



¿Qué pasa cuando los inmigrantes rompen las normas?

Cristina Visiers

Logoterapeuta (Terapia Existencial), especialista en transculturalismo. Barcelona

Resumen / Abstract:

A menudo los profesionales sanitarios tienen la percepción que los usuarios inmigrantes “no cumplen las normas que son para todos igual”. Este artículo reflexiona sobre los elementos culturales implícitos en el cumplimiento e incumplimiento de las normas en nuestro contexto sanitario, explorando las diferencias interpretativas en función de si quien cumple o incumple dichas normativas es profesional o usuario, autóctono o inmigrante, perteneciente a la mayoría o a la minoría. Y finalmente se propone la toma de conciencia frente a la flexibilidad de las normas como una herramienta útil en la mejora de la atención de los usuarios no pertenecientes a la mayoría.

Palabras clave: Inmigrantes, normas, cultura, prejuicio, estrategia.

1. Normas universales y culturales

Hemos escuchado con cierta frecuencia a los profesionales sanitarios expresando su queja y malestar porque los inmigrantes “no cumplen las normas”. Quieren “colarse” en la fila, o llegan tarde a la cita, o quieren que les atiendan los primeros, o llegan sin pedir hora, etc. Ante esta percepción, los profesionales reaccionan a menudo confirmando la universalidad de las normas (“las normas son para todos”, “ellos deben cumplir las normas, como todos”), y a menudo sienten la necesidad de “educar” a los inmigrantes, para que “se integren” (“aquí las normas son así, deben hacer como todos”). A veces, en este contexto, son acusados de racistas por los pacientes, y los profesionales pueden sentirse injustamente tratados considerando que la acusación es falsa.

El cumplimiento (o incumplimiento) de las normas es una cuestión muy interesante en la relación entre usuarios inmigrantes y las instituciones en general, y los profesionales en particular, porque plantea varios temas en relación a los implícitos culturales, la invisibilidad de la propia cultura, la capacidad de flexibilidad de las instituciones y los profesionales, y la relación con “el otro”.

Tal vez lo primero que haga falta explorar para entender porqué los inmigrantes no cumplen las normas “como todos” tiene que ver con que estas normas no son universales, sino que son culturales, y propias tanto del país o de la región dónde nos encontremos, como de la subcultura médica e incluso de la propia institución. Es decir, que las normas de un centro de atención primaria dependerán de lo que haya establecido el Departamento de Salud



correspondiente, del barrio y de la comarca donde se sitúe (será diferente si está en el centro de la capital que si está en un pueblo de una zona rural), y también de las propias dinámicas generadas por los profesionales del centro. A menudo en dos centros del mismo distrito de una ciudad hay aspectos que funcionan de forma bien diferente.

Otra cuestión importante es que, en todas las culturas, y desde luego también en la nuestra, hay muchas normas que no se cumplen, algunas abiertamente y otras de forma más oculta, sin que se perciba como algo sancionable por parte de la sociedad. En general, en la vida cotidiana, experimentamos en múltiples ocasiones que se hacen (o hacemos) cosas que están prohibidas, y experimentamos también que muchas no tienen consecuencias, y que ni siquiera están sancionadas socialmente. También en el ámbito sanitario asistimos a constantes violaciones explícitas de reglas explícitas por parte de los usuarios, y a diferencias a la hora de flexibilizar las normas según de quién se trate y de cómo lo intente.

2. Cómo se rompen las normas

Hay una clara diferencia en la manera de entender las normas y la manera de romperlas dependiendo de si se trata de usuarios o de profesionales. Los profesionales tienen su propia manera de entender las normas y de romperlas, sin ser cuestionados porque es la manera “normal” (es decir, cultural) de conducta para este colectivo: “colar” a un familiar propio o de algún directivo, ocupar una cama para una persona “recomendada” por un dirigente político importante, no respetar la confidencialidad del paciente (hablar de los pacientes en voz alta o dejar documentos con datos personales a la vista de personas que no deberían tener acceso a esta información); hablar por teléfono durante la consulta; entre otros. Podemos ver, en este sentido, que las normas tienen un valor diferente para los pacientes que para los profesionales: El turno de visita sigue un orden que

debe ser estrictamente respetado por los usuarios, pero el profesional puede alterarlo; el médico puede hacer esperar al usuario en una visita concertada, pero el usuario en cambio no puede llegar tarde; el silencio (por la noche, por ejemplo) debe ser respetado por los pacientes y sus familiares pero no tanto por los profesionales sanitarios; fumar está prohibido para los pacientes en la consulta pero el profesional puede fumar en su despacho cuando está solo. Encontramos, por lo tanto, una primera excepción a esta afirmación que “las normas deben cumplirse y son iguales para todos”: En nuestra cultura médica, las normas se interpretan de manera diferente dependiendo de quién se trate. Formulando positivamente, encontramos una muestra de flexibilidad en los límites de las instituciones, y una adaptación a las diferencias.

Los usuarios autóctonos, por su parte, también saben que junto al catálogo de las normas explícitas hay un manual de instrucciones invisible que les dice cuáles se pueden romper y cuáles no, como hacerlo, y también las diferentes maneras de hacerlo, según de quién se trate o en qué contexto, por ejemplo. Este manual implícito (y no la norma escrita explícita) es el que marca los límites. Es cuando los usuarios sobrepasan estos límites no escritos cuando nos sentimos interpelados, y cuando se recurre a la normativa explícita.

También nos podemos encontrar, como hemos apuntado, con que haya diferentes interpretaciones en diferentes centros, con diferencias entre las subculturas médicas de cada territorio y de cada centro de las que hablábamos al principio. Veamos algunos ejemplos encontrados en diferentes situaciones: se puede aparcar donde está prohibido (quedándose al coche) o tocar el claxon en “zonas de silencio” (por ejemplo, dentro del recinto hospitalario); se puede usar el móvil aunque esté expresamente indicado lo contrario (se hace hablando en voz baja o saliendo al pasillo); determinados usuarios, como por ejemplo usuarios con problemas psiquiátricos, pueden



fumar un cigarrillo cada dos horas cerca de la ventana (éste es un excelente ejemplo del dinamismo cultural: antes había muchas más personas y muchos más espacios que disfrutaban de la excepción a la prohibición explícita de fumar); se puede visitar a familiares más allá del horario permitido (familiares como los entiendo de nuestra cultura: padres, hijos o hermanos, y preferentemente no más de tres o cuatro); los familiares también pueden pasar al box de urgencias atravesando con aplomo, sin preguntar y de uno en uno la puerta marcada con un cartel de prohibido visitas; pueden pasar dos o tres familiares a visitar a la persona enferma aunque sólo esté permitido un (pero no seis o siete); se puede usar un contacto para adelantar una visita o “colarse” (generalmente más efectivo cuanto más alto en la jerarquía del centro esté este “contacto”); se pueden adquirir en la farmacia medicamentos sin la receta requerida para ello; y podríamos encontrar muchos más ejemplos.

Todas estas excepciones a la normativa o a la ley explícita son casi invisibles para la mayoría, siempre que se hagan “discretamente”. En ambos casos, por lo tanto, el de la rotura de las normas por parte de pacientes y de profesionales, se pone de manifiesto la invisibilidad de aquello cultural propio para la mayoría. Es un buen ejemplo de la cultura: una manera de entender el mundo, que determina no sólo cómo actuamos sino cómo interpretamos las actuaciones de los demás. La cultura son las gafas a través de las cuales vemos el mundo: unas gafas que hace invisibles o menos graves estas “infracciones”.

3. Cuando los “otros” rompen las normas

Pero ¿qué pasa si son los “otros” son diferentes, visiblemente diferentes, los que rompen las normas? Podemos pensar en una situación de las que hemos citado: Cómo hemos visto, una familia autóctona (paya) que viene de visita fuera del horario permitido y lo hace “discreta-

mente” (es decir, cumpliendo este “manual de instrucciones” paralelo del que hablábamos antes), es casi invisible para nuestras gafas culturales, casi ni la vemos pasar, o incluso podemos interpretar que cuida bien del enfermo, que es una ayuda para todos, enfermos y profesionales. Los profesionales y el mismo centro se adaptan, se flexibilizan, casi de forma automática, en estos casos porque entra dentro de “lo normal”. Incluso se puede percibir como positivo que los familiares asuman parte del trabajo de los profesionales sanitarios. Imaginemos sin embargo cuál sería la percepción de los profesionales sanitarios si quienes entraran a la habitación fuera del horario permitido fueran visiblemente diferentes (su color de piel, su idioma, su acento, su manera de vestir, el tipo de familia, etc.). En este caso la interpretación de lo que sucede parte de nuestro desconocimiento o de lo que creemos saber del otro: no compartimos los implícitos culturales ni los códigos, pero tenemos prejuicios sobre el otro que condicionan también nuestra interpretación de lo que está pasando. La diferencia le hace visible, hace visible su “infracción”.

En este caso puede ser más fácil que el personal recuerde que hay una norma que impide a los enfermos recibir visitas a partir de cierta hora, porque la presencia del paciente “diferente” no se interprete del mismo modo. En este caso, se pone de manifiesto una vez más que el inmigrante no tiene el “derecho a la indiferencia” del que disfrutamos los autóctonos que pertenecemos a la mayoría. La cultura la vemos en el otro, como si nuestra manera de hacer (ese manual de instrucciones, esas gafas de las que hablábamos) no fueran tan culturales como los manuales de instrucciones y las gafas de los inmigrantes (o las minorías). Aún más cuando la diferencia no se encuentra sólo en la persona sino también en su manera de romper la norma. Al pariente que se cuelga por contactos es más difícil de decirle que “aquí esto no se hace”, porque sabe que no es verdad. Pero sí al que equivoca la forma de hacer la trampa, al que la hace visible; entonces esta rotura nos



parece insoportable. Entonces a menudo se “culturaliza” el problema y se reifica el prejuicio, simplificándolo y presentándolo de forma justificable: “Aquí, hay unas normas para todos, y no las ha cumplido”.

Por lo tanto, en cualquier cultura, no sólo hay unas normas que hace falta cumplir y respetar (que es a menudo lo que piden los que reclaman que los inmigrantes “se integren”). Hay también, y nuestra cultura no es una excepción, una manera de romperlas, implícita, que nadie explica y que en cambio la mayoría de personas que comparten esta cultura conocen y utilizan perfectamente, sobre todo cuando se encuentran en una situación extrema (y la enfermedad propia o de un familiar puede ser fácilmente una de estas ocasiones). La respuesta ante estas “excepciones” suele ser más bien de resignación o incluso, en determinados casos, de complicidad. Porque muchas personas, en caso de necesidad, recurren o recurrirían (recurriríamos) a ellas; y porque forman parte de nuestra cultura y de nuestros recursos.

¿Qué pasa cuando no se comparte la cultura y por lo tanto estos criterios implícitos? Los usuarios que tienen una cultura diferente a la nuestra ven las normas escritas pero no siempre ven el manual de instrucciones implícito. No distinguen con el mismo detalle las maneras toleradas de saltarse la norma. Pero en cambio ven que las normas se rompen y que no son iguales para todo el mundo -varían según el género, la clase social, el aspecto: es diferente si se trata de una anciana o de un joven “skin”, una niña o un abuelo, un político, un médico, o un obrero; es decir, que habrá más o menos flexibilidad a la hora de interpretarlas dependiendo de quién se trate. Y perciben, a menudo, que cuando ellos intentan hacer lo que ven hacer a los autóctonos, saltan las señales de alarma y se les llama la atención invocando la universalidad y el rigor de unas leyes y prohibiciones que son, como hemos visto, flexibles.

Los usuarios inmigrantes, como los autóctonos, desarrollan sus estrategias en situaciones de necesidad (de enfermedad) en función de sus recursos y de lo que aprenden, por lo tanto también en función del que se les enseña: en este sentido, usan (como hacemos muchos de nosotros) la estrategia que mejor funciona. Estas estrategias variarán según la situación, según el grado de aculturación en la cultura de acogida, y según diferencias individuales y culturales. Pueden ser las conocidas, las de su país o cultura de origen. Evidentemente, si no coinciden con nuestras, son mucho más visibles: por ejemplo, ponerse el primero a la cola o darle dinero al médico o la médica para ser atendidos antes o mejor, en lugar de buscar el contacto que nos cuele o nos recomiende. En otras situaciones se pueden intentar usar las estrategias de los usuarios autóctonos, pero no siempre tienen los mismos recursos, y no siempre su interpretación de lo que está “prohibido pero tolerado” es la misma que la nuestra. Así, como hemos visto, una familia que quiere quedarse a dormir con el enfermo como ha visto hacer a los de la habitación del lado puede encontrarse que su familia no puede quedarse porque son ocho personas. Y, finalmente, otras estrategias pueden aprovechar la diferencia y la discriminación: quizás su experiencia les haya enseñado que acusando de racismo a los profesionales (independientemente de si en esta ocasión sea verdad o no) consiguen más que, por ejemplo, callando y siendo amables y discretos.

Vale la pena, por lo tanto, reflexionar sobre qué estamos hablando cuando decimos que los usuarios inmigrantes o pertenecientes a culturas minoritarias están rompiendo las normas. Quizás estamos hablando de la frustración que sentimos por todas aquellas ocasiones en que efectivamente se rompen las normas pero dentro del marco que debemos tolerar. El hecho de que sean las maneras culturalmente aceptadas de romper las normas no significa que nos dejen siempre indiferentes, ni que estemos siempre de acuerdo; en este sentido, a menudo



se proyecta en el otro la rabia que nos generan situaciones de nuestra propia cultura que nos resultan difíciles o dolorosas. Quizás también estemos hablando de nuestros miedos y de nuestros prejuicios. Si una anciana de pueblo que viene por primera vez a la ciudad nos pide que no la visite un chico joven, quizás entendamos sus motivos culturales y estamos dispuestos a buscar, si es posible, una alternativa creativa, sin intentar “educar” a la mujer o convencerla que “las cosas aquí (y ahora) las hacemos así”. En este aspecto, somos a menudo más comprensivos con las contradicciones y complejidades de nuestra cultura que con las de las otras. Pero quizás si aprendemos a ver aquello cultural también en nosotros, tanto como en los demás, podemos descubrir que esta alternativa creativa (otra manera de adaptar la norma a la persona y la situación) nos puede ayudar en el caso de otras mujeres de otras culturas que, por motivos culturales, preferirían

que no las visitara un chico joven. O con hombres que preferirían que los visitara un hombre que una mujer. Pensemos cómo se interpretan en unas y otras situaciones las creencias, las costumbres, la tradición, la herencia patriarcal que están relacionados con estas conductas. Podemos también reflexionar sobre nuestra respuesta en cada caso: si tiene que ver con el otro o quizás con nuestra visión y valoración del otro. Pensar en nuestras contradicciones y nuestra capacidad (personal e institucional) de ser flexibles a la hora de aplicar e interpretar las normas nos puede ayudar a ver que tenemos más recursos y posibilidades de los que nos creemos para ofrecer una atención adaptada a las necesidades de los usuarios, también los que no pertenecen a la cultura mayoritaria.

Contacto: Cristina Visiers
cvisiersw@yahoo.es



BIBLIOGRAFÍA

- Kleinman A, Benson P (2006) Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 3(10): e294.
- Kirmayer LJ (2004) The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin* 2004; 69: 33–48.
- Moro, M.R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris: La Découverte.
- Visiers C y Qureshi A (2007). *Manual de transculturalitat per a professionals de la XAD*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.