muchos de los profesionales se han ido convirtiendo en meros ejecutores de una política decidida en otras instancias. Las medidas para limitar el número de funcionarios, los incentivos económicos ligados a la reducción de gastos, el sometimiento a procesos de control mediante acreditaciones, son instrumentos que han ido debilitando a veces su posición y aumentando su dependencia de los gestores (Irigoyen, 2011). Se podría decir que se ha implantado una norma de funcionamiento a golpe de talonario sin establecer los necesarios puentes entre gestores, médicos y usuarios, y que se ha permitido un incremento progresivo de las diferencias sobre las fuentes de legitimidad que deben presidir las decisiones clínicas (López, 2002).

Las decisiones adoptadas a partir del Informe Abril no debemos considerarlas por sí mismas de forma negativa. Pero su aplicación parece ir orientada en un solo sentido. En este proceso ha tenido, por ejemplo, un lugar preferente la conversión de

los Equipos de Atención Básica en Unidades de gestión Clínica, pues en nombre de dar más autonomía –la relexicalización es siempre importante– se ha creado el mecanismo para que los profesionales se sumen a los recortes de gasto e incluso compitan entre ellos. No es extraño, por tanto, que muchos profesionales perciban hoy día de forma clara que lo único que importa y que se aplica son los mecanismos para eliminar costes (Álvarez et al., 2003a).

A su vez, el otro elemento fundamental, el paciente, se encuentra en una posición aún más débil. Por un lado, permanece al margen de estas cuestiones y sigue escuchando únicamente los cantos que celebran los avances de la biomedicina. Incapaz de organizarse como colectivo, no apoya las reformas económicas que controlan el despilfarro ni defiende la autonomía de los profesionales en aquellas cuestiones que como usuario pueden beneficiarle. Por otro lado, sigue viendo su relación con la sanidad como un acto privado con el médico. Oye hablar de recortes y problemas, observa con creciente recelo el campo de minas que se tiende a su alrededor, pero mantiene la esperanza de que no le afecten personalmente y procura negociar una salida particular.

Lógicamente, la introducción de estas reformas se ha realizado gradualmente y aprovechando el desconcierto causado por la crisis. En el proceso las estrategias de comunicación han jugado un papel básico. La administración es consciente de que la sanidad ocupa un lugar especial dentro de los servicios que presta el Estado. A diferencia de lo que ocurre con otros servicios, como la administración de la justicia, el ciudadano piensa que inevitablemente deberá recurrir al sistema sanitario. Tiene por tanto un interés personal en que se mantenga y funcione de forma eficaz, y observa con recelo cualquier maniobra que lo aleje de las excelencias de la biomedicina.

Consciente del problema, el Informe Abril ya advertía de la conveniencia de adoptar estas medidas “sin un rechinamiento excesivo”. No sorprende, por tanto, que el marketing se haya incorporado como una herramienta clave en las relaciones del sistema sanitario con los usuarios. Por este motivo, como indican, Álvarez Girón y Cruz Rojo, desde hace ya muchos años se viene “tratando de convencer de que con el mantenimiento de las palabras claves del discurso anterior (equidad, participación, atención primaria, salud, promoción, atención integral...) se garantiza la continuidad de la filosofía” (Álvarez et al., 2003b, p. 183). La imagen seductora de la biomedicina desempeña de nuevo un papel decisivo en el desarrollo de esta estrategia. No sin razón, María Teresa Gijón titula su tesis *El espejismo de lo sociocultural en salud* para

resaltar precisamente la nebulosa y la ambigüedad con que se observan los procesos sociales, educativos y económicos en la estructura sanitaria. Por su parte, los políticos prefieren inhibirse y aparentar que nos hallamos ante un debate propio de expertos. Ante el templo de la biomedicina, se limitan a tranquilizar a la población o a mostrarse como celosos guardianes de las bondades del sistema sin entrar en análisis rigurosos que dejan en manos de los expertos.

Mientras a nivel retórico se predica la tranquilidad y se invita a pensar que nada ha cambiado, la sanidad se está convirtiendo en un campo de batalla entre intereses opuestos. Por un lado, las compañías continúan desarrollando sus campañas publicitarias para promover el gasto e intentan captar de una forma u otra a los profesionales y a los posibles clientes. Por otro lado, los gestores sanitarios centran sus esfuerzos en recortar el gasto y en la eficiencia. El problema radica en que no sabemos con claridad cómo se determina la relación coste-beneficio en la sanidad, cómo medir la eficiencia de la tecnología, qué coste tendrá la actual política de recortes en el futuro, cómo valorar los aspectos sociales o de organización, ni hasta qué punto priman los intereses económicos sobre los propiamente sanitarios (Espallargues, 2011; Nebot, 2011; Sacristán, 2002).

Lo que sí resulta comprobable es que en este apartado se establece de nuevo una interesada asimetría entre los objetivos vinculados con la salud y los relacionados con la financiación, y entre los medios que podemos tener para valorar el seguimiento de cada uno de ellos. Frente a las dificultades para calcular los años de vida ganados y la calidad de los mismos, sí surgen, en cambio, con claridad los incentivos y los recortes que es preciso aplicar en las derivaciones o en el gasto farmacéutico.

En esta situación lo preocupante es el paulatino y silencioso desplazamiento del eje sanitario en favor del financiero. Sin pretender que la sanidad quede fuera del ámbito de la economía, lo que no puede admitirse es la presencia de unos objetivos que permanecen a oscuras fuera de los ámbitos profesionales de la sanidad, y que determinan el funcionamiento del sistema.

Probablemente, los actuales criterios que gobiernan la gestión de la sanidad seguirán funcionando mientras no haya conciencia de que el sistema sanitario no es una suma de actos individuales y se mantenga un relativo pacto de silencio en los grandes medios y en la política. Pero el camino actual desvirtúa el funcionamiento del sistema. Si no se produce un cambio de rumbo, puede conducir a la creación de una red privada paralela y a la reconversión de la Atención Primaria en un servicio elemental y de sus profesionales en una especie de 'médicos de oficio', con una

capacidad de actuación muy limitada y válidos sólo para situaciones extremas. La repercusiones sociales –esas sobre las que se proyecta una extraña neblina– y las consecuencias que supondrá para la población con menores recursos económicos son fáciles de imaginar.

INMIGRACIÓN Y COMUNICACIÓN

La relación que se establece entre la inmigración y el sistema sanitario no escapa a las anteriores consideraciones. Antes bien, las pone de manifiesto con una inusitada claridad.

Hablamos de un sector de población en el que encontramos con frecuencia los principales rasgos que determinan la exclusión social. Los informes oficiales reconocen los ingresos reducidos, las precarias condiciones en que desarrollan su situación laboral o el hacinamiento en algunas de las viviendas. Lógicamente, la imposibilidad de asumir la dimensión social dentro de nuestro marco ideológico, la ausencia de registros validables y el enfoque economicista de la salud tienen una especial repercusión en este sector. Pero mientras se oculta que el sistema ha sido diseñado en parte para esconder la desigualdad, se establecen una serie de argumentaciones para demostrar la coherencia y la neutralidad del mismo.

En primer lugar, se tiende a reconocer estos factores como algo que nos supera, inevitable: las diferencias sociales y educativas nos colocarían ante circunstancias que están situadas más allá del sistema sanitario y de su alcance, fuera del hospital o de los centros de Atención Primaria. Dentro de la ciudadela todo funciona correctamente. Y son ante todo otros servicios y organismos los que deben, de forma coordinada, resolver la situación.

Otra estrategia eficaz consiste en segmentar los problemas de la población inmigrante centrándose y dándoles la máxima importancia sólo a los que se consideran asumibles. En este sentido podríamos valorar la importancia concedida ciertamente a un objetivo prioritario: el acceso al sistema sanitario. Sin duda, es preciso reconocer el acierto de las Comunidades, como la andaluza, que lo garantizan. Pero el énfasis puesto en la accesibilidad esconde también una dimensión ideológica. Nos encontraríamos de nuevo con la imagen del sistema como un lugar neutral, en el que se aplican unos procesos técnicos, en el que la atención correcta estaría garantizada y en el que el único problema que puede existir es el de acceder o quedar excluido. Se trataría sólo de una cuestión temporal y, por tanto, accesoria.

Simplemente, es preciso esperar a que ese avance continuo de la medicina en otros campos se advierta también en este terreno. De ahí que los únicos estudios sobre desigualdad, como indica Álvarez Girón, hagan referencia al uso de los servicios sanitarios y reflejen ante todo el paradigma biomédico (2008b, p. 173).

A lo anterior se suma una nueva estrategia. Consiste en considerar que el problema radica sólo en la actuación de unas determinadas minorías. Se trata, utilizando las palabras de García Castaño, de presentar la desigualdad como diferencia. Antes apuntábamos cómo la crisis económica se aprovecha para promover el conformismo. De acuerdo con este planteamiento, la reducción de prestaciones en la sanidad no se diferencia de lo que ocurre en otros sectores; debemos aceptarla como ineludible. En el caso de los inmigrantes y de los grupos de riesgo nos encontraríamos así ante una argumentación que discurre en sentido contrario, pero que produce los mismos efectos y alienta también la pasividad del ciudadano. Segregar a los otros como grupos de riesgo genera la idea de que sus problemas son diferentes y no tienen nada que ver con los sectores mayoritarios. El ciudadano puede pensar que se halla entonces ante problemas que no le afectan y siente la tentación de mirar hacia otro lado cuando esos grupos reciben un trato desigual al estimar que las injusticias observadas no se van a reproducir en su caso. Y no podemos olvidar en este punto la facilidad con que esta segregación del problema permite atribuir una cierta culpabilidad a esos grupos por su comportamiento (Rose, 1994).

La desestimación de lo social y la consideración de la desigualdad o de los problemas que afectan a los inmigrantes como algo alejado del núcleo de la población, explicarían también el tratamiento diferente que reciben los objetivos para combatir la desigualdad. M^a Teresa Gijón señala cómo al abordar lo social lo que nos encontramos son ante todo planteamientos eclécticos y teóricos, que simulan incorporar estas cuestiones, pero sin rigor y sin profundizar en las medidas necesarias (2014, p. 145).

Se trata de una estrategia generalizada que acompaña a la mayor parte de los documentos e informes elaborados (Díez, 2004; Borrell, 2005; Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010). En este sentido las propuestas recogidas en el *II Plan integral para la emigración en Andalucía* pueden servirnos de ejemplo. Frente a los objetivos cuantificables, perfectamente definidos y seguidos con escrupuloso celo por parte de la gerencia cuando se trata de limitar el gasto, nos encontraríamos aquí con unos índices simbólicos y escasamente operativos. Mejorar la calidad asistencial, fomentar medidas que permitan intercambiar las experiencias y buenas prácticas en Atención Primaria y en el hospital, aparecen como objetivos

laudables. Pero lo significativo es que se incluyen sin especificar qué repercusión concreta van a tener en el salario de los profesionales, cómo se van a evaluar y si se efectuará un control adecuado de las mismas.

La consideración de lo social como algo tangencial y la firme defensa de los criterios financieros explican también que sean con frecuencia las ONG las encargadas de colaborar con el sistema en estos aspectos. De esta forma se vendría a aplicar una de las indicaciones recogidas ya por el Informe Abril: "Hacer con medios propios solo aquello que no se puede hacer con medios ajenos." Las ONG actuarían así como una subcontratación y exonerarían al sistema sanitario de dar una respuesta a los problemas que se producen dentro de sus propios recintos. La contratación externa, tal y como se recomienda en el *II Plan integral para la emigración en Andalucía*, vendría a reforzar el sueño de presentar el sistema sanitario como algo que puede funcionar aisladamente, entregado exclusivamente a las labores relacionadas con la biomedicina.

A la dimensión social y a las condiciones económicas de la población inmigrante se suma un hecho fundamental: tanto los profesionales de la sanidad como los pacientes pueden no tener una lengua común para comunicarse. No se trata de un elemento aislado, sino de un factor que es necesario valorar en función de los anteriores. La relación que existe entre la comunicación correcta con un paciente y la jerarquía social es algo recogido en textos tan conocidos como *Las Leyes* de Platón. Allí ya se advierte sobre la diferencia entre los 'médicos' que se ocupan de los esclavos, que corren apresuradamente de un paciente a otro y dan sus instrucciones sin hablar con ellos, por un lado, y el médico que atiende a los ciudadanos, que dialoga, los escucha y procura persuadirlos para que sigan el tratamiento adecuado.

El peso que el desconocimiento de la lengua supone en la relación clínica está perfectamente documentado en algunas zonas. Los datos que recogen por ejemplo algunas tesis sobre la zona de Poniente, en Almería, resultan clarificadores. Lahib Dabaj en su trabajo *Salud e inmigración: El caso de los marroquíes en el poniente almeriense (El Ejido)*, presentado en 2008, incluye en sus entrevistas numerosos datos socioeconómicos relacionados con la escasez de ingresos, la vivienda, la falta de agua corriente o de luz, entre otros. En su estudio indica asimismo que la comunicación constituye la barrera principal para el 51'2 % de la muestra. Los problemas que la comunicación ocasiona afectan a todo el proceso. Originan malentendidos, causan equivocaciones e inciden directamente en el proceso de curación, pues interrumpen el seguimiento y provocan que los pacientes no vuelvan a

los centros sanitarios. Sin olvidar por supuesto que la ausencia de una comunicación eficaz genera continuos prejuicios entre profesionales y pacientes.

Algunas de las observaciones recogidas por Parrilla Ruiz, en 2006, sobre *El perfil del paciente emigrante atendido en la unidad de urgencias del hospital de Poniente* son igualmente significativas. Tras apuntar que el 94 % de los inmigrantes atendidos proceden de Marruecos, señala que el 56 % precisa un intérprete y que el 37'3 % puede ser considerado analfabeto funcional. En estudios como el de Parrilla se indica que el 11 % acudió a urgencias sin acompañante y que la historia clínica sólo se pudo realizar con palabras aisladas y en ocasiones sólo con gestos. A estos datos hay que añadir que la utilización de niños como intérpretes, algo repetidamente desaconsejado, se convierte en una práctica aceptada ante la ausencia de otros recursos.

Con estas premisas, podemos imaginar las dimensiones preocupantes que ofrece esta situación cuando nos acercamos a zonas con un 30 % de usuarios emigrantes, que no tienen el español como lengua materna. Sin embargo, el problema de que no exista una adecuada comunicación no se considera prioritario.

¿Cómo puede afrontar el sistema estos datos, cabe preguntarse, sin darles la necesaria relevancia que tienen? Para entender la ausencia de respuestas, hay que recordar de nuevo la permanente contradicción en la que se mueve el sistema sanitario.

Las precarias condiciones en que parte de la población emigrante acude a los centros de salud y la aceptación de esa situación sólo se explican por el nulo interés que suscita la comunicación entre el médico y el paciente. Dentro de los esquemas de la biomedicina, la comunicación se considera, en efecto, un elemento absolutamente marginal en el proceso. Con frecuencia se indica que el médico se encuentra cómodo sólo en el terreno de la clínica y se advierte sobre la escasa formación con la que cuenta para afrontar situaciones comunicativas tan complejas como transmitir un diagnóstico o persuadir al paciente para que siga un tratamiento. Pero nos hallamos de nuevo ante una realidad incómoda que, paradójicamente, nadie pretende remediar.

De hecho, el paciente que no domina el español se encuentra en una situación parecida a la del enfermo que sí conoce el idioma. Una vez ingresa en el hospital o en el ámbito de las consultas especializadas, el paciente asume y acepta un papel pasivo. Su papel es el de simple espectador de la ciencia y su labor consiste en obedecer exactamente las indicaciones que recibe. En no pocas ocasiones puede salir sin

conocer exactamente el resultado de la exploración; su objetivo se limita a cumplir con la prescripción, tarea en la que el enfermero o el farmacéutico le sirven de auxilio. Lo que explicaría el hecho recogido por algunos estudios de que las quejas de los pacientes por considerar insuficiente la comunicación con los profesionales de la sanidad no cambian por el hecho de conocer la misma lengua (Yeo, 2004; Cofreces, 2014).

La situación de los inmigrantes sería, pues, un caso extremo, pero no afectaría al corazón del reconocimiento médico. La biomedicina se basa en la jerarquía que impone el conocimiento; el diálogo no encaja salvo para conseguir que el usuario siga el dictamen del experto. Lo importante es la experiencia, el saber del profesional, los resultados de las pruebas.

La comunicación se trivializa y en este contexto queda siempre reducida a un conjunto de problemas parciales subsanables. De acuerdo con esta orientación, se desarrollan elementos técnicos como programas para traducir o se recomienda la presencia de intérpretes. Pero la organización del trabajo y la necesidad de respetar ante todo los límites marcados por la economía impondrán que no se contraten intérpretes –tan solo uno para la zona del Poniente– o que no se utilicen en la práctica los recursos tecnológicos por el coste temporal que suponen. En contraste con su escaso uso, la aparición de un nuevo sistema que permite traducir las preguntas habituales del médico obtiene en seguida el reconocimiento en los medios, pues las aportaciones de la tecnología sí encajan perfectamente con los esquemas ideológicos dominantes. Contribuyen ante todo a proporcionar un aura de modernidad al sistema y, sin desconocer que pueden constituir una ayuda, corroboran que la tecnología puede superar una vez más las dificultades.

No sólo la estimación de la falta de comunicación como un problema técnico contribuye a presentar estas cuestiones como secundarias. La comunicación puede ser minusvalorada de otras formas. Se convierte, por ejemplo, en un saber particular, en un arte. Queda fuera del rango científico, como algo indemostrable, imposible de medir o de cuantificar. Hay por tanto personas que se esfuerzan en mantener una comunicación con el paciente y otras que no; se trataría sólo de una cuestión de buena voluntad ante los que usuarios deben resignarse y ante la que el sistema sanitario poco o nada puede decir.

En los trabajos que se ocupan de estos temas se advierte también con frecuencia esa telaraña que impide avanzar y que proyecta una sombra sobre cualquier afirmación realizada en el terreno social. En las revisiones bibliográficas se

nos indica con frecuencia que los estudios son casi siempre poco concluyentes, no aportan relaciones claras u ofrecen un soporte limitado para establecer hipótesis.

En este sentido, el término utilizado para denominar la imposibilidad de establecer una comunicación, "barreras lingüísticas o idiomáticas", puede ofrecer también un sesgo ideológico. Muestra una pantalla que dificulta reconocer la desigualdad. Plantea el desconocimiento del idioma como un obstáculo que pone al paciente, que retrasa el curso natural de la biomedicina y que obliga al profesional a realizar un esfuerzo superior. Superar esas barreras por medios técnicos o humanos se presenta como el principal impedimento, que dificulta la adecuada relación clínica. Frente a esta postura conviene recordar que esas barreras no constituyen sólo un problema de comunicación; son ante todo la puerta de entrada preferente para que se produzca una falta de equidad. Y quizás, por esa razón, permanecen como un muro imposible de escalar, como un desafío para el que no podemos ni siquiera concebir una respuesta adecuada.

Lógicamente, dentro de este esquema la comunicación se entiende siempre de forma unidireccional. En realidad, una vez establecido el punto de vista de la biomedicina, los problemas de comunicación quedarían limitados a hacer llegar el mensaje del profesional al interlocutor. La comunicación se centra en conseguir que los nuevos usuarios conozcan el sistema y en lograr, por ejemplo, el uso adecuado de las urgencias, una de las recomendaciones básicas del Informe Abril.

Para transmitir la información, se organizan cursillos si bien en la actualidad apenas se imparten –la economía marca de nuevo los objetivos– o incluso se llega a cobrar una cantidad mínima, pero que no resulta tan simbólica como parece cuando hablamos de personas que no pueden comprar un billete de autobús. En esos cursos la labor se centra en que los usuarios conozcan el sistema y en que hagan un uso adecuado de las urgencias. Pero se excluye del debate el hecho de que sea el propio sistema, de acuerdo con sus preferencias económicas, el que indica los consultorios que permanecen abiertos, el establecimiento de unos horarios incompatibles con el trabajo de los emigrantes, o autoriza de hecho el uso de las urgencias como una extensión de la Atención Primaria para mantener la actual organización del servicio.

El foco de la atención se coloca asimismo en atender las enfermedades de riesgo por contagio y en las prácticas que rodean el nacimiento y los primeros años de vida. Se insistirá en que se realice el calendario de vacunas, en la necesidad de adoptar una serie de precauciones durante el parto y se vigilarán enfermedades como el SIDA o la tuberculosis, cuya erradicación mostraba los primeros logros de la

biomedicina, pues la detección precoz permite romper la cadena epidemiológica. Nada hay que oponer a estas medidas pero es preciso señalar que el cuidado que reciben, obedece también a un cálculo determinado. Responde tanto a los intereses de los pacientes como a los del sistema para reducir futuros gastos y a los de la población que puede ver en ellas una especie de cordón sanitario que separa a los 'grupos de riesgo' del resto de los ciudadanos.

A la hora de tratar los problemas relacionados con la comunicación se promueve con razón que los inmigrantes aprendan el idioma. Pero no se reconocerá con las medidas oportunas la necesidad de contar con médicos, enfermeros, trabajadores sociales bilingües, que faciliten la comunicación. Se producen así situaciones en la práctica que invitan, si somos indulgentes, cuando menos a sonreír. Podemos encontrarnos, en efecto, con informes en los que se menciona el desconocimiento del idioma por parte del paciente como un problema al efectuar un diagnóstico: la *ignorancia* de un paciente que sí habla francés, inglés, árabe y varias lenguas africanas. En este sentido sorprende también el escaso interés que se muestra por habilitar otras soluciones que mejoren la comunicación por parte de los profesionales sanitarios. Me refiero a la incorporación de personas con una adecuada formación que han emigrado o proceden de familias que emigraron, tal y como se realiza en otros países europeos.

Conviene asimismo apuntar dos tendencias contrarias que se observan al analizar el significado y el uso de la expresión 'barreras lingüísticas'. Por una parte, pueden servir en ocasiones como una medida defensiva ante los errores que una atención inadecuada puede proporcionar a determinados ciudadanos. Por otra parte, se observa paradójicamente la tendencia a minusvalorar el problema. Algunos de los profesionales más comprometidos en el trabajo con los inmigrantes tienden en ocasiones a minimizar el riesgo que implica una mala práctica comunicativa. Ante la desidia –la escasa 'buena voluntad'–, procuran resaltar que el desconocimiento del idioma no debe ser una excusa para no atender adecuadamente al paciente.

A la vista de estos datos resulta difícil imaginar en qué lugar quedan algunos de los objetivos que suelen aparecer en los informes oficiales. ¿Cómo encajar, por ejemplo, el clima de confianza que se predica, la importancia de efectuar la anamnesis por no mencionar el 'empoderamiento' del paciente, su capacidad para tomar decisiones? Sin embargo, los criterios económicos se imponen de nuevo a cualquier consideración. Y ni siquiera se respeta la reducción en el cupo de pacientes

prevista para estas situaciones y que podría permitir desarrollar algunas estrategias comunicativas con la población inmigrante.

Intentar resolver estos problemas requiere, sin duda, una perspectiva muy diferente. Para empezar, es necesario tener en cuenta que la comunicación no es sólo un trámite para facilitar la intervención técnica. Se trata por el contrario de una cuestión sumamente compleja. Comunicar es construir un sentido. No consiste en llevar información sino en estudiar cómo se procesa y se valora de acuerdo con un sistema de creencias que puede ser muy diferente al normalmente admitido.

Lo lingüístico nos muestra sólo la parte visible de un vasto desencuentro cultural. La edición o la traducción de folletos no bastan para rellenar este hueco. Tampoco basta con promover una anecdótica formación del profesional. La mayor parte de los trabajos que se realizan en el campo de la comunicación con pacientes emigrantes intentan ofrecer consejos prácticos para superar estas situaciones. Procuran advertir sobre los errores de bulto que el profesional puede cometer, pero no nos permiten abordar la compleja lectura que de las palabras y de los gestos se realiza desde otros códigos culturales y desde otras prácticas sociales, y no dejan de ser algo equivalente a los manuales que nos ofrecen aprender una lengua en unas pocas horas.

Las preguntas y las respuestas son sin duda más complejas y exigen un trabajo mucho más arduo. Requiere intervenciones específicas en algunas zonas que permitan establecer unas conclusiones válidas. No se trata tanto de informar ni de responder, sino de escuchar primero y establecer las preguntas acertadas: ¿qué mensajes llegan?, ¿por qué canales se informan?, ¿qué portavoces autorizados existen?, ¿cómo se entiende la labor profesional?, ¿qué información precisan?, ¿por qué se producen las malinterpretaciones?, ¿qué motivos de queja existen y qué prejuicios se encuentran más afianzados?, ¿qué transacciones se pueden establecer?, ¿es posible establecer algún vínculo con la llamada medicina tradicional?, ¿qué estrategias de negociación son precisas para plantear un tratamiento efectivo?

Es necesario no tanto hablar como escuchar y aprender para que aflore el discurso oculto. Es preciso recordar el escaso eco que un discurso jerarquizado puede tener en ciudadanos que no comparten las mismas referencias culturales ni asumen los códigos implícitos en una consulta médica.

La tranquilidad con que el sistema observa la situación actual no deja de ser engañosa. Las medidas defensivas adoptadas en los informes elaborados ofrecen escasa utilidad y desde luego no pueden contentar a una población que utiliza otros

cauces comunicativos. A su vez, los indicadores relacionados con las quejas de los usuarios resultan poco fiables y no deben tampoco servir de excusa para mantener la situación actual. El usuario de los servicios sanitarios, al igual que ocurre en otros servicios proporcionados por la administración, no es un cliente con capacidad para exponer en pie de igualdad su reclamación. Sabe perfectamente el lugar que ocupa en un espacio rígidamente jerarquizado.

Cuando existe entre los ciudadanos una diferencia social, económica y cultural tan grande como la que se registra en determinadas zonas de nuestro país, resulta inevitable que se tienda a producir una cultura de resistencia. El silencio no supone la existencia de una cultura hegemónica que se acepta sin discusión. No equivale a conformidad sino que muestra ante todo una relación de poder desequilibrada (Menéndez, 2002). Y en situaciones de crisis y de recortes en las prestaciones, como la actual, provocará, sin las explicaciones adecuadas, una desconfianza general hacia el sistema sanitario y reforzará la creencia de que los problemas son originados por prejuicios y actitudes xenófobas.

La igualdad a la hora de recibir determinadas prestaciones ha sido con razón la bandera del sistema sanitario en nuestro país. Tal y como advierte con razón *el IV Plan Andaluz de Salud*, "se debería aprovechar el potencial que los sistemas sanitarios poseen al convertirse en uno de los principales nexos de unión entre las poblaciones migrantes y las nuevas sociedades de acogida" (2013, p. 12). Para lograrlo, resulta imprescindible sacar a la luz las políticas evasivas y las técnicas de gestión que socavan el sistema e introducen por otra puerta la desigualdad. No basta con proponer medidas superficiales, destinadas a cubrir el expediente, ni con mantener en silencio a los sectores afectados. Es preciso centrarse, como indica Vázquez Villegas, más en el paciente que en la enfermedad. Es necesario reforzar los equipos de Atención Primaria e involucrar a los emigrantes en la planificación de los servicios sanitarios (2006). Todo lo demás es seguir buscando el elefante oculto en el pajar.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Dardet, C., Alonso, J., Domingo, A. & Regidor, E. (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG y Sociedad Española de Epidemiología.

- Álvarez Girón, M., C. García Gil, & Solano Parés, A. (2003a). Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate. *Atención Primaria*, 31 (8), 514-518.
- Álvarez Girón, M., García Gil, C. & Solano Parés, A. (Eds.). (2003b). *La salud en Andalucía. Entre el mercado y el derecho*. Sevilla: Edición y Comunicación.
- Álvarez Girón, M., C. García Gil, & Solano Parés, A. (2008a). Los determinantes de la salud de la población y de las desigualdades sociales en salud. En A. Escolar Pujolar, (Ed.), *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*, 43-51.
- Álvarez Girón, M., C. García Gil, Solano Parés, A. & Cruz Rojo, C. (2008b). El modelo sanitario de Andalucía y las desigualdades en salud. En A. Escolar Pujolar, (Ed.), *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*, 167-177.
- Borrell, C., Peiró, R., Ramón, N., Pasarín, M.I., Colomer, C., Zafra, E. & Álvarez Dardet, C. (2005). Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*, 19 (4). 277-86.
- Cofreces, P., Ofman, S.D. & D. Stefani (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19-34.
- Colomer Revuelta, C. & Álvarez-Dardet Díaz, C. (Eds.). (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010). *Avanzando hacia la equidad: Propuestas de política e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Del sitio web http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf
- Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26 (2), 182-189.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 10 de octubre. 2014 del sitio web de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Consejería de Gobernación (2006). *II Plan integral para la inmigración en Andalucía (2006-2009)*.

Del sitio web http://www.siei.uma.es/documentos/Plan_II_Inmigr_And.pdf

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales (2013), *IV Plan Andaluz de Salud*.

Del sitio web http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf

Díez, E., Peiró, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 158-167.

Escolar Pujolar, A., Martínez Ruiz, M.D. & Daponte Codina, A. (Eds.). (2008). *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*. Cadiz: Asociación para la defensa de la sanidad pública en Andalucía.

Del sitio web http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf

Gijón Sánchez, M.T. (2014). *El espejismo de lo sociocultural en salud: Discursos socioprofesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes desde el modelo de la atención primaria al sur de Europa*. Tesis de doctorado. Universidad de Granada.

Espallargues, M., Pons, J.M.V., Almazán, C. & Solà Morales, O. (2011). La evaluación de tecnologías sanitarias en intervenciones de salud pública: ¿Más vale prevenir que curar?. *Gaceta Sanitaria*, 25 (1), 40-48.

Irigoyen, J. (2011). La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*, 48 (2), 277-293.

Judt, T. (2012). *Algo va mal*. Madrid: Taurus.

Mc Keown, T. (1990). *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica.

Lahib Dabaj, A. (2008). *Salud e inmigración: El caso de los marroquíes en el poniente almeriense (El Ejido)*. Tesis de doctorado. Universidad de Granada.

Latour, J. (1993). El informe Abril, la ética tradicional y la epidemiología clínica. *Revisiones en Salud Pública*, 3, 299-309.

López, L.A., Jiménez J.M., Luna, J.D., Solas, O., Martínez, J.I. & Manuel, E. (2002). Opiniones de los gestores de la atención primaria sobre las fuentes de influencia en la práctica médica. Diferencias con la opinión de los médicos asistenciales. *Gaceta Sanitaria*, 16 (5), 417-424.

- Martin, J., De Manuel, E., Carmona, G. & Martínez, J. (1990). Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: II El cambio interno. *Gaceta Sanitaria*, 19 (4), 162-167.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Nebot, M., López, M.J., Ariza, C., Villalbí, J.R. & García Altés, A. (2011). Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gaceta Sanitaria*, 25 (1), 3-8
- Sacristán, J.A., Oliva, J., Llano, J., Prieto, L. & Pinto, J.L. (2002). ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gaceta Sanitaria*, 16 (4), 334-343
- Parrilla Ruiz, F. (2006). *El perfil del paciente emigrante atendido en la unidad de urgencias del hospital de Poniente*. Tesis de doctorado. Universidad de Granada.
- Rose, G. (1994), *La estrategia de la medicina preventiva*. Barcelona: Masson.
- Vázquez Villegas, J. (2006). Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?. *Atención Primaria*, 37 (5), 249-250.
- Yeo, S. (2004). Language Barriers and Access to Care. *Annual Review of Nursing Research*, 22 (1), 59-73.