

2.3 *El rol del médico en la diversidad de culturas*

Laura Mascarella

Departament d'antropologia, filosofia i treball social, Universitat Rovira i Virgili (Tarragona)

Este artículo parte de una investigación en el 2003⁽¹⁾ sobre el impacto de las migraciones extra-comunitarias en el dispositivo sanitario de Cataluña. El objetivo general fue evaluar la práctica de los servicios sanitarios en relación con las personas inmigrantes e indagar prácticas o actitudes discriminatorias.

Como objetivo específico nos centramos aquí, en incidir en los problemas de comunicación e interacción entre usuarios inmigrantes y profesionales derivados de la falta de formación específica del personal asistencial a la diversidad, analizando “el papel o rol del médico” como concepto en la interacción que debe implicar el reconocimiento y la comprensión de representaciones culturalmente muy diversas de la salud y enfermedad. Relacionamos una multiplicidad de factores tratando de ver, de que modo opera en los individuos esta interacción, partiendo del concepto de visión social de Gellner (GELLNER E. 1993) entendida como estrategias o estilos de enfocar el mundo, y como se construyen en lo social estereotipos diversos conformando una imagen del inmigrante que Fassin D. dirá, se nutre de una percepción negativa de ilegalidad, restringiendo la legitimación de movimientos transnacionales (FASSIN D. 2000).

Elementos estructurales del modelo médico y las culturas organizacionales nos permiten detectar y analizar diferencias entre los dispositivos de Atención Primaria o Hospitalaria. Es en el trato de los médicos especialistas donde hemos centrado la atención a lo largo de tres años de investigación donde se percibe una lejanía específicamente a la población inmigrante que es expresada en términos de frialdad, dificultades de interacción además de lingüísticas. Disfunciones estructurales de los dispositivos propician la rigidez y distancia del especialista hospitalario, transformando en impotencia y contradicción, la concepción “del bien del individuo enfer-

mo”. Intentamos profundizar en la situación del especialista situado en un engranaje complejo, en un lugar que puede traducirse como un lugar de pérdida de capacidad de interacción y atención con el enfermo, sin rol específico.

Introducción

El artículo que aquí se presenta es parte de una investigación sobre el impacto de las migraciones extra-comunitarias en el dispositivo sanitario de Cataluña⁽²⁾, una región autónoma bilingüe, con capacidad legislativa, dentro del Estado del Bienestar español. El objetivo general de la investigación en el 2003 ha sido evaluar la práctica de los servicios sanitarios en relación con las personas inmigrantes con el objeto de indagar prácticas o actitudes discriminatorias⁽³⁾. Los objetivos específicos se centran en este artículo a incidir en los *problemas de comunicación e interacción entre demandantes y profesionales*, derivados de la falta de formación específica en atención a la diversidad del personal asistencial con especial énfasis en el papel o rol de los médicos, así como en la interacción en general que debe implicar el reconocimiento y la comprensión de representaciones culturalmente muy diversas de la salud y la enfermedad. Las interpretaciones de la patogenia y de la terapia son en su esencia variadas o variables de una sociedad a otra, de un individuo a otro y cambiantes incluso en una misma sociedad, pudiendo llegar ser infinitas a un nivel empírico, con lo cual no aceptamos la existencia de rígidas adscripciones categoriales basadas en clasificaciones étnicas, sino un constante tejer y destejer, construir y deconstruir de formas de hibridación cultural derivadas de la experiencia cotidiana de los individuos en entornos complejos. Estas concepciones las percibimos como complejas, cambiantes y articuladas en tiempos históricos determinados.

¿Discriminan los sistemas de salud del Estado del Bienestar Europeo?

En un artículo precedente hemos intentado ver los problemas que plantea la filosofía política europea en relación a la provisión de servicios⁽⁴⁾. La cuestión que se nos planteo en esta investigación desde el principio era la de establecer cuáles eran los límites de la palabra discriminación, y cuál podía ser el peso de una concepción taxonómica de lo *racial* de los profesionales en modificar el principio del derecho a la asistencia presente en los ordenamientos constituciones españoles⁽⁵⁾. En relación a la explora-

ción de esta discriminación la metodología de trabajo en el año 2003 fue implicar a todos los actores, profesionales de la salud e inmigrantes, sobre la base de tres escenarios distintos: observación en espacios de interacción, uso de entrevistas con informantes clave, y con *Learning Communities* mixtas que nos facilitaron un material que permite situar concretamente a los profesionales que ya han desarrollado estrategias relacionadas con la diversidad de culturas y a otros con menos o prácticamente ningún conocimiento acerca de la atención hacia estos usuarios. Estos grupos de trabajo estaban representados por médicos de familia, pediatras, ginecólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, personal de admisiones, y usuarios inmigrantes, de culturas asiáticas, africanas y del Magreb, junto con mediadores o agentes de salud ⁽⁶⁾.

Las contradicciones del caso Catalán

Como destacamos en otro lugar ⁽⁷⁾ el sistema de salud español, actualmente regionalizado en dieciocho organismos ⁽⁸⁾, se rige por un mandato de la Constitución del 1978 y por la Ley General de Sanidad de 1986 que amplían el ámbito de protección al conjunto de la ciudadanía, que en la práctica posterior y en los hospitales y centros públicos, hasta la promulgación de la Ley de Extranjería de 2000, se extendía a cualesquiera se presentase a pedir socorro. Este principio general es recogido por las Leyes de ordenación sanitaria autonómicas que despliegan el dispositivo, de tal manera que en los “Pla de Salut” (*Health Plans*) bianuales de la Generalitat de Catalunya – el gobierno autonómico – el principio de la “Salud igual para todos” parecía excluir para siempre cualquier atisbo de discriminación por razones étnicas, culturales o religiosas. Y sin embargo este principio general universal topa con un fenómeno de discriminación estructural que deriva de la falta de recursos aplicados al sobre coste que inducen las variables culturales, étnicas o religiosas en el conjunto de los procesos asistenciales. La afirmación de *intangibilidad* económica de bastantes de esos costos, históricamente determinada, establece un escenario de discriminación. En el nivel más elemental, y más tangible, el retraso en dotar plazas de traductores para resolver el gap idiomático sería el caso más evidente. Los traductores nunca fueron previstos en el sistema de salud español – pero tampoco en el catalán – Como dice un médico “Este sistema no ha hecho ningún esfuerzo para un trato igual para todos, la actitud neutral es de hecho una discriminación en relación a la diferencia de grupos, es decir inmigrantes o extranjeros que no tienen las mismas oportunidades pues tienen dificultades para entender el sistema o el idioma” ⁽⁹⁾. Esto, responde

a una filosofía de base que implicó desde la construcción del Seguro Social en 1942 hasta hoy la ignorancia de la diversidad cultural.

El concepto de “visión social” de Gellner (GELLNER E. 1993), es decir estilos o estrategias de enfocar el mundo y cuyos procesos de elaboración comprenden visiones sistematizadas frente a la duda, la conciencia del problema de la diversidad de visiones y la necesidad de dilucidar, responde a las construcciones o visiones en España – y en Cataluña – en el actual estado del Bienestar no ha hecho aún olvidar las actitudes de la beneficencia liberal, y el paternalismo a él inherente que si se aplicó a pobres, a la imagen del pobre o del gitano se le solapa el imaginario colonial y post-colonial de países empobrecidos y sin recursos que ya se habían construido antes de la llegada de inmigrantes. Este ideario benéfico, que sitúa a los inmigrantes en un plano de inferioridad se relaciona con otras construcciones previas, la idea de “enseñar” con la que estigmatiza a los países subdesarrollados y construye imágenes negativas de un inmigrado “ignorante” aunque un tercio de los que llegan a Cataluña tienen titulación media o superior. Estereotipos culturales muy arraigados, se asocian de una manera consciente, retóricas mediáticas y actuaciones legislativas que cargan de elementos negativos la imagen del inmigrante aumentando su precariedad o marginalidad, y que refuerzan los estereotipos aludidos cubriendo de retórica racionalista, los miedos irracionales, y construyendo fronteras allá donde es imposible construirlas (ALVITE J.P. 1995: 75) «en el momento en que se articula el entramado legislativo de las políticas de control de fronteras, se crea a su vez la figura del inmigrante como sujeto de control y es el momento en que se extiende socialmente el rechazo de los inmigrantes extranjeros⁽¹⁰⁾».

«The illegitimated status of indocumented foreigners nurtures the negative perception of immigrants in general and, reciprocally, racism provides and ideological basis for restricting the legitimacy of transnational movements» (FASSIN D. 2001: 3). Una sociedad xenofóbica se construye con estos elementos citados y otros como las identidades que desde una doble perspectiva por un lado refuerza caracteres identitarios de diferenciación cultural⁽¹¹⁾.

En Cataluña hay 328.461 inmigrantes censados y con permiso de residencia⁽¹²⁾. El total sin permiso de residencia se sitúa en 600.000 personas en España. Tal proporción de ilegalidad favorece el incremento de actitudes xenofóbicas y racistas en la ciudadanía, con independencia de la discriminación estructural⁽¹³⁾. El planteamiento analítico en relación a la discriminación nos muestra la dificultad de identificación de estos actos, se perci-

ben sutilmente manifestaciones discriminatorias a través las representaciones sociales construidas⁽¹⁴⁾.

En Cataluña el derecho a la asistencia sanitaria por los servicios públicos a extranjeros y personas sin recursos, se atiende solo con la tarjeta de empadronamiento y es gratuito. En el año 2002 se asistió sanitariamente a 6.310 adultos y 2.629 en menores. En 2003 a 196.162 Adultos y 6.319 Menores en situación de ilegalidad, sin recursos⁽¹⁵⁾. El aumento en un año de población asistida es importante a tener en cuenta como dato, hay población sin permiso de residencia y población sin recursos, asistir esta población y conocer la realidad de las personas “sin papeles” permite situar una aproximación de población que sigue estando en inferioridad de condiciones respecto al resto. Otro dato a tener en cuenta es el aumento de inmigrantes afiliados a la Seguridad Social que se ha producido en estos seis meses a un ritmo de un 20%. En Cataluña se sitúa en un 7% de población extranjera, según fuentes sindicales este aumento se debe a que a los cotizantes extranjeros no se les exige residencia para empezar a cotizar, la tarjeta de la SS, (seguridad social) se convierte así en su principal documento de acreditación y les facilita el acceso a la Sanidad Pública⁽¹⁶⁾.

La gestión de la salud en Cataluña esta en manos del *Departament de Sanitat i Seguretat social* que tiene plenas competencias en la gestión de la salud. El dispositivo está jerarquizado en una red de *Àrees Bàsiques de Salut* que cubren la atención primaria y una red de hospitales basados en tres niveles de escalonamiento entre una red de dos docenas de hospital comarcales, siete u ocho hospitales de tamaño medio y media docena de centros de primer nivel situados todos en el área metropolitana de Barcelona. Los Equipos de Atención Primària (EAP) basado en médicos de Familia son los receptores directos de la población de una zona delimitada administrativamente. Se centran en actividades de promoción de la salud, la prevención y puntos de conexión con otros recursos asistenciales como la atención especializada, las pruebas diagnósticas o la atención hospitalaria¹⁷. Una de las principales características del modelo Sanitario público de Cataluña es la diversificación de proveedores A este respecto, un panorama cambiante del modelo Sanitario en Cataluña se está produciendo con una privatización de los recursos sanitarios. Recientemente (2002), el *Departament* ha fundado una oficina especializada para coordinar y organizar el modelo de atención, servicios y recursos destinados la problemática asociada a la inmigración, y a las necesidades de los inmigrantes.

A pesar de esos esfuerzos limitados de coordinación, la complejidad del problema es enorme. La Sanidad catalana atiende actualmente a personas

procedentes de 80 países que hablan 37 lenguas distintas⁽¹⁸⁾, lo cual está significando asumir una extraordinaria complejidad cultural e idiomática que no es fácil encuadrar especialmente por la limitación de los recursos. El sobre costo adicional que supone una atención equitativa a todos los usuarios ni suele ser bien explicado por los responsables políticos – porque permite réplicas demagógicas –, ni a menudo es bien aceptado por sectores de la ciudadanía autóctona que, dependiendo de su lugar de origen regional o del resto de España y viviendo en Cataluña, a su llegada a los recursos sanitarios o centros de atención son los que más protestan acerca de la diversidad cultural, llegan a pensar que se trata mejor a los usuarios inmigrantes, o que estos alargan las listas de espera, al mismo tiempo son perceptibles situaciones en las que los profesionales o los administrativos utilizan la presión de la demanda de los inmigrantes para excusarse de retrasos o enlentecimientos.

En los distintos dispositivos o servicios de salud problemáticas de presión asistencial, (tiempo de asistencia) incremento de usuarios y problemas estructurales, han creado profesionales con distintos enfoques de atención, algunos con actitudes que se perciben como discriminaciones indirectas o directas y que coexisten al mismo tiempo con colectivos de profesionales que han creado estrategias de conocimiento y atención, generando cambios en distintos servicios de atención a la salud. Esto permite detectar cuales de los dispositivos o complejos asistenciales en relación a la diversidad de culturas tienen más dificultades en la atención. La existencia de una problemática, por un lado de elementos en la atención de la salud que son vividos en parte como discriminatorios por los usuarios inmigrantes debido a un conjunto de dificultades de todo tipo y por otro lado, las condiciones que en estos encuentros se han ido creando dependiendo del grado de conciencia de los profesionales. Algunos manifiestan demandas de recursos al sistema sanitario o social, pidiendo la puesta en marcha de dispositivos para que expliquen a “los otros como se hace aquí”. En esta demanda de un grupo de discusión de profesionales sanitarios se percibe la no implicación de los actores, la disociación entre el discurso y la práctica. La manifestación abierta de prejuicios que desde una perspectiva previa y etnocéntrica en su vida diaria, se refuerza en sus lugares de trabajo debido a las dificultades, el desconocimiento de los “otros” es vivido como desestabilizador. Es en esta posición de no reconocer, donde se construyen representaciones sociales del otro. El propio Sistema de Gestores y Coordinadores reconocen su existencia pero estos factores operan en la práctica y es de difícil detección. Parte de esta disfunción pertenece al propio sistema organizativo hospitalario y que lo centramos en la dificultad de interac-

ción-comunicación. Mas allá de la discriminación, el planteamiento es “el papel” que el médico representa para los usuarios, y vamos a tratar de explorar como se coordinan y dirigen sus actividades con el fin de ver elementos que permitan analizar las representaciones de estos, y en que lugar se sitúa actualmente el rol del profesional médico, entendido como capacidad de comunicación-interacción..

Modelo médico, rol del medico, comunicación interacción

Si parte de los factores aludidos forman parte de la discriminación estructural, o de la individual vinculada a factores extra-sanitarios, otra tiene que ver con elementos estructurales del modelo médico y con las culturas organizacionales de las instituciones sanitarias. Recuérdese que en el modelo catalán, la figura del *practitioner* se ubica en una institución, el área básica de salud o centro de salud primaria que reúne médicos generales, ginecólogos, pediatras, personal de enfermería y a un técnico en salud pública. Y estos profesionales nada tienen que ver con sus colegas de los hospitales a los que remiten los enfermos cuando conviene. Por eso hay una notoria diferencia entre los médicos de familia, los pediatras y los médicos o especialistas hospitalarios. Se detecta en el trato o práctica con el usuario, distanciado y condicionado por el modelo hospitalario de atención. A lo largo de estos tres años de investigación, la lejanía de los médicos hospitalarios en relación a los usuarios es una constante, es detectada por los usuarios en general, se da acrecentada y con mas dificultades para los ciudadanos inmigrantes debido a que el conocimiento del sistema implica procesos de adaptación y *agency* que según la lejanía idiomática y cultural se hace más largo en el tiempo. Estos dis-funcionamientos no siempre son perceptibles, o se presentan como una deficiencia o como consecuencia de “la falta de recursos del sistema” para la población en general. Sin embargo, aunque las quejas sean comunes en las derivaciones por los circuitos asistenciales, en los largos tiempos de espera sean inmigrantes o no, el trato que opera en los itinerarios de los usuarios inmigrantes muestran diferencias a tener en cuenta.

La diferencia de los profesionales clínicos tiene relación con las necesidades distintas de las relaciones y la comunicación. Un usuario dirá: “*The family doctor of primary health was nice and explain the facts*”.

No obstante el paciente percibe que la mayoría de doctores que intervinieron en el proceso de su enfermedad no se puede considerar satisfactorio,

mas bien lo contrario. Especialmente antes y después de la operación. El paciente dirá:

«I never met the doctor that operated me. I had the impression they didn't want to see me and the feeling of treat because of what a woman told me when I had test done that I had do sing a papers he said it was dangerous and I could die»

El paciente se refiere a la hoja de consentimiento que firma el usuario antes de una prueba. Desde este punto de vista si para muchos aborígenes resulta problemático firmar una hoja que al leerla advierte de los peligros de una prueba que “responsabiliza al enfermo de un posible accidente no previsto”, peor resulta para un inmigrante que carece de condiciones para leer el lenguaje de los formularios españoles o catalanes. En realidad, actualmente no hay una explicación verbal previa del consentimiento del usuario sobre posibles alergias u otros accidentes y ha pasado a ser una rutina a la que no se le da ninguna importancia. Las percepciones de los pacientes sujetos a sus miedos, a la enfermedad y lo que pueda pasar es algo que parece no tenerse en cuenta. Para los inmigrantes la hoja de consentimiento no es traducida y la mayoría de las veces los profesionales de enfermería o médicos no disponen de traductores o mediadores dentro de la rutina hospitalaria. Estamos aquí ante un ejemplo de discriminación estructural derivada de la cultura organizativa de las instituciones, y una insatisfacción en relación a la comunicación-interacción.

Las diferencias que se destacan en distintos grados y en la mayoría de pacientes es *la dificultad de esta interacción* con el médico. El segundo ejemplo es el de un usuario que necesitaba un tratamiento, e ilustra la actitud del médico hospitalario ante un enfermo que le crea dificultades en su propia estructura de atención. Por un lado, la dificultad se puede reflejar como impotencia del profesional especialista que se le derivó el paciente de la EAP, medicina de familia, para un tratamiento⁽¹⁹⁾, y que a su vez este especialista estaba sujeto a una derivación hacia otro servicio, el cual actualmente se encontraba cerrado en este asistencial. (Existen, distribuidos circuitos asistenciales por zonas) La dificultad de no poder derivar a este paciente para un tratamiento se transmite como impotencia y descontento del propio profesional o como FREIDSON (1986) sugiere del “asalariado” acerca de lo que se ha conseguido en relación a la praxis hospitalaria. Al mismo tiempo este profesional es crítico con el modelo o sistema sanitario⁽²⁰⁾.

Otro factor es la rigidez en la que se sitúa el especialista. Esta impotencia del especialista puede debatirse en la contradicción de la concepción “del bien del individuo enfermo” o la aplicación de los protocolos o normas Institucionales que se aplican al individuo miembro de una población. En

este caso concreto, la rigidez es la protección del especialista, la argumentación de una deficiencia estructural del sistema sanitario que exige de cualquier acción o estrategia de derivación hacia otros circuitos y que existen como estrategias que el propio sistema ha creado. Las normas protocolarias en este caso sirven para enmascarar las percepciones de los profesionales especialistas en cuanto a estereotipos o construcciones sobre el "otro". Encontramos algunos elementos que sugieren que la práctica profesional médica no es inmune a las percepciones y representaciones que más o menos son las de la ciudadanía en general y que puede afectar en el trato comunicacional con el paciente. En este caso la situación en la que se sitúa el médico hospitalario es en "el criterio médico", de no considerar urgente el tratamiento y que se diferencia de los otros médicos: Actitudes y posiciones en las que coexisten varios elementos y que se podrían argumentar de distintas formas como por ejemplo de falta de "sensibilidad" término que trataremos de analizar posteriormente. Coexisten en este ejemplo actitudes que pueden considerarse discriminatorias, pero a su vez muestran la descoordinación de criterios de profesionales médicos y deficiencia de circuitos, dispositivos o complejos asistenciales. En una solicitud, "la demanda" de la persona usuaria es considerada subjetiva. No obstante la solicitud clínica es una solicitud "profesional", es por referencia a un seguimiento propiamente médico en el que se atiende a la enfermedad. Tratamos de ver como y que lugar ocuparían los especialistas médicos de hospitales y como se relacionaría con los recursos en el marco hospitalario y sus circuitos, su lista de criterios, sus posibilidades de acción dentro del sistema Sanitario, comprender como la medicina contemporánea se inscribe dentro de los dispositivos de la Sanidad Pública, y en que medida se va restringiendo y afectando a sus propios profesionales.

Nos preguntamos si son mecanismos que se nos presentan como movimientos de cambio de un sistema deficitario económicamente, ya que se percibe un sistema sanitario con deficiencias en la atención que bien puede tener relación con el recorte de gastos y crisis económica, cambios que van operando hacia una medicina cada vez más privatizada. O si por el contrario esta despersonalización de los médicos especialistas hospitalarios tiene una relación directa con factores de rol y lugar que ocupan determinadas especializaciones. Estos cambios o movimientos se han puesto en evidencia a partir de los encuentros con la diversidad de culturas que manifiestan un tipo de demandas muy diferentes y en diferentes ámbitos. La percepción de obligaciones y derechos de los trabajadores inmigrantes existe al respecto del cuidado de su salud. Sus percepciones del sistema las manifiestan a través de las entrevistas realizadas, historias de vida y segui-

miento de sus recorridos en distintos servicios sanitarios, este hecho los sitúa al mismo tiempo en sujetos subordinados⁽²¹⁾ y en una percepción de inferioridad de condiciones, a diferencia de los autóctonos que, aunque sean conscientes de estas deficiencias las representaciones del estar sano o enfermo y de la concepción del modelo están inscritas en su propia cultura, y a su vez no reivindican una mejora al respecto a nivel oficial.

La comunicación-interacción que el usuario paciente describe como frialdad y que a veces percibe como discriminación, es la que permite centrar las percepciones de ambos lados. En la relación-comunicación, nos preguntamos si el rol o papel del médico ya no puede ser practicado por los especialistas hospitalarios, su relación con múltiples factores como el poder médico, la distancia entre el docto y el profano⁽²²⁾ y la disfuncionalidad de criterios médicos que se produce en un circuito asistencial entre los distintos profesionales acerca de un mismo usuario y una misma enfermedad no pueden estar sujetos solamente a las normativas o rigidez protocolarias, pues produce usuarios de distintas clases dentro del mismo sistema público. Es decir, de selección en la asistencia sanitaria. Pero en el caso de un paciente con una enfermedad grave existe a su vez la dificultad del especialista en la atención a la angustia del propio enfermo

«Un être malade, gravement malade, dans son corps ou dans sa tete est un être amoindri, fragilisé. Cette situation induit très vite l'émergence de l'irrationnel. Cet irrationnel nous le voyons à l'oeuvre dans les systemes des cultures non occidentales. Et circule beaucoup plus en sourdine, mais non moins efficacement, dans notre propre culture» (BROUSTRA J. 1996 : 37).

El imaginario de la noción de enfermedad se distribuye de distinta forma según las culturas en lo que concierne al terreno de la angustia o fragilidad, no obstante, existe una constante de base que puede ser susceptible de aumentar esta angustia si el usuario o paciente no tiene la opción de la búsqueda de estrategias. Dependiendo de estas, pide o reclama según se interprete desde las diferentes representaciones del docto o del usuario por su tratamiento. Freidson nos habla del control profesionalizado que en nombre del individuo y de la pericia técnica ha sustraído al profano el derecho de evaluar su estrategia: En este caso concreto del usuario, sería el de recibir un tratamiento urgente en el que las posibilidades del sujeto enfermo y su derecho a restaurar su salud están sujetas a la administración de un medicamento y tratamiento posterior. La medicalización de la vida en la que los problemas sociales y políticos se convierten en enfermedades iatrogénicas de dependencia respecto al sistema de organización médica (ILLICH, 1976) pero no permite al inmigrante participar en este sistema, que como ciudadano concibe como

sistema sanitario de representación de la cura de su enfermedad, tiene que tomar su posición de subordinado o profano. No se acepta la búsqueda de sus propias estrategias buscar otro circuito para ser atendido⁽²³⁾, reclamar atención y explicaciones. De hecho analizamos como la posición de paciente subordinado forma parte de las representaciones que el profesional tiene acerca de los usuarios.

El conocimiento de estos usuarios inmigrantes y su práctica en la gestión de su enfermedad o salud han sufrido transformaciones, sus tratamientos antes de emigrar al mundo Occidental eran distintos. En el caso de este usuario, su experiencia anterior y sus representaciones de la salud enfermedad parten de la concepción del cuerpo, el conocimiento o estado de fragilidad es sentido con distintas representaciones, una de ellas es la relación directa que el enfermo tiene con su “curador” o terapeuta y participa en su proceso de curación, no obstante, lo que pide al especialista es la posibilidad de ser tratado urgentemente tal y como han indicado los otros médicos de circuito, en definitiva, lo que está pidiendo entra en las representaciones de la medicina Occidental, a pesar que el no puede entender ni el trato ni la comunicación que el profesional le dispensa y que le sitúa en un estado donde además de la fragilidad y la enfermedad le enfrenta al miedo a su muerte, en preguntarse si esto le sucede por ser inmigrante, en sentirse discriminado, o en una clara posición de infravaloración como sujeto.

Lo que nos interesa profundizar es en la pérdida de capacidad de esta interacción o comunicación del especialista, donde la técnica, su situación o posición en el engranaje dentro de la estructura sanitaria de este modelo ha situado al médico-especialista hospitalario, en *un lugar sin rol*⁽²⁴⁾. Como Parsons señala el acto profesional no es solo una función técnica, sino también social. Principalmente aparte de las representaciones, en este caso es la distancia y la falta de comunicación creada y que en muchos casos los usuarios no van a volver a visitarse. Si tenemos en cuenta que desde una posición de poder puede haber influenciado que las estructuras institucionales, sus pautas protocolarias y económicas pueden condicionar al médico especialista y que este puede ser crítico incluso como trabajador en este sistema médico, intentamos analizar si en general pueden estar dotados de una rigidez en mayor o menor grado dependiendo de los distintos profesionales clínicos. La diferencia entre los médicos de familia y los especialistas es importante, el médico de familia recibe con más o menos frecuencia a los pacientes, intenta hacer un diagnóstico, se establece un conocimiento mutuo. El especialista recibe derivaciones, que con los criterios anteriores va a determinar las pruebas y la búsqueda de la enferme-

dad o diagnóstico, pero a su vez va a remitir el paciente a su referente inicial. En este proceso uno de los factores sería la diferencia entre médicos de EAP y los médicos especialistas que su lugar de inicio es configurado en el marco hospitalario.

Para la Antropología profundizar en las representaciones de los elementos entre lo subjetivo y lo objetivo y concretamente las representaciones que de ello tienen los profesionales en cuanto a aspectos de interacción, es analizar como operan los mecanismos de cambio y hacia donde se dirigen. El médico hospitalario en su formación no ha tenido oportunidad de una continuación donde se tengan en cuenta las experiencias subjetivas. Ni ha sido instruido acerca de una tradición o ruptura de esta. Al referirnos a esta práctica como representación del propio profesional, se infiltra un elemento más a tener en cuenta, la *despersonalización* como médico, si este se encuentra en un lugar situado en la impotencia de acción, derivación rápida de un paciente, en un engranaje, o ante una enfermedad crónica con ningún elemento mágico de cura donde su *rol de médico*, en sus representaciones ha dejado de tener un espacio. Evidentemente, no es generalizable, pero los elementos citados anteriormente en su conjunto están relacionados, lo que hay que ver es que tipo de mecanismos como profesional-médico especialista le quedan en unas estructuras burocratizadas e institucionalizadas. El corporativismo y la asociación continúan siendo mecanismos de protección frente a posibles problemáticas o denuncias. Pero antes de este proceso, se centraría en la pérdida o frustración que han ido desarrollando en su vida profesional como mecanismo de defensa frente al usuario profano, en relación con el dolor y la enfermedad que se le presenta para la cual no siempre operan mecanismos o recursos de respuesta. Esto sería lo que repercute en el rol o papel del profesional médico, desacralizado. El médico visto en un tiempo como el poseedor de operar un milagro que las representaciones profanas aun siguen ostentando en mayor o menor grado, pero empezando a cuestionar en función de la inoperatividad *de este rol que situamos en la comunicación-interacción*.

La hegemonía médica ha generado una visión de poder en nuestras sociedades, (MENÉNDEZ E.L. 1984: 5) en usuarios de distintas culturas todavía es representada como una atención donde se establece una relación de confianza⁽²⁵⁾. En este contexto la relación que se encuentran en el marco de los dispositivos sanitarios dista mucho de sus propias representaciones o expectativas, que a su vez en momentos determinados condicionan o se construyen estereotipos en ambos lados y no propician las formas relacionales primarias de confianza.

Notes

- (1) Ver texto y bibliografía final.
- (2) Community Action Programme to Combat Discrimination 2001-2006 Partners for Health – Phase II A pilot Action to Fight Discrimination against Immigration in Health care Services (VS/2002/0264) B. Line B5-803 European Commission Directorate General Employment and Social Affairs
- (3) Referencia presentación, COMELLES J - MASCARELLA L. - ALLUÉ X. variables culturales, en *Partners for Health II* (2003). Referente a un sistema de salud de cultura organizacional.
- (4) Destacamos la radicalidad del modelo: la universalidad del derecho individual se transporta a la ideología del modelo médico y refuerza la tendencia a ignorar la diversidad cultural.
- (5) WIEWIORKA M. (1994: 153) «Dividing from the social construction of the racism, the prejudices exist in the open or sly form largely of the civil society, have a wide effect to the professional practice without being recognised the existing discrimination in the institutional systems tends to separate the practice of the prejudice, the action and the conscience, or give seen well to this dissociation».
- (6) Ver mas ampliamente en AA.VV. (2003), report *Partners for Health II*, 2003.
- (7) COMELLES J. - BARDAJÍ F. - MASCARELLA L. - ALLUÉ X. (2000).
- (8) Diecisiete comunidades autónomas y Ceuta y Melilla que dependen directamente del Ministerio de Sanidad del Estado. Las comunidades tienen grados diversos pero muy amplios de capacidad legislativa, y no todos establecen las mismas prioridades. En el caso de las migraciones extracomunitarias solo algunas comunidades Cataluña, Madrid, Murcia, Comunidad Valenciana, Andalucía, Canarias y el País Vasco han desplegado esfuerzos significativos debido a la mayor presencia de inmigrantes en las mismas.
- (9) Un médico integrante del grupo LC.
- (10) Claro es que estas restricciones no son privativas de España. La actitud de países como el Reino Unido o Dinamarca en relación al protocolo de Schengen, la asunción por los partidos democráticos en Francia o en España de las retóricas sostenidas por grupos de extrema derecha y el propio ascenso de ésta en muchos países, así como el eco mediático que reciben refuerzan aún más la irracionalidad de las respuestas de la ciudadanía y buscan así adhesión electoral.
- (11) PORTES (1999: 16) dirá que en la sociedad de acogida, la presencia significativa de inmigrantes con rasgos marcados de diferencias culturales tiene efectos profundos de naturaleza cultural y social de la misma. Otros Autores sobre identidad: AMSELLE J. L. (1999); REMOTTI F. (1997).
- (12) El total de extranjeros en toda España es de 1,324.001 Ministerio del Interior. Entre ellos 110.095 de A. Latina y 107.746 del continente africano. 2002-Mai 2003
- (13) En la *Oficina per a la no Discriminació* del Ayuntamiento de Barcelona creada en el año 1998, se atendieron en 2002 448 casos de los cuales 105 de discriminación con inicio de expediente por racismo hacia población inmigrante, actos racistas o discriminaciones directas en el trabajo, pero solo un 1,23% en relación al sector salud.
- (14) En la dirección que señala WIEWIORKA M. (1994) sobre el racismo, los autores sugieren que (PIORET -VOURCH, 1998) “no hay una relación automática entre prejuicios y comportamientos racistas”.
- (15) Datos TSI proporcionados por la Oficina de Cooperación Sanitaria Internacional y Salud Migración, suministrados por la División de Atención al Cliente y cualidad, 2003. Los inmigrantes legalizados consiguen la tarjeta con el alta de afiliación a la seguridad social cuando firman los contratos de trabajo.
- (16) *La Vanguardia*, 15 de julio 2003.
- (17) Actualmente en Catalunya este modelo de atención consta de 345 equipos de atención, la mayoría de los cuales son gestionados por (Scs) “*Servei Català de la Salut*” (Generalitat), otros se gestionan a través del (Ics) “*Institut Català de la Salut*” y otras entidades proveedoras, 16 de ellos, de creación reciente son gestionados por entidades de base asociativa, son los mismos miembros del equipo los que están encargados de gestionar el Área Básica de Salud (*Pla de Salut*, 2003).

- (18) Cataluña es también la Comunidad que recibe más turistas foráneos del país: 11 Millones al año frente a los 6.5 millones de población local, de la cual un 10% son inmigrantes extranjeros.
- (19) Paciente derivado para un tratamiento de administración de yodo y posterior tratamiento por cáncer de laringe.
- (20) Según sugiere DODIER N. (1993: 329) «Les règles qui s'appliquent à l'individu, membre indifférencié d'une population, sont confectionnées sur la base des calculs agrégés, recherche d'un équilibre financier des institutions de protection sociale».
- (21) Siguiendo el Modelo MMH de MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R. (1996) que estructura su propuesta teórica a partir del análisis de las relaciones de hegemonía y subalternidad que se establecen en tres modelos distintos.
- (22) Siguiendo los criterios de Poder médico que MENÉNDEZ E.L. (1984) nos sugiere en su MMH.
- (23) Usuario que a través de un cambio de domicilio pudo cambiar de circuito y ser atendido por otros especialistas.
- (24) Ver Parsons señala como el rol del médico se caracteriza por la preocupación y el interés del enfermo, reconoce la significación social de la salud y enfermedad.
- (25) Una usuaria Pakistaní: «Para nosotros el médico es la persona a la cual podemos explicar lo más íntimo incluso más que a algunos integrantes de nuestra familia».

Bibliografía

- AA.VV. (2003), *Partners for health II*, no publicado, *A pilot action to fight discrimination against immigration in Health Care Services*, CIDIS ALISEI, Perugia - Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovina i Virgili, Tarragona. Grup d'investigació: MASCARELLA L. - COMELLES J.M. - ALLUÈ X.
- AA.VV. (2003), *Pla de salut de la generalitat*, Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya.
- AJA E. - NADAL M. (2003), *La immigració a Catalunya avui. Anuari 2003*, Fundació Jaume Bofill, Barcelona.
- ALVITE J.P. (ed.) (1995), *Racismo antirracismo e inmigración*, Ed. Garakoa, Tercera Prensa Hirungarren Prentsa S. L., Donostia.
- BROUSTRA J. (1994), *Les maux de l'Autre. La maladie comme objet anthropologique. Actes du Colloque de Bordeaux*, preface par BENOIST J., L'Harmattan, Paris.
- COMELLES J.M. - MARTINEZ A. (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*, Eudema, Madrid.
- COMELLES J.M. (1995), *La sacralización de la práctica hospitalaria*. Seminari d'estudis sobre la Ciència, Malaltia i Cultura, Valencia.
- COMELLES J.M. (1997), *Reforma asistencial y práctica económica. De la crisis del tratamiento moral a la hegemonía del kraepelinismo*, pp. 83-107, en APARICIO BASAURI VÍCTOR, *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*, Ed. Libro del Año, Madrid.
- COMELLES J.M. - MASCARELLA L. - BARDAHI F. - ALLUÈ X. (2000), *La percepción de los colectivos de inmigrantes no comunitarios en los dispositivos de salud en España*, in VULPIANI P. - COMELLES J.M. - VAN DOGEN E. (eds.), *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*, CIDIS ALISEI, Perugia.
- DODIER N. (1993), *L'expertise médicale*, Ed. Métaillé, Paris.
- FASSIN D. (2000), *Les politiques de l'Etnopsychiatrie*, "L'Homme", n. 153, 2000, pp. 231-250.
- FASSIN D. (2001), *The biopolitics of otherness. Undocumented foreigners and racial discrimination in French public health*, "Anthropology Today", vol.17, n. 1, 2001, pp. 3-7.
- FREIDSON E. (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, University of Chicago Press, Chicago.

- GELLNER E. (1993), *Cultura, identidad y política. El nacionalismo y los nuevos cambios sociales*, II ed., Gedisa, Barcelona.
- ILICH I. (1976), *Limits to Medicine, Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, Marion Boyars, London.
- LAPLANTINE F. (1999 [1992]), *Antropología de la enfermedad*, Ed. A.B.R.N. Producciones Gráficas, Buenos Aires [ed. orig.: *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Payot, Paris, 1992].
- MASCARELLA L. - COMELLES J.M. - ALLUÉ X. (2003), *A pilot action to fight discrimination against immigration in Health Care Services*, in AA.VV., *Partners for health II*, no publicado, *A pilot action to fight discrimination against immigration in Health Care Services*, CIDIS ALISEI, Perugia - Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- MENÉNDEZ E.L. (1979), *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Ed. Nueva Imagen, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1984), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, "Cuadernos de la Casa Chata", n. 86, CIESAS, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, México.
- MENÉNDEZ E.L. (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R. (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, CIESAS, México.
- PARSONS T. (1999 [1951]), *El sistema social*, Alianza Editorial, Madrid [ed. orig.: *The Social System*, The Free Press, New York].
- SIXTE G. - PAJARES M. - CACHON L. - EGENBERGER V. (2003), *La discriminación racial. Propuestas para una legislación antidiscriminatoria en España*, Ed. Icaria, Barcelona.
- WIEWIORKA M. (ed.) (1994), *Racisme et xénophobie en Europe*, Ed. La Decouverte, París.
- VIGARELLO G. (1993), *Le sain et le malsain*, Editions du Seuil, París.
- VULPIANI P. - COMELLES J.M. - VAN DOGEN E. (eds.) (2000), *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*, CIDIS ALISEI, Perugia.