



DISCURSO

& SOCIEDAD

Copyright © 2012
ISSN 1887-4606
Vol. 6(4), 739-758
www.dissoc.org

Artículo

Discurso político e inmigración: análisis crítico de discurso a propósito de la reforma gubernamental realizada al sistema de salud pública en España

Political discourse and immigration: critical discourse analysis of public health system reforms in Spain

Antonia Olmos Alcaraz
Departamento de Antropología Social
Universidad de Granada (España)

Resumen

El presente artículo analiza la intervención realizada en pleno de la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a propósito de las reformas en sanidad aprobadas a partir del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones («BOE» núm. 98, de 24 de abril de 2012). El objetivo del trabajo ha sido ahondar en el estudio de los procesos de creación de relaciones de alteridad hacia la población inmigrante extranjera, en este caso, a partir del análisis discurso político sobre inmigración existente en la actualidad en España. Para ello me apoyo en las propuestas epistemológicas del Análisis Crítico de Discurso. Los resultados del análisis apuntan a la pervivencia de la imagen de la inmigración como problema en el país, a la luz de un contexto nuevo caracterizado por la crisis social y económica, que se traduce en discriminaciones explícitas.

Palabras clave: *Discurso parlamentario, discurso político sobre inmigración, alteridad, racismo*

Abstract

This paper analyzes the discourse made by the Minister of Health, Social Services and Equal regarding health reforms adopted since the Royal Decree-Law 16/2012, of 20 April, on urgent measures to ensure sustainability the NHS and improve the quality and safety of their services ("BOE" n. 98 of 24 April 2012). The aim of the article has been to study the processes of creation of otherness towards foreign immigrants, in this case, from analysis political discourse on immigration exists today in Spain. For this I rely on epistemological proposals Critical Discourse Analysis. The results of the analysis suggest that there is still an image of immigration as a problem in the country, but in the light of a new context characterized by social and economic crisis, which translates to explicit discrimination.

Keywords: *Parliamentary discourse, political discourse of immigration, otherness, racism.*

Introducción

El discurso político sobre inmigración en el contexto español no es relevante –en tanto que notorio– hasta finales de los años ochenta. La principal razón que podemos esgrimir para explicar esta ausencia es, precisamente, la inexistencia de un volumen suficiente de población migrante hasta ese momento¹. No obstante diversas investigaciones han constatado que no será el incremento del número de migrantes en España el reactivo que iniciará el debate político sobre inmigración en el país (Márquez Lepe, 2006; López Sala, 2005; Olmos, 2009; García Castaño y Olmos, 2010); importando más la influencia que ejercieron en esos años las instituciones europeas y sus exigencias para que España –en tanto que nuevo miembro comunitario– blindara sus fronteras ante una posible entrada masiva de extranjeros extracomunitarios. Desde ese momento podemos hablar de un proceso creciente de “politización de la inmigración”², que acaba definiendo al país como *país de entrada* del resto de la Unión Europea, lo que abrirá las puertas para el desarrollo de políticas de control y gestión de flujos de corte muy parecido al de países con mayor presencia migratoria en esas fechas.

El contexto político europeo de esos años influyó en que, desde el principio, el discurso sobre inmigración en España estuviese problematizado, algo que llega hasta el momento actual. A este respecto Santamaría señala que ello se debe, en gran medida, a que se importaron categorías políticas y socio-cognitivas de los escenarios políticos de la Europa comunitaria, del Parlamento Europeo y, fundamentalmente, de Francia (Santamaría, 2002), donde la situación migratoria era cualitativa y cuantitativamente diferente a la española.

Otra característica del discurso político sobre inmigración en España es su carácter de “políticamente correcto” (Van Dijk, 2003; Olmos, 2009), lo que lo diferencia de otros escenarios europeos donde hay presencia importante de partidos políticos de extrema derecha que visibilizan discursos abiertamente racistas y xenófobos (Van Dijk, 1993, 2009). No obstante, y aunque mucho menos relevante que en países como Francia, Austria o Suiza, en España también podemos encontrar algún exponente al respecto, como Plataforma per Catalunya cuyo eslogan en las últimas elecciones fue “Primer els de casa”.

Merece la pena también destacar la ausencia y/o ruptura del presupuesto tradicional acerca de la línea política de los partidos (izquierda/derecha) asociada a una ideología pro/contra inmigración clara. Esta fórmula no acaba de encajar en el escenario político español, donde es posible advertir un discurso problematizado general y una “acción represiva (...) constante (y) transversal al signo político de la administración de turno”

(Lischinsky, 2007: 20). Tan solo algunos partidos políticos minoritarios, como el caso de Izquierda Unida, se han distanciado del discurso de “la inmigración como problema” (Márquez Lepe, 2006; Lischinsky, 2007; Olmos, 2009). A este respecto Zapata-Barrero (2007) sugiere que es una idea equivocada pensar que toda la izquierda política mantiene un discurso favorable a la inmigración y que toda la derecha hace lo mismo pero en contra. Para ello propone hablar de “discursos proactivos” y “discursos reactivos” con respecto al fenómeno migratorio: donde los primeros estarían a favor del fenómeno migratorio y los segundos no; y donde los primeros estarían dentro de la retórica del nuevo progresismo y los segundos cercanos a la retórica del nuevo conservadurismo.

El presente artículo trata de mostrar cómo emergen las características del discurso político sobre inmigración esbozadas anteriormente. Para ello analizo la intervención realizada en pleno de la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a propósito de las reformas en sanidad aprobadas a partir del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones («BOE» núm. 98, de 24 de abril de 2012). El objetivo del análisis es ahondar en el estudio de los procesos de creación de relaciones de alteridad hacia la población inmigrante extranjera, en este caso, a partir del discurso político. Para ello me apoyo en las propuestas epistemológicas del Análisis Crítico de Discurso.

Sobre alteridad, construcción de la diferencia y racismo

Las relaciones de alteridad se construyen con gran fuerza hoy con respecto a la categoría del *inmigrante extranjero*. Sin embargo los límites entre otredad y mismidad no están tan claros -si es que acaso algún día lo estuvieron- en la actual época globalizada. Es por ello que la alteridad ha de ser estudiada como una relación susceptible de encontrarse en todas partes: fuera y dentro de las fronteras nacionales, incluso fuera y dentro al mismo tiempo, dado el carácter transnacional de las migraciones actuales. El “otro” hoy es el extranjero, pero no todo extranjero, sino el extranjero “no occidental”. Culturalmente diferente. Étnicamente distante. Económicamente desfavorecido. El discurso político analizado marca de manera muy clara estas diferencias, al tiempo que nos deja ver una idea determinada del “nosotros”.

La alteridad es una relación de diferencia en tanto que extrañeza (no identificación con el “otro”), motivada por el no contacto (desconocimiento), pero también por el contacto, y en la mayoría de las ocasiones, está vehiculada por relaciones de poder simbólicas donde un grupo (o individuo)

domina en términos culturales, sociales, políticos y/o económicos a otro. Se trata, de una relación de jerarquización, donde existen intereses ideológicos, lo que hace que el proceso desemboque en la construcción de la diferencia. Entiendo por construcción de la diferencia “(procesos) y nuevas formas de presentar las distancias culturales, sociales y políticas que son legitimadas bajo la apariencia de ausencia de jerarquías sociales pero que ocultan un refinado mecanismo de exclusión” (García Castaño, Granados Martínez y Pulido Moyano, 1999: 17).

La otredad, por lo tanto, es el resultado de un proceso multinivel que se da en múltiples esferas de la realidad, y que desemboca en la generación de desigualdades sociales. Los procesos de otrerización son globales y holísticos, son, incluso, al mismo tiempo productos y relaciones (Lurbe i Puerto, 2008), pues las relaciones de alteridad dan lugar a la producción-construcción del “otro”. Es por esto que no se pueden estudiar en abstracto, sino que se trata de procesos que siempre deben ser analizados en contexto. Las ideologías que nutren los procesos de alteridad hacen posible la existencia de relaciones de poder simbólicas. En este sentido, el androcentrismo, el clasismo, o el racismo serían los ejemplos de procesos de otrerización, que acaban construyendo la diferencia naturalizando las desigualdades sociales, más habituales que podemos encontrar en las sociedades contemporáneas. Fue así durante mucho tiempo, y sigue siendo así hoy día. No obstante, las lógicas de funcionamiento de dichos procesos no siempre han sido las mismas.

Es por ello que cuando hablamos de racismo hemos de tener en cuenta la versatilidad del mismo a lo largo de la historia, pero también el contexto geopolítico en que opera (Wade, 2010; Grofoguel, 2012). El clásico racismo biológico es inapreciable en el discurso político actual en España. También “ha desaparecido virtualmente del mapa político europeo” (Lischinsky, 2007: 12). Hablamos por lo tanto de una re-edificación de la ideología racista bajo premisas distintas a las del pasado, que algunos han dado en llamar *nuevo racismo* (Barker, 1981). Aún no llegando a tal punto, es constatable que han cambiado las lógicas de producción del mismo (Wieviorka, 1992, 2006), y que hemos pasado de una lógica biologicista a otra culturalista, de una lógica de inferiorización a otra diferencialista (Taggieff, 1987). Lo importante ahora son las diferencias entre las *culturas* (Stolke, 1995), percibidas como si fuesen esenciales e insalvables, y de lo que se deriva la imposibilidad de convivencia. En el fondo hay una noción de *cultura* muy cercana al concepto de *etnia*, y de *etnia* como un cuasi-sinónimo del concepto de “raza”: algo natural, estático y objetivo.

Se trata de un “racismo sin razas” (Balibar y Wallerstein, 1988), expresado de manera poco explícita y muy sutil, y que queda claramente ejemplificado en lo T. A. Van Dijk acuña como “racismo de las élites”:

Contrariamente a un uso muy extendido, por las élites en especial, el racismo no se limita a unas modalidades raciales obvias, descaradas o violentas, sino que también comprende ciertas formas más sutiles e indirectas del racismo cotidiano (Van Dijk, 1999: 77).

Que además es una de las formas más perjudiciales de racismo contemporáneo, dado que las “élites políticas” (...) controlan las dimensiones y decisiones más cruciales de la vida cotidiana de las minorías y de los inmigrantes: entrada, residencia, trabajo, vivienda, educación, bienestar, salud, conocimiento, información y cultura (...) (Van Dijk, 2009: 181).

También habría que distinguir cuándo el racismo no es más que un mero prejuicio que está en nuestras mentes y cuándo supone algo más, que además está respaldado institucionalmente. En el primer caso, en principio, no habría efectos sociales de importancia; en el segundo, aparecen discriminaciones explícitas en grupos concretos. En el racismo de la clase política esta distinción se hace una coincidencia, y los prejuicios individuales pueden llegar a materializarse en normativa y políticas públicas, dado que el discurso político es en sí una forma de acción política (Lischinsky, 2007). Es, precisamente, lo que ha sucedido con la reforma realizada al sistema sanitario en España, que ha permitido la retirada de una serie de derechos a los inmigrantes en situación administrativa irregular, impidiéndoles el acceso universal a los servicios básicos de salud.

Algunos apuntes sobre el Análisis Crítico de Discurso

Debemos distinguir el Análisis Crítico de Discurso (ACD) del simple Análisis del Discurso, tanto por las temáticas que estudia (poder, ideología, racismo, desigualdad, problemas sociales...) como por la mirada crítica con que lo hace. Esta perspectiva de análisis proporciona enfoques y herramientas muy valiosas para el estudio del discurso político, en tanto que discurso de élite (Van Dijk, 1993: 2003), y en tanto que discurso autorizado que procede de fuentes autorizadas (Martín Rojo, Pardo y Whittaker, 1998), con el poder de generar creencias e imaginarios colectivos dada su capacidad de difusión, persuasión e imposición.

El ACD surge como una forma de posicionamiento dentro de las Ciencias Sociales que se enfrenta a las diversas formas de control social. Es un enfoque de análisis³ que, si bien, tiene su origen en diversos paradigmas críticos iniciados en los años setenta⁴, no toma forma hasta principios de los años ochenta, siendo influenciado e influenciando a su vez a muchas disciplinas. Sociología, Antropología, Lingüística, Psicología Social... son algunas de las que han contribuido de diversas maneras al desarrollo del

mismo. Su objetivo último sería desvelar las ideologías y/o intenciones del comunicador existentes detrás de los textos y el habla. Exige, por lo tanto, la implicación del teórico en aquello que estudia (Martín Rojo, Pardo y Whitaker, 1998), lo que no conlleva en absoluto el abandono de la distancia crítica con respecto al objeto de investigación, ni la manipulación de los datos para conseguir el resultado “que se prefiera” (Wodak y Matouschek, 1998). Hay una correspondencia, en este sentido, con lo que en Antropología -y más concretamente en la Etnografía- se conoce como la relación y necesario equilibrio entre las perspectivas *etic* (la perspectiva del investigador, que ha de estar siempre presente en la labor interpretativa de la realidad social) y *emic* (la visión de los sujetos investigados, también imprescindible en la interpretación de las culturas). Equilibrio que, sin embargo, no siempre llega a conseguirse de manera satisfactoria.

Por otro lado, el ACD se presenta como un enfoque muy acertado y útil, dado que nos aporta claves fundamentales⁵, para de-construir determinadas representaciones sociales actuales -léase la imagen de la inmigración como problema-. A través de la práctica del mismo podemos desvelar cómo se lleva a cabo la construcción de acontecimientos, relaciones sociales e incluso cómo se lleva a cabo la construcción del propio sujeto, a la vez de conocer las implicaciones sociales de estas construcciones -marginación, exclusión, estigmatización, diferenciación, etc.-:

En las investigaciones de ACD se intenta desvelar cómo se lleva a cabo esta construcción de los acontecimientos, de las relaciones sociales, y del propio sujeto a través del discurso, y, paralelamente, se trata de revelar cuáles son las implicaciones sociales de este proceso de construcción (...) (Martín Rojo, Pardo y Whitaker, 1998: 11).

Es decir, el discurso juega un papel fundamental en la construcción social de la realidad. De hecho, uno de los objetivos del ACD como enfoque metodológico es estudiar el papel del discurso en la pervivencia de las diferencias sociales y la puesta en funcionamiento de estructuras y mecanismos de dominación (*ibídem*).

Análisis de discurso parlamentario: la intervención en pleno de la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a propósito de las reformas en sanidad

El pasado 24 de abril de 2012 aparecía en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la

calidad y seguridad de sus prestaciones, convalidado en pleno de 17 de mayo de 2012 en el Congreso de los Diputados, con 178 votos a favor y 137 en contra. En la misma sesión se pedía que dicho Real Decreto-ley fuese tramitado como proyecto de ley por procedimiento de urgencia, lo que no se aprobó, con 139 votos a favor y 176 votos en contra, limitando las posibilidades de un pacto sanitario y las aportaciones que las distintas fuerzas políticas pudieran realizar a la norma. El Real Decreto-ley, entre otras cosas, conseguía la exclusión de la población inmigrante en situación administra irregular del sistema sanitario público español⁶.

A continuación se analiza la intervención que realizó en pleno la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la defensa, y posterior convalidación, de esta reforma.

Sobre la argumentación: que... ¿por qué hacemos esto?

El discurso parlamentario es un tipo específico de discurso político, y que cuenta con unas características particulares. Una de ellas es que goza de una *legitimidad* a priori de ser emitido (dado que los/as parlamentarios son los/as representantes legítimos de la ciudadanía, elegidos en el marco de un sistema democrático). Otra tiene que ver con el propio contexto en que expresado: un marco institucionalizado, con unas “reglas de juego” -tiempo de las intervenciones, temáticas a abordar, turnos de palabra...- bastante rígidas y pautadas. Considerando estos dos elementos podremos entender mucho mejor el funcionamiento del mismo.

La intervención de la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, además de cumplir con estas dos características, se define por contar con una retórica argumentativa dirigida a convencer a la audiencia de que el sistema sanitario público español tiene un problema de déficit *extraordinario* que requiere de medidas de ajuste también *extraordinarias*, por la situación de crisis económica actual:

(1) Es una medida que forma parte del programa de reformas del Gobierno y que recoge el compromiso de su presidente para acabar con las incertidumbres y problemas que se han generado en los últimos años sobre nuestra sanidad. (...) Con esta reforma del sistema sanitario el Gobierno atiende a varios desafíos, sobre los cuales destaca una deuda cercana a los 16.000 millones de euros, que ha puesto en serio riesgo nuestro sistema sanitario público. Es urgente devolver la confianza a la sociedad en nuestro sistema de salud y, para ello, es imprescindible que garanticemos su sostenibilidad (p. 56).

La argumentación es una estrategia discursiva⁷ que construye realidades sociales. En nuestras argumentaciones elegimos las palabras que vamos a usar, elegimos los temas de los que vamos a hablar y omitimos la

información que nos interesa ocultar, y todo ello con un fin específico. En el caso analizado, la ministra elige hablar de *riesgos para nuestro sistema sanitario público* (p. 56), de que *la sanidad, que se encuentra en grave riesgo de quiebra tras ocho años de Gobierno socialista* (p. 62); y elige hablar de *inseguridades, incertidumbres y abusos* sobre el sistema público sanitario que justifican la reforma:

(2) En primer lugar, me gustaría destacar que las medidas contenidas garantizan el actual modelo sanitario recogido en la Ley General de Sanidad y mejora procedimientos para el acceso a la asistencia sanitaria evitando incertidumbres, inseguridades y abusos (p. 56).

Hace una definición del problema: la sanidad pública está en riesgo, en situación de incertidumbre y de inseguridad mantenimiento en el tiempo. Hace un esbozo de las causas de ese problema: ha habido una mala gestión previa y una serie de abusos perpetrados contra el sistema. Y propone una solución al mismo: la búsqueda de la calidad y la eficiencia:

(3) El contenido se va a establecer en colaboración con las comunidades autónomas, aplicando, como he dicho en mi primera intervención, criterios médicos, científicos y tecnológicos que serán evaluados por la red nacional de agencias de evaluación de tecnologías y prestaciones sanitarias (p. 63).

Apoyándose para ello en el discurso de agentes externos, de sistemas de expertos y agencias evaluación para respaldar dichas reformas: argumentos discursivos que tienen la clara intención de convencernos de algo, convencernos de un determinado punto de vista, en este caso, de que “recortando derechos” se conseguirá la mejora ¿de la calidad? del sistema sanitario.

El proceso de argumentación es también un proceso de significación, una forma de atribuir significados a sucesos, personas y objetos mediante los esquemas interpretativos en los que los situamos (Cristoffanini, 2003), y que termina legitimando situaciones. Así, cuando encontramos que una política gubernamental respalda el acceso restringido a los servicios de salud (hasta ahora universales) como solución a una situación de crisis económica, es posible afirmar que ello se sustenta sobre argumentos y procesos de significación negativos acerca de la realidad migratoria, que es interpretada como amenaza, como peligro, como riesgo... para el mantenimiento de *nuestro* sistema de bienestar. Todo ello puede influir en la reproducción de la desconfianza hacia la población inmigrante, calificable de racismo de élite (Van Dijk, 2009).

Cuestión de colores: *hacer lo blanco negro* o sobre el concepto de *verdad* en el discurso político

En la intervención que hace la ministra destaca sobremanera un tema: la insistencia en que las reformas que introduce el Real Decreto-ley 16/2012 no alteran la universalidad del acceso al sistema público de salud en España:

(4) Este es el mandato que se desprende de nuestra Constitución en el artículo 43, que recoge expresamente el derecho a la protección de la salud, y de la normativa vigente, especialmente el artículo 2 de la Ley General de Sanidad, que dice textualmente: Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional (p. 56).

En esta ocasión se hace muy evidente la legitimidad apriorística de la que gozan los discursos de élite y que es visible, en este caso, en las palabras de la ministra, al margen de la veracidad legal. A este respecto Charaudeau (2009) afirma que:

(...) el discurso político es un lugar de verdad capciosa, de «simular», dado que lo que cuenta no es tanto la verdad de esa palabra proferida públicamente, como su fuerza de verdad, su veracidad, por sus condiciones de dramatización que exigen que los valores sean presentados según un guión dramático capaz de conmover al público de manera positiva o negativa, ya sea para hacerlo adherir al proyecto que se defiende, o para disuadirlo de seguir un proyecto adverso. (Charaudeau, 2009: 119).

Pero podríamos preguntar, cuando la señora ministra dice que son titulares del derecho a la protección de la salud “los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”, si se refiere a tener un permiso de residencia. Y ella misma responde a esta pregunta, en una segunda intervención, afirmando que:

(5) El artículo 1.2 de la Ley General de Sanidad —se lo vuelvo a leer, porque parece que no me ha escuchado en la primera intervención— dice: Son titulares de derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Tampoco ha cambiado el régimen de financiación, señorías. El régimen de financiación de la sanidad pública sigue establecido en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, no se ha modificado. Lo que sí que ha cambiado a mejor es el avance de la universalización de la asistencia sanitaria pública (p. 62).

Sacándonos de toda duda declarando dado que, con la reforma, *lo que sí ha cambiado a mejor es el avance de la universalización de la asistencia sanitaria pública* (p. 62). Cabe aquí una reflexión en voz alta, algo irónica: ¿es posible que si repetimos algo hasta la saciedad termine adquiriendo

estatus de verdad absoluta? Y es que, la señora ministra volverá a repetir que, con la reforma, estamos más cerca que antes de la universalidad del derecho al acceso a la sanidad:

(6) Señorías, se lo he explicado por activa y por pasiva —incluso se lo puedo decir más alto pero no más claro—, esta reforma garantiza la sanidad pública universal gratuita y de calidad para todos los ciudadanos, sanidad que ustedes habían puesto en grave riesgo con una deuda de 16.000 millones, y no sé cómo se atreve a venir a esta Cámara a hablar de la herencia que dejó el Partido Popular. Me parece tan increíble que no tengo palabras para expresarlo (p. 66).

¿Será que donde ella ve “blanco” el resto vemos “negro”? No. Se trata de una cuestión mucho más simple —o no tanto—. Es posible que el concepto de ciudadano que maneja la ministra sea lo que no es universal. Es decir, ella defiende —como vemos en la cita anterior— por activa y por pasiva que la reforma *garantiza la sanidad pública universal gratuita y de calidad para todos los ciudadanos* (p. 66); pero la cuestión es que es posible que no esté considerando a los inmigrantes extranjeros en situación administrativa irregular como ostentadores de este estatus. A su discurso me remito:

(7) Señorías, en esta reforma no hemos modificado el modelo; hemos reforzado el modelo; hemos garantizado a sanidad para todos los españoles; hemos extendido la universalidad; hemos evitado determinados abusos y la mala utilización del sistema sanitario. Nadie se va a quedar desatendido, se ponga usted como se ponga, porque somos solidarios, porque tenemos ética y porque la ley reconoce la atención básica para los inmigrantes. Por tanto, ningún inmigrante, aunque tenga situación de irregularidad, se va a quedar desatendido en este país porque siempre ha sido así y siempre será así. Garantizamos el derecho a la asistencia sanitaria no por el hecho de estar empadronado sino por el cumplimiento de requisitos legales —lo lógico en un Estado de derecho—, y sin dejar por ello de prestar asistencia a todos los que lo necesiten. Avanzamos en equidad, fortalecemos la cohesión y avanzamos también en la salud (p. 67).

El sujeto legítimo de derecho, por lo tanto, es ciudadano español (aunque no todos y no solo); y para el inmigrante extranjero en situación administrativa irregular lo que queda es la “beneficencia”: ¿podemos hablar de universalidad entonces cuando no reconocemos los derechos de manera universal, sino que otorgamos “ayuda a los necesitados”?

Es interesante señalar cómo lo que la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad dice sin decir y afirma sin afirmar (que el concepto de *universalidad* que maneja el Gobierno en el Real Decreto-ley tiene que ver solo con algunos), queda bastante más claro cuando es otro parlamentario del Grupo Popular quien interviene. Véase los siguientes ejemplos, especialmente lo marcado en negrita:

(8) Y desde el primer día, en un diálogo constante con las comunidades autónomas, se ha trabajado en un real decreto-ley que hoy se convalida aquí en el Congreso de los Diputados y que, señorías, preserva y asegura la viabilidad y **el mantenimiento de nuestro modelo sanitario, patrimonio de todos, repito, de todos los españoles** (p. 78).

(9) Señorías, el Gobierno del Partido Popular apuesta por **un modelo que garantiza la universalidad de la asistencia sanitaria para todos los españoles** (Aplausos), no se quita sanidad, se mejora la sanidad (p.78).

(10) Nuestro sistema sanitario no cuenta con una cartera común de servicios. Ustedes no la hicieran común. **Nuestro sistema sanitario no es universal todavía**, pero nosotros vamos a conseguir que sea universal, y nuestro sistema sanitario va a estar independientemente blindado de las vicisitudes económicas, porque lo vamos a hacer serio y estratégico. (Rumores.—Protestas). Esos son quince minutos de máster, señoría. (Aplausos). **Todos los españoles, todos, tendrán derecho a la tarjeta sanitaria, y no hay más que hablar.** (Rumores.—Varios señores diputados: ¡Ah!) **Todos los españoles tendrán derecho a la tarjeta sanitaria.** (Rumores) (p.78).

(11) Cuando pase el tiempo y **comprueben que los españoles, todos, tenemos esa universalidad** de la asistencia sanitaria de calidad, ¿dónde estarán ustedes para recoger esas mentiras que nos han dicho en el día de hoy? ¿Dónde les podremos buscar? (Aplausos.—Rumores) (p.78-79).

Hasta en cuatro ocasiones el parlamentario del Grupo Popular, en la misma intervención, afirma que (8) *el mantenimiento del modelo sanitario es patrimonio de los españoles*; que se trata de (9) *un modelo que garantiza la universalidad de la asistencia sanitaria para todos los españoles*; que (y se reconoce con ello abiertamente por primera y única vez por parte de un miembro del Gobierno en todo el debate) (10) *nuestro sistema sanitario no es universal todavía* y que *todos los españoles tendrán derecho a la tarjeta sanitaria, y no hay más que hablar* (y nótese también el tono autoritario de las últimas palabras del parlamentario popular).

La corrección política parece atenuarse en esta ocasión, con lo que podemos también concluir que existen diferencias cualitativas entre el discurso político de cargos ministeriales y el discurso político de otros parlamentarios no titulares de un ministerio.

¿Turistas o “la inmigración como problema”?

Y es el momento de hacernos otra pregunta: ¿turistas o inmigrantes? ¿británicos o marroquíes? ¿de quienes habla la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad cuando afirma que pretende *mejorar procedimientos para el acceso a la asistencia sanitaria evitando incertidumbres, inseguridades y abusos (...)* y *el descontrol que supone que*

cualquier persona, sin concurrir los requisitos legales y por el mero hecho de empadronarse en nuestro país, tenga acceso a la tarjeta sanitaria? (p. 56). Es bien conocido en España el uso que jubilados europeos han venido haciendo en las últimas décadas del sistema de salud español. No obstante hay ambigüedad cuando la ministra aborta el tema en el debate para solicitar la convalidación del Real Decreto-ley 16/2012, y ello porque en algunas ocasiones habla de turismo:

(12) Otro problema es la falta de adaptación de la legislación española a la normativa europea, que ha abierto las puertas a los abusos del llamado turismo sanitario y ha ocasionado gastos indebidos por valor de más de 1.000 millones de euros en un solo ejercicio económico, en el año 2009 (p. 56).

Pero en otras habla de inmigración:

(13) En cuanto al tema de los inmigrantes, señorías, no se pueden equiparar dos situaciones que son diferentes. Ya sé que es un debate permanente entre el Partido Socialista y el Partido Popular y entre distintos grupos, pero no se pueden equiparar, porque además sería injusto, los derechos de las personas que conviven con nosotros en situación de legalidad, con todas las de la ley, con los de aquellas que están en situación irregular. Señorías, también les podría decir, pero no tengo tiempo y no quiero que la señora presidenta me llame la atención, que la atención que se presta en otros países europeos a las personas que no tienen cobertura sanitaria es infinitamente menor que la que se va a prestar en España. ¿Por qué? Porque en España todo el mundo va a recibir la atención sanitaria que reconocen las leyes españolas, bastante más solidarias —se lo aseguro— con los inmigrantes que las leyes, como decía, de otros países de nuestro entorno (p. 63).

Y sabemos que el decreto en sí lo que modifica es el artículo 12 de la Ley de Extranjería⁸, dejando a los extranjeros no comunitarios en situación administrativa irregular sin la cobertura sanitaria en igualdad de condiciones que a los españoles —independientemente de que carezcan de medios⁹. Es decir, las consecuencias de la restricción de atención sanitaria recaen fundamentalmente sobre inmigrantes *no europeos* en mayor medida que sobre ciudadanos miembros de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo o Suiza, que podrán ser atendidos aunque carezcan de autorización de residencia en España, si demuestran que no tienen medios económicos suficientes (Sagarra, 2012). ¿Qué podemos concluir al respecto? ¿a quien va dirigido realmente el decreto? En este caso se usa el discurso del “turismo sanitario” para reducir los derechos de un determinado tipo de inmigrante extranjero, difícilmente confundible con el turista jubilado de procedencia europea. Es decir, sigue operando la lógica de la “inmigración como problema” que culpabiliza al inmigrante del malestar social en todos sus aspectos, lo que —a su vez— da carta blanca para introducir reformas que discriminan de manera muy clara a unos colectivos más que a otros.

En toda su intervención, la ministra, trata de formular esta situación (*crisis provocada por abusos, subsanable con reformas*) en términos que resulten convincentes para la audiencia. Para ello, las estrategias discursivas utilizadas son muy variadas. Lo primero es definir la situación como excepcional, por extrema y grave:

(14) Por todo ello, señorías, y porque el grave contexto económico en el que nos encontramos requiere de una aplicación efectiva e inmediata de las medidas contenidas en este real decreto-ley (p. 59).

(15) Señorías, no sé si cumpliremos o no el objetivo planteado con la reforma que hemos elaborado que, como le digo, es una reforma urgente para una etapa excepcional (p. 62).

(16) Esta reforma que hemos presentado hoy es una reforma para hacer frente a una situación excepcional en un momento de urgencia (p. 64).

Lo que intenta explicar una actuación precipitada y rápida que, en el caso que nos ocupa, consiste en cambiar el modelo sanitario sin un tiempo de debate previo, a través de un decreto-ley.

Otra de las estrategias que podemos encontrar es el manifestar que *el real decreto es también fruto del diálogo y el acuerdo en el marco de un pacto con todas las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* (p. 56). Es decir, que no se trata de una decisión tomada de manera unidireccional por el Gobierno Central. Pero también manifestar que los problemas que han motivado la reforma han sido señalados además de por el gobierno, por otros agentes sociales: todas las *fuerzas políticas*, diversas *comunidades autónomas*, el *Defensor del Pueblo*, etc (56). O incluso que las soluciones vendrán de la mano de los expertos *de la nueva Red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias* (p. 57), *agencia comparable al NICE británico, al INVS francés y al ICEF alemán* (p. 63). El argumentario (en tanto que retórica) se apoya constantemente, en “otras voces” para obtener mayor legitimidad a través de una estrategia discursiva de autoridad (van Leeuwen y Wodak, 1999) que recurre a personas e instituciones de *reconocida* importancia. Y se añade justificación al recordar que la situación extrema que obliga a actuar de la manera que se está haciendo es producto de la administración de la legislatura anterior:

(17) Señora presidenta, con esta norma hemos establecido que los extranjeros tengan por lo menos las mismas condiciones que los españoles y que en sus países nos exigen a nosotros cuando viajamos fuera, cosa que no ocurría hasta ahora. Hemos

establecido un freno a determinados abusos a los que la sanidad pública española estaba siendo sometida y que ustedes han permitido (p. 63).

Conseguido esto, el discurso de la ministra concentra sus esfuerzos en “culpar a la víctima”, de manera que la gestión derivada de la aprobación de la reforma pueda ser leída como “la única solución posible” a una situación definida como problemática:

(18) Hay una clara apuesta por la universalización de la sanidad y se clarifican y unifican los procedimientos de acceso a la asistencia sanitaria (...) Esto es lo que ha permitido, entre otras cosas, que determinadas personas viajasen a nuestro país a sacarse la tarjeta sanitaria, volviesen al suyo para operarse, por ejemplo, y la sanidad española se hiciera cargo de pagar esa operación. El sistema de aseguramiento que recoge este real decreto no es ninguna novedad; además de ser la expresión técnica de referencia usada en los reglamentos de la Unión Europea (p. 56).

Resultan difíciles de comprender las razones por las que una persona que está en situación administrativa irregular quiera salir del país para ir “al suyo a operarse”, teniendo en cuenta la calidad del sistema sanitario español y teniendo en cuenta los costes (económicos y humanos) que conlleva la travesía por las que pasan algunas personas para llegar a España. Es mucho más fácil que quien ejerza este tipo de práctica sea alguien que goza de libertad de movimiento (entrada y salida del territorio español). No obstante quienes en mayor medida se verán afectados por los recortes aparejados a la aplicación del decreto serán los inmigrantes extranjeros extracomunitarios en situación administrativa irregular.

La no diferenciación entre ambas poblaciones (inmigrantes y turistas), la ambigüedad en la explicación de las problemáticas que justifican las reformas y la indefinición explícita de los abusos a lo que se refiere la ministra ayudan a que la audiencia acepte cierta –sino toda- responsabilidad de lo acontecido en quienes se verán excluidos de las prestaciones sanitarias. Ello supone un tipo específico de *disclaimer* (Van Dijk, 2009) que permite eludir de responsabilidad al gobierno, principal –y único- responsable de las consecuencias derivadas de la aplicación del Real Decreto 16/2012. Al culpabilizar a la víctima en ocasiones se pretende y se consigue que, además de eludir responsabilidades, el “nosotros” aparezca como el verdadero damnificado de la situación que se define:

(19) Señorías, existen principalmente dos actitudes ante los problemas que afectan a los españoles: En primer lugar, ignorarlos, negarlos y desentenderse de ellos; en segundo lugar, enfrentarse a ellos con soluciones valientes, responsables y necesarias (p. 61).

De hecho es uno de los lugares comunes de la retórica discriminatoria y

constituye una de las fórmulas más rentables (Bañón, 1996).

Apuntes finales

La intervención analizada defiende, a partir de argumentos que tienen que ver con la búsqueda de la calidad y la eficiencia en época de crisis, la modificación del modelo sanitario público español para subsanar “determinados abusos” que –se afirma- se vienen realizando y que –se argumenta- son los culpables de la situación *insostenible* en que se encuentra el mismo.

Del análisis del mismo se puede concluir que los inmigrantes extranjeros en situación administrativa irregular no son ciudadanos de derecho para ser considerados merecedores de la aplicación de la universalidad de la norma convalidada. El concepto de universalidad se define, por lo tanto, solo respecto del “nosotros”. A esta forma de categorización del “otro” subyace la pervivencia de un nacionalismo de Estado cómodamente instaurado en las instituciones, en la maquinaria oficial puesta al servicio de éste (Taibo, 2007), y que quizá por eso, por ser institucional e institucionalizado no es visible.

La pervivencia de este nacionalismo permite que la otredad se establezca, en un grado muy alto, con respecto al no-nacional, al “extranjero”. Más concretamente con respecto al inmigrante económico extranjero pobre, que es construido y re-construido por toda una sociedad (normativamente, políticamente, mediáticamente...) como ese “otro” diferente a un “nosotros”, también construido socialmente como homogéneo.

El derecho a la salud no queda establecido como universal a partir del decreto 16/2012, estando su aplicabilidad a la situación laboral, social, legal y de nacionalidad de la persona en cuestión. Con ello se evidencia que estamos asistiendo a un proceso de reducción de derechos de un sector de la población residente en España donde son tangibles presupuestos de índole xenófoba y racista. La situación de crisis actual está actuando como cortina de humo que impide visibilizar de manera clara dichos procesos, al tiempo que parece estar funcionando como un revulsivo para la emergencia de los mismos.

Notas

¹ En el año 1985 el número de extranjeros residentes en el país era de 241.971, cifra incluso por debajo del 1% de la población total (Observatorio Permanente de la Inmigración, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración).

² Hablar sobre “politización de la inmigración” es hacer referencia a la aparición de la cuestión migratoria en las agendas políticas. López Sala entiende a este respecto que se trata de un proceso en el que “la cuestión inmigrante se convierte en un hecho con gran

repercusión en la esfera política de los países de acogida por los retos y transformaciones que genera en las concepciones tradicionales de Estado y la identidad nacional, la ciudadanía liberal y la titularidad de los derechos” (López Sala 2005: 101).

³ Algunos autores, con T.A. Van Dijk a la cabeza, afirman que el Análisis Crítico del Discurso es más que un simple un método o enfoque de análisis, ya que tendría dimensiones teóricas y aplicadas, abogando para ello por una forma más genérica de denominación: “Estudios Críticos del Discurso”.

⁴ La Lingüística Crítica, la Escuela de Frankfurt (Habermas) y los Estudios Culturales, por dar algunos ejemplos.

⁵ Por ejemplo las técnicas de análisis que ofrece el ACD, tomadas en su mayoría de la Lingüística y que proponen analizar, entre otras cosas, la intencionalidad del emisor a través de análisis detallado de aspectos como la persona usada en los discursos, las figuras retóricas empleadas, la recurrencia y/u omisión de temas, etc., y que permiten trabajar con los discursos *emic* de una manera más profunda.

⁶ Es importante señalar a este respecto que las personas inmigrantes extranjeras en situación administrativa irregular son solo un parte de quienes, con el Real Decreto-ley 16/2012, quedan excluidos de una atención sanitaria pública y gratuita. Otras personas que quedan excluidas del mismo son por ejemplo los ciudadanos/as españoles/as mayores de 26 años residentes en España que nunca han estado en situación de alta o asimilada al alta en el Sistema de Seguridad Social (ver Sagarra 2012).

⁷ Este trabajo entiende como “estrategia discursiva” una forma de esgrimir argumentos para que determinados discursos queden respaldados, legitimados. El objetivo de las mismas es persuadir al oyente (Charaudeau y Maingueneau, 2005), para *construir la diferencia*. Se trata de una forma de argumentar para convencer y crear consentimiento. Las estrategias discursivas tienen la intención de modificar la realidad social propiciando que sea interpretada de una manera determinada, sin dejar opción a alternativas.

⁸ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en su redacción dada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre y por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, que regulaba el derecho a la asistencia sanitaria, estableciendo que los extranjeros que se encontraran en España –inscritos en el padrón del municipio de su domicilio habitual- tendrían derecho a la asistencia en las mismas condiciones que los españoles.

⁹ Y ello dado que el Real Decreto Ley 16/2012 establece que: Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, b) De asistencia al embarazo, parto y postparto, c) Menores de dieciocho años en misma condiciones que los españoles” (Art. 3 ter. “Asistencia sanitaria en situaciones especiales”, RDL 16/2012: 9).

Bibliografía

- Bañón Hernández, A.M. (1996).** *Racismo, discurso periodístico y didáctica de la lengua*. Universidad de Almería. Servicio de publicaciones de Almería: Almería.
- Balibar, E. y I. Wallerstein (1988).** *Race, nation, classe: les identités ambiguës*. Paris: La Découverte.

- Barker, M. (1981).** *The New Racism: Conservatives and the Ideology of the Tribe*. Londres: Junction Books.
- Cristoffanini, P. (2003).** “La representación de los Otros como estrategias de construcción simbólica”. En *Sociedad y Discurso*, 3, 1-28.
- Charaudeau, P. (2009).** “Reflexiones para el análisis del discurso populista”. En *Discurso & Sociedad*, 3(2) 2009, 253-279.
- Charaudeau, P. y Maingueneau, D. (2005).** *Diccionario de análisis del discurso*. Madrid: Amorrortu Editores.
- García Castaño, F.J., Granados Martínez, A. y Pulido Moyano, R. (1999).** “Reflexiones en distintos ámbitos de construcción de la diferencia”, en García Castaño, F.J., Granados Martínez, A. (Ed.), *Lecturas para educación intercultural*. Madrid: Trotta. 15-46.
- García Castaño, F.J. y Olmos Alcaraz, A. (2010).** “La promoción de la plena integración de los extranjeros por parte de las administraciones públicas: ¿una protección legal para la construcción de una sociedad multicultural?”, en Monereo Pérez, J.L. (Dir.), *Protección jurídico-social de los trabajadores extranjeros*. Granada: Comares. 111-177.
- Grosfoguel, R. (2012).** Descolonizar la economía, prácticas otras y bien vivir. Conferencia pronunciada el 13/02/2012 en la Universidad de Granada.
- Lischinsky, A. (2007).** “Un caso de doble discurso en política: contraargumentos del gobierno español al racismo discursivo de la oposición parlamentaria”. En *Discurso & Sociedad*, 1(1), 3-65.
- López Sala, A. (2005).** *Inmigrantes y Estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria*. Barcelona: Anthropos.
- Lurbe i Puerto, K. (2008).** “Sobre la reapropiación de la “metáfora étnica” para alterar las minorías transnacionales”, en E. Santamaría (Ed.), *Retos epistemológicos de las migraciones transnacionales*. Barcelona: Anthropos. 79-108.
- Márquez Lepe, E. (2006).** La gestión política de la diversidad cultural en España: análisis de los discursos parlamentarios sobre inmigración. Tesis Doctoral, Universidad de Granada. Departamento de Antropología Social, Granada.
- Martín Rojo, L., Pardo, L. y Whittaker, R. (1998).** “El análisis crítico del discurso: una mirada indisciplinada”, en L. Martín Rojo y Whittaker, R. (Eds.), *Poder-decir o el poder de los discursos*. Madrid: The British Council, Arrecife y UA Ediciones. 9-33.
- Olmos Alcaraz, A. (2009).** La población inmigrante extranjera y la construcción de la diferencia. Discursos de alteridad en el sistema educativo andaluz. Tesis doctoral, Universidad de Granada. Departamento de Antropología Social, Granada.

- Sagarra Trias, E. (2012).** “¿Puede limitarse el derecho al acceso a la sanidad pública sin debate parlamentario previo?”. En *Revista de Derecho Migratorio y Extranjería Lex NOVA*, 2 (X), 207-222.
- Santamaría, E. (2002).** *La incógnita del extraño*. Barcelona: Anthropos.
- Stolke, V. (1995).** “Europa: nuevas fronteras, nuevas retóricas de exclusión”, en A. SÁNCHEZ et al. (Comp.), *Extranjeros en el paraíso*. Barcelona: Virus. 235-266.
- Taibo, C. (Dir) (2007).** *Nacionalismo español: esencias, memoria e instituciones*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Taggieff, P.A. (1987).** *La forcé du préjugé. Essai sur le racisme et ses doubles*. París: La Découverte.
- Van Dijk, T. A. (1993).** *Elite discourse and racism*. California: Newbury Park, SAGE.
- Van Dijk, T. A. (1999).** *Ideología. Una aproximación multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Van Dijk, T. A. (2003).** *Racismo y discurso de las élites*. Barcelona: Gedisa.
- Van Dijk, T. A. (2009).** *Discurso y poder*. Barcelona: Gedisa.
- Van Leeuwen, T. y Wodak, R. (1999).** “Legitimizing immigration control: a discourse-Historical analysis”. En *Discourse Studies*, 1(1), 83-118.
- Wade, P. (2010).** “Raza y Naturaleza Humana”. En *Tabula Rasa*, 14, 205-226 .
- Wieviorka, M. (1992).** *El espacio del racismo*. Barcelona: Paidós.
- Wieviorka, M. (2006).** “La mutación del racismo”. En *Migraciones*, 19, 151-163.
- Wodak, R. y Matouschek, B. (1998).** “Se trata de gente que con sólo mirarla se adivina su origen: análisis crítico del discurso y el estudio del neo-racismo en la Austria contemporánea”, en L. Martín Rojo y R. Whittaker (Eds.), *Poder-decir o el poder de los discursos*. Madrid: The British Council, Arrecife y UA Ediciones. 55-92.
- Zapata-Barrero, R. (2007).** “Política del discurso sobre inmigración en España: discurso reactivo y discurso pro-activo en los debates parlamentarios”. En *Discurso & Sociedad*, 2 (1), 317-369.

Nota biográfica

 A portrait of Antonia Olmos Alcaraz, a woman with long brown hair, wearing glasses and a white top, standing outdoors near a body of water with mountains in the background.	<p>Antonia Olmos Alcaraz es Doctora en Antropología por la Universidad de Granada. Actualmente es profesora en el Departamento de Antropología Social e investigadora del Instituto de Migraciones de la misma universidad. Sus líneas de investigación son identidad y alteridad, discurso político sobre inmigración y educación e inmigración.</p> <p>E-mail: antonia@ugr.es</p>
--	--