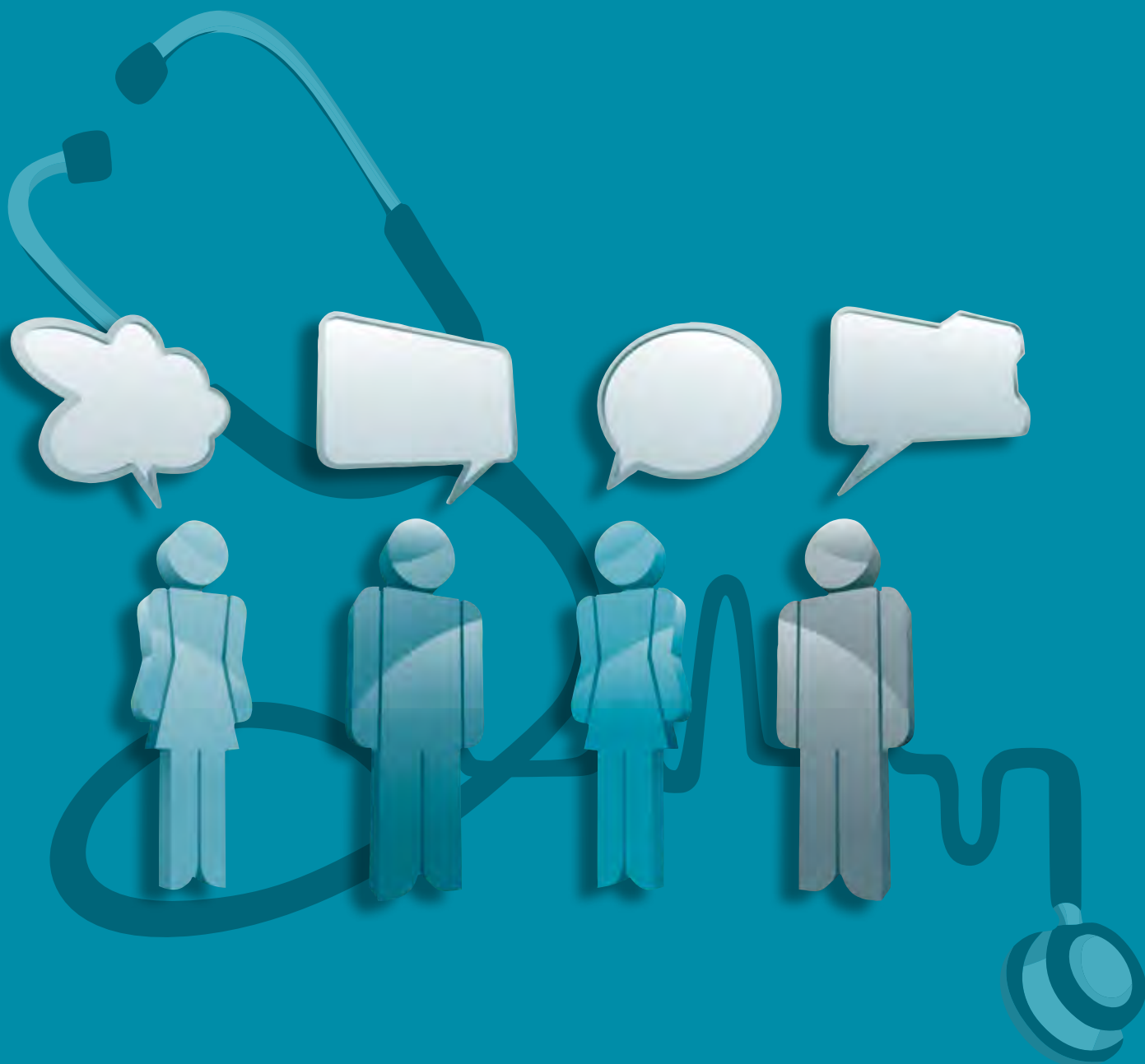




Agència de Salut Pública

Immigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona

La perspectiva de la població marroquina,
xinesa, equatoriana i pakistanesa



Immigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona

**La perspectiva de la població marroquina,
xinesa, equatoriana i pakistanesa**

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Producció gràfica:
Primer Segona serveis de comunicació

Dipòsit legal: B-41.987-2011

Novembre 2011

**Immigració i serveis sanitaris
a la ciutat de Barcelona**
**La perspectiva de la població marroquina,
xinesa, equatoriana i pakistanesa**

Regió Sanitària Barcelona (RSB)
Gerent
Enric Agustí

Consorci Sanitari de Barcelona
Gerent
Jaume Estany

Direcció del Projecte
Àlex Guarga (RSB)

Coordinació
Joan Llosada (CSB)

Equip de treball
Joan Llosada (CSB)
Mònica Miró (RSB)
Carolina Pijem (CSB)
Rosa Puigpinós (ASPB)
Imma Vallverdú (CSB)

Agraïments

L'elaboració d'aquest estudi no hauria estat possible sense la inestimable col·laboració dels mediadors culturals, els ciutadans marroquins, pakistanesos, xinesos, equatorians i espanyols participants i els professionals de la salut, ja que han estat tots ells els que desinteressadament han participat en els grups de discussió i entrevistes realitzades.

Aquesta metodologia ha permès explorar els valors, les experiències, les percepcions i les opinions dels participants sobre els serveis i l'atenció rebuda.

- Professionals dels equips d'atenció primària de les àrees bàsiques de salut de Barcelona 2I Sagrada Família, 3A Poble Sec – Les Hortes, 3G Numància, 8H Ciutat Meridiana, 10D Besòs.
- Professionals dels hospitals de Vall d'Hebrón i Sant Pau.
- Professionals de la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de Barcelona.
- Professionals de Salut i Família.
- Professionals de la Secretaria per la Immigració.
- Mediadors del Pla Director d'Immigració del Departament de Salut.
- Agents de Salut comunitaris de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
- Consolat Equatorià
- Associació de dones de l'Índia Pakistan, Nepal i Bangladesh de Sant Adrià del Besòs.

Vagi per tots ells el nostre més sincer agraïment.

Presentació

L'augment dels fluxos migratoris d'arreu del món ha generat en els sistemes de salut la necessitat de proporcionar atenció sanitària a una societat cada cop més diversa.

Els fluxos migratoris dels darrers deu anys han generat un intens canvi demogràfic i social a Catalunya i també un impacte en els serveis públics.

Aquest increment de població d'origen estranger ha transformat la realitat social catalana i concretament la barcelonina i ha generat nous reptes i noves necessitats que requereixen noves estratègies de gestió i respostes eficaces per part de les diferents administracions competents.

Es necessari per tant, establir els mecanismes que facilitin el coneixement mutu entre els ciutadans autòctons i els nousvinguts, per tal que uns i altres siguin conscients dels drets però també dels deures, que cada persona ha d'assumir per aconseguir aquesta integració i ciutadania de ple dret.

Aconseguir això, no sempre és fàcil quant l'increment de la població és massa ràpid i quan els recursos no sempre poden ser els desitjats.

En l'àmbit dels serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut pública, el fenomen migratori ha produït noves demandes i ha generat noves necessitats.

La detecció i l'anàlisi d'aquestes demandes i necessitats és indispensable per poder oferir un servei sanitari de qualitat per tota la població que viu a Barcelona.

L'informe que us presentem, resultat de la col·laboració del Consorci Sanitari de Barcelona i l'Agència de Salut Pública de Barcelona, és la percepció que tenen els propis usuaris immigrants de quatre col·lectius determinats (equatorians, xinesos, marroquins i pakistanesos) del sistema de salut i la seva relació amb els serveis sanitaris.

Entre els períodes 2007-2008 es va realitzar la primera part d'aquest estudi amb la finalitat d'identificar els principals problemes que es troben els professionals de la salut en l'atenció als col·lectius estrangers.

La participació va ser de 73 professionals de l'atenció hospitalària i d'atenció primària i tots ells assenyalaven les difi-

cultats socials i la precarietat econòmica en que viuen aquests col·lectius.

Entre el període 2010-2011 es va fer la segona part on es proposa copsar quina és la percepció que tenen els propis usuaris immigrants dels quatre col·lectius determinats sobre el Sistema de salut i la seva relació amb els serveis sanitaris i comparar aquestes percepcions amb les de la població autòctona.

Han participat 90 usuaris, dels quals 75 foren de nacionalitat estrangera i 15 de nacionalitat espanyola.

Les opinions dels participants d'aquest estudi creiem són molt valuoses i ens permeten identificar aspectes claus que s'haurien d'incorporar en la planificació i la gestió dels serveis sanitaris, així com en l'atenció sanitària i la relació entre professionals i pacients.

Vull agrair a tots ells ciutadans i institucions el temps i l'esforç dedicat, remarcant la importància que estudis d'aquest tipus aporten a la millora dels serveis de salut de la ciutat.

Dra. Cristina Iniesta Blasco

Delegada de Salut de l'Ajuntament de Barcelona i
Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Índex

Presentació	5
1. Introducció	9
2. Antecedents	10
2.1. Anàlisi demogràfica	10
2.1.1. La població de nacionalitat estrangera a Catalunya	10
2.1.2. La població de nacionalitat estrangera a Barcelona	11
2.1.3. Els col·lectius marroquí, equatorià, xinès i pakistanès a Barcelona	13
2.1.4. El reagrupament familiar	19
2.2. Les condicions socials i econòmiques de la població immigrant provinent de països en vies de desenvolupament i la seva relació amb la salut	20
2.2.1. La classe social i el nivell d'estudis	20
2.2.2. La situació laboral	20
2.2.3. Els ingressos	21
2.2.4. L'habitatge	21
2.3. Desigualtats de gènere en la salut	21
2.4. L'estat de salut de la població immigrant	22
2.5. L'accés i la utilització dels serveis sanitaris per part de la població immigrant provinent de països en vies de desenvolupament	24
2.5.1. Factors que incideixen en l'accés als serveis sanitaris relacionats amb la població immigrant estrangera	24
2.5.2. Factors referents als serveis sanitaris que poden influir en l'accés de la població immigrant d'origen estranger	25
2.5.3. L'ús que fan els immigrants provinents de països en vies de desenvolupament dels serveis sanitaris	26
2.6. "Les patologies de la immigració" o "l'immigrant sa"	26
2.6.1. Les "Patologies de la immigració"	27
2.6.2. "L'immigrant sa"	28
3. Objectius	29
4. Metodologia	30
4.1. Disseny	30
4.2. Mostra i participants	30
4.3. Tècniques de generació de la informació	31
4.4. Anàlisi de les dades	32
5. Resultats	33
5.1. El col·lectiu de nacionalitat xinesa a Barcelona	35
El fenomen migratori i les característiques d'assentament	35
La salut, la malaltia i el sistema de salut de referència	36
Accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona	38
5.2. El col·lectiu de nacionalitat pakistanesa a Barcelona	43
El fenomen migratori i les característiques d'assentament	43
La salut, la malaltia i el sistema de salut de referència	47
Accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona	49
5.3. El col·lectiu de nacionalitat marroquina a Barcelona	55
El fenomen migratori i les característiques d'assentament	55
La salut, la malaltia i el sistema de salut de referència	59
Accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona	60
5.4. El col·lectiu de nacionalitat equatoriana a Barcelona	65
El fenomen migratori i les característiques d'assentament	65

La salut, la malaltia i el sistema de salut de referència	69
Accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona.....	70
5.5. El col·lectiu de nacionalitat espanyola.....	75
Condicions de vida i relació amb la població estrangera	75
La salut, la malaltia i l'accés als serveis sanitaris.....	76
6. Discussió	86
6.1. Contextualització	86
Algunes motivacions que impulsen el projecte migratori	86
Principals protagonistes del projecte migratori	86
Condicions de vida en destinació	87
6.2. L'accés als serveis sanitaris	88
Coneixement dels serveis sanitaris.....	88
La porta d'entrada al sistema sanitari	88
Obstacles d'accés als serveis sanitaris	89
Els sistemes sanitaris d'origen.....	93
Comportament davant la malaltia	94
Comportament davant la malaltia: el cas xinès	94
Ús habitual dels serveis d'urgències hospitalàries	95
6.3. Valoració dels serveis sanitaris	96
Demandes i propostes de millora	97
7. La percepció dels professionals vs l'opinió dels usuaris	99
Gran augment del nombre de pacients immigrants d'origen estranger exceptuant els serveis específics de salut mental	99
Percepció, per part dels professionals sanitaris, de les dificultats socials i la precarietat econòmica en que viuen els col·lectius de nacionalitat estrangera en destinació i que afecten a la seva salut	99
No percepció, des de l'òptica dels professionals, d'existència de dificultats per part de la població de nacionalitat estrangera per accedir als serveis sanitaris	99
Percepció, des del punt de vista dels professionals, de desconeixement dels serveis sanitaris per part de la població estrangera	100
Percepció, des de l'òptica dels professionals, de l'existència de diferències en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris segons l'origen del col·lectiu de nacionalitat estrangera	100
La porta d'entrada als serveis sanitaris dels usuaris de nacionalitat estrangera segons els professionals sanitaris i l'accés habitual als serveis d'urgències.....	101
Dificultats assenyalades pels professionals sanitaris en l'atenció mèdica a la població de nacionalitat estrangera	102
Percepcions de la relació dels col·lectius de nacionalitat estrangera, des de l'òptica dels professionals, de dos àmbits específics de salut: la salut mental i la salut sexual i reproductiva	103
8. Conclusions	106
9. Bibliografia	111

1. Introducció

La població estrangera ha augmentat molt ràpidament en els darrers anys a Catalunya i més concretament a Barcelona. L'arribada i la permanència de famílies immigrants d'origen estranger no és un fenomen passatger sinó que s'ha d'entendre com un efecte de les profundes desigualtats que genera la globalització econòmica¹. Aquest increment de població d'origen estranger ha transformat la realitat social i ha generat nous reptes i noves necessitats que afecten els diferents pilars on es recolza l'Estat del Benestar (educació, mercat de treball, habitatge, salut...). Per tant, des de l'àmbit de la salut, cal identificar i posteriorment donar les respostes adients a aquests reptes i necessitats que han sorgit en l'atenció a aquests col·lectius². No només cal fer un diagnòstic de salut d'aquests nous ciutadans sinó que també cal fer un diagnòstic de serveis.

En la recerca efectuada des del Consorci Sanitari de Barcelona (2007-2008) *l'Estudi del fenomen migratori i els serveis sanitaris a Barcelona*^{3,4}, es va estudiar la relació del fenomen migratori en l'àmbit de la salut des del punt de vista dels professionals sanitaris. En aquest primer estudi ens interessava conèixer quina percepció tenien els diferents professionals de la salut entorn els pacients d'origen immigrant que accedeixen als serveis sanitaris.

En aquest segon estudi ens proposem copsar quina és la percepció que tenen els propis usuaris immigrants de quatre col·lectius determinats (els equatorians, els xinesos, els marroquins i els pakistanesos) del sistema de salut i la seva relació amb els serveis sanitaris.

Comprendre, des del punt de vista dels usuaris, com aquests col·lectius d'origen immigrant seleccionats accedeixen als serveis sanitaris detectant-ne les dificultats i les facilitats, comprendre perquè usen uns serveis sanitaris específics, conèixer les dificultats i els conflictes que s'originen en la seva relació amb els professionals de la salut, copsar les diferències que hi ha entre els sistemes de salut en origen i en destinació, o fins hi tot, determinar com valoren el sistema de salut en el país d'acollida o recollir les mancances que troben a aquest sistema, etc. són aspectes que ens seran útils com a indicadors per avaluar el grau "d'integració sanitària" dels diferents col·lectius seleccionats per a l'estudi. Així, les conclusions que se'n desprenguin contribuiran notablement a orientar les decisions de política sanitària, a qui correspongui, amb l'objectiu de reduir les desigualtats en salut i fomentar l'equitat en l'accés i ús dels serveis sanitaris d'aquests col·lectius.

2. Antecedents

2.1. Anàlisi demogràfica

En aquest apartat es realitza una descripció de les característiques demogràfiques de la població de nacionalitat estrangera que viu a Catalunya i Barcelona, i més concretament dels quatre col·lectius en els quals se centra el present estudi: l'equatorià, el marroquí, el pakistanès i el xinès. La principal font de dades és l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT)⁵.

2.1.1. La població de nacionalitat estrangera a Catalunya

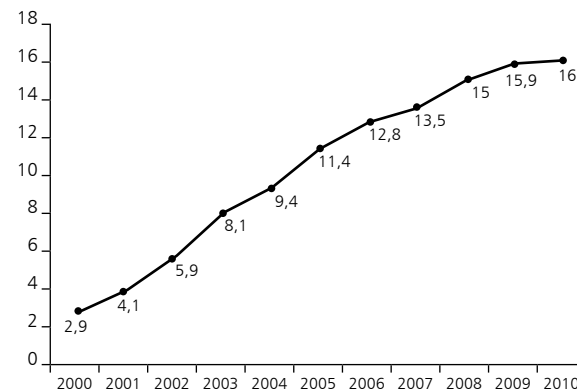
L'any 2010 a Catalunya hi havia 1.198.538 persones empadronades de nacionalitat estrangera que representaven el 16,0% del total de població empadronada. Observant l'evolució d'aquesta població respecte del total de població de Catalunya veiem que augmenta any a any. De fet, la població estrangera l'any 2000 era de 181.590 persones, el que significa que en 10 anys s'ha multiplicat per 6,6. De tota manera, però, també s'observa com en el darrer any aquesta tendència s'ha estabilitzat i es probable que continuï estable en els propers anys (figura 1).

Observant la tendència del creixement interanual de la població de nacionalitat estrangera en els darrers deu anys veiem que el seu punt més àlgid se situa en el 2002 on es va enregistrar un creixement del 48,5%. A partir d'aquest any, tot i que en els anys posteriors el creixement interanual ha estat positiu, veiem que el creixement ha disminuït, situant-se en l'any 2010 en el 0,8%, essent aquest el creixement interanual més petit de tota la dècada estudiada (figura 2).

Les dones de nacionalitat estrangera a Catalunya

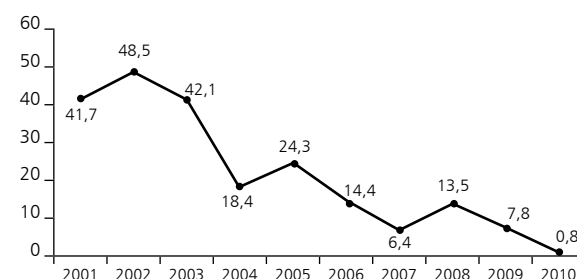
A Catalunya a 1 de gener de 2010 hi havia 553.293 dones de nacionalitat estrangera empadronades de 170 nacionalitats diferents que representen el 14,6% del total de dones que viuen a Catalunya. Les deu principals nacionalitats són les que apareixen en la taula 1, on destaquen Marroc, Romania i Equador. Aquestes deu nacionalitats es corresponen amb les nacionalitats majoritàries del conjunt d'estrangers (homes i dones) a excepció de països com Pakistan on la proporció de dones respecte els homes és molt baixa, i per aquest motiu no apareix a la taula 1.

Figura 1. Evolució de la població de nacionalitat estrangera empadronada a Catalunya. Període 2000-2010.



Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Figura 2. Creixement interanual de la població de nacionalitat estrangera empadronada a Catalunya. Període 2001-2010.



Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Taula 1. Els 10 països amb major nombre de dones estrangeres empadronades a Catalunya. Any 2010.

País	Dones	País	Dones
Marroc	98.499	Xina	21.998
Romania	47.049	Itàlia	20.924
Equador	41.189	Perú	18.313
Bolívia	32.260	França	17.456
Colòmbia	26.570	Argentina	16.053

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

L'índex de feminitat de les dones de nacionalitat estrangera a Catalunya se situa en 86 dones per cada 100 homes, mentre que entre els autòctons se situa en 105 dones per cada 100 homes. Si bé des de l'any 2003 en que la taxa de feminitat entre la població estrangera ha estat menor (80 dones per cada 100 homes estrangers), la relació s'ha anat equilibrant probablement pels processos de reagrupament familiar que s'han donat en els darrers anys.

Segons el grup d'edat s'observen diferències importants pel que fa a la taxa de feminitat. Així en els grups d'edat infantils i juvenils no s'aprecien pràcticament diferències (entre 89 i 98 dones per cada 100 homes). Però entre els 25 i els 54 anys l'índex és molt inferior per als estrangers destacant la franja que va entre els 35 i 39 anys on hi ha menys de 70 dones per cada 100 homes. A partir dels seixanta anys, en canvi, hi ha una proporció elevada de dones, segurament com a conseqüència dels reagrupaments familiars i la major esperança de vida de les dones respecte dels homes (figura 3).

Pel que fa a la taxa de feminitat segons la nacionalitat s'observen diferències molt notables. Els col·lectius amb una menor taxa són el pakistanès amb 17,6 dones per a cada 100 homes, el senegalès amb 24,9 dones per cada 100 homes i l'indi amb 32,9 dones per cada 100 homes (taula 2).

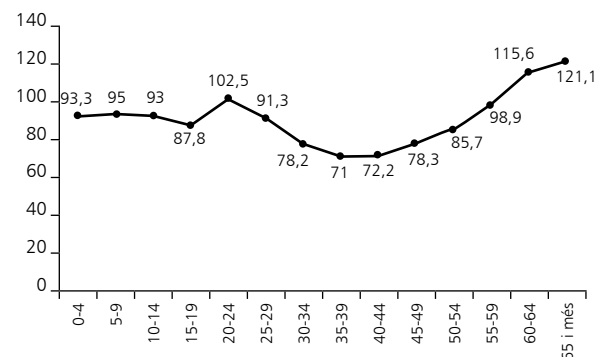
A l'altre costat trobem el col·lectiu hondureny amb un índex de 210,4 dones per cada 100 homes, el rus amb 202,4 dones per cada 100 homes i el brasiler amb 140,9 dones per cada 100 homes (taula 3).

L'estructura d'edat de (30,8 anys de mitjana) fa que aquestes dones tinguin un pes important en la fecunditat a Catalunya, doncs van ser mares de més d'una quarta part dels naixements registrats l'any 2009, i van protagonitzar, en el mateix any, un de cada cinc matrimonis celebrats a Catalunya.

2.1.2. La població de nacionalitat estrangera a Barcelona

L'any 2010 a Barcelona hi havia empadronades 282.794 persones de nacionalitat estrangera que representen el 17,5% del total de ciutadans de la ciutat (1,5% més que a Catalunya). Observant l'evolució del pes d'aquesta població veiem que augmenta any a any (exceptuant el 2010) passant del 3,1 l'any 2000 al 17,5% l'any 2010. De fet l'any 2000 hi havia a Barcelona 46.091 persones de nacionalitat estrangera empadronades i això indica que entre l'any 2000 i el 2010 la població de nacionalitat estrangera s'ha multiplicat per 6,1. Com ja succeïa amb les dades presen-

Figura 3. Taxa de feminitat de la població de nacionalitat estrangera empadronada a Catalunya l'any 2010 segons grups d'edat.



Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Taula 2. Col·lectius estrangers amb major nombre d'homes empadronats a Catalunya l'any 2010.

País	Dones	Homes	Índex de feminitat
Pakistan	5.266	29.986	17,6
Senegal	4.015	16.151	24,9
Índia	4.530	13.758	32,9
Gàmbia	4.288	12.648	33,9
Portugal	6.747	10.502	64,2
Marroc	98.499	135.469	72,7

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Taula 3. Col·lectius estrangers amb major nombre de dones empadronades a Catalunya l'any 2010.

País	Dones	Homes	Índex de feminitat
Hondures	9.668	4.594	210,4
Rússia	10.235	5.058	202,4
Brasil	15.156	10.758	140,9
Bolívia	32.260	23.229	138,9
Rep. Dominicana	12.467	9.373	133,0
Veneçuela	5.626	4.326	130,1

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

tades a nivell de Catalunya, a Barcelona també s'observa una estabilitat en l'evolució de la població estrangera entre els anys 2009 i 2010 (figura 4).

Observant la tendència del creixement interanual de la població de nacionalitat estrangera a Barcelona veiem que l'any que assoleix el seu punt més elevat és el 2001 amb un creixement interanual del 57,9%. A partir d'aquest any s'observa un descens del creixement interanual, si bé és cert, que aquest decreixement es notori entre els anys 2003 i 2004 on es passa del 48,3% al 2,7%. L'any 2010 el creixement interanual se situa en el -0,6%, essent negatiu per primer any (figura 5).

Segons el grup d'edat s'observa que el major pes recau en les franges d'edat de 25 a 29 anys i de 30 a 34 anys, representant ambdós casos al voltant del 19% del total d'estrangers l'any 2010 (figura 6).

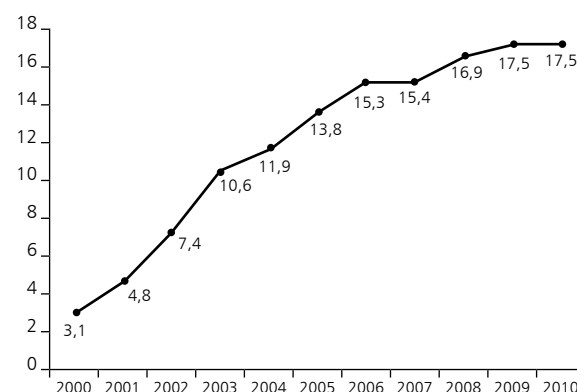
Per sexe, observem que és en les franges d'edat de 35 a 39 anys i de 40 a 44 anys quan la proporció d'homes és major a la proporció de dones, mentre que a mesura que augmenta l'edat el pes de les dones augmenta fins a situar-se prop del 60% en majors de 65 anys. En les edats primerenques la proporció d'infants i adolescents segons el sexe és força equilibrat (figura 7).

En l'anàlisi per districtes, l'Eixample és on s'aplega el major percentatge amb un 17,0% respecte del total d'estrangers de la ciutat. Darrera se situen els districtes de Ciutat Vella amb el 15,2% i Sants-Montjuïc amb el 12,8%. Els districtes amb un menor percentatge d'estrangers són Les Corts 3,7% Sarrià-Sant Gervasi 6,2% i Sant Andreu i Gràcia 7,2% (figura 8).

Si fem l'anàlisi respecte el total de població de cada districte, Ciutat Vella és qui té una major proporció de persones de nacionalitat estrangera amb el 41,2%. A molta distància, se situen Sants-Montjuïc amb el 19,7% i l'Eixample amb el 18,0%. Els districtes que tenen un menor percentatge són Sarrià-Sant Gervasi amb el 12,1%, Les Corts amb el 12,8% i Horta-Guinardó amb el 13,4% (figura 8).

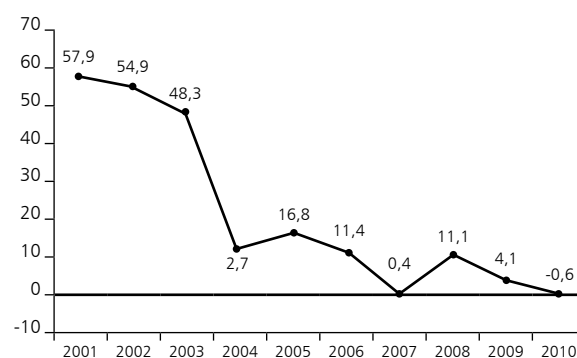
La taula 4 mostra les deu nacionalitats amb una major representació a Barcelona, les tres primeres són: l'Italiana en primer lloc, l'Equatoriana en segon i, la Pakistanesa en tercer.

Figura 4. Evolució de la població de nacionalitat estrangera empadronada a Barcelona. Període 2000-2010.



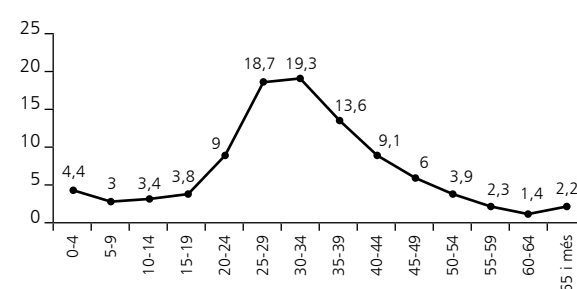
Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Figura 5. Creixement interanual de la població de nacionalitat estrangera a Barcelona. Període 2001-2010.



Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Figura 6. Percentatge de població de nacionalitat estrangera empadronada a Barcelona l'any 2010 segons grup d'edat.



Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Taula 4. Nombre respecte el total d'estrangers de les 10 nacionalitats més predominants a Barcelona l'any 2010.

Nacionalitat	Nombre	%
Italiana	22.859	8,1
Equatoriana	20.172	7,1
Pakistanesa	17.893	6,3
Boliviana	15.430	5,5
Peruana	14.685	5,2
Xinesa	14.383	5,1
Marroquina	13.734	4,9
Francesa	13.211	4,7
Colombiana	12.905	4,6
Argentina	8.888	3,1
Total	154.160	

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

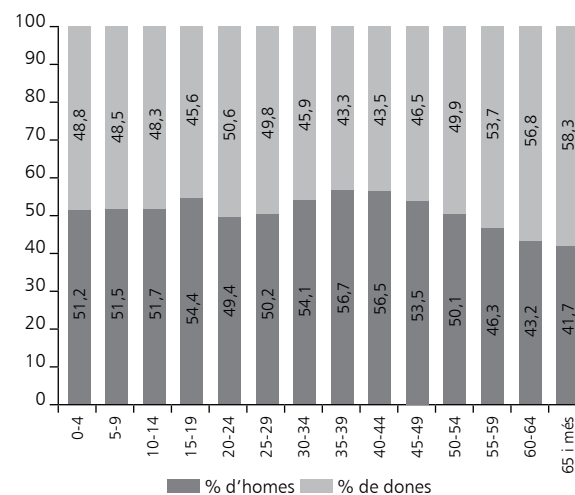
2.1.3. Els col·lectius marroquí, equatorià, xinès i pakistanès a Barcelona

La població marroquina a Barcelona

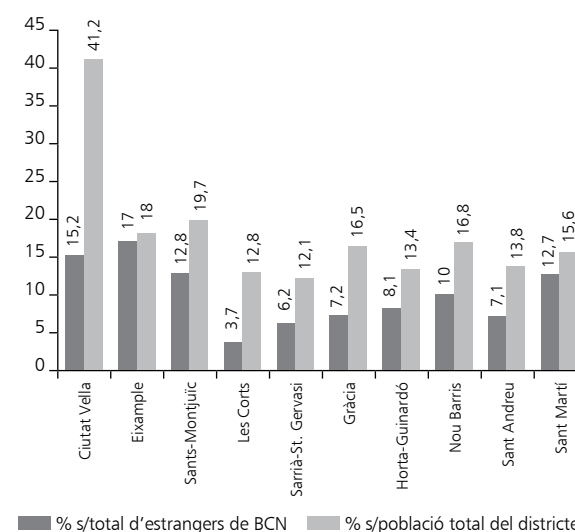
L'any 2010 a Barcelona hi havia 13.734 persones de nacionalitat marroquina que representen el 4,9% del total de població de nacionalitat estrangera de la ciutat. Si observem l'evolució del número de persones d'aquesta nacionalitat veiem que ha augmentat considerablement des de l'any 2000 fins l'any 2010. En aquest període s'ha passat de 5.447 persones a 13.734 el que significa que s'ha multiplicat en aquests anys per 2,5. Observant el percentatge de creixement interanual fou l'any 2002 on hi va haver un major augment (38,5%). En canvi, entre els anys 2006 i 2007 i els anys 2009 i 2010, el creixement interanual ha sigut negatiu: -10,16% i -0,74% respectivament (figura 10).

Com ja hem pogut comprovar anteriorment, el col·lectiu marroquí és un col·lectiu molt masculinitzat. Segons el grup d'edat és dels 25 als 44 anys on aquest desequilibri entre homes i dones es major (les dones representen en aquests grups d'edat al voltant del 36% de tot el col·lectiu) i alhora aquests són els grups d'edat que apleguen un major número de persones: el 53% del total de població marroquina a la ciutat. S'observa, en canvi, que tant en les edats més primerenques (entre 0 i 9 anys) com en les edats més avançades (60 anys i més), la proporció d'homes i dones està equilibrat (figura 11).

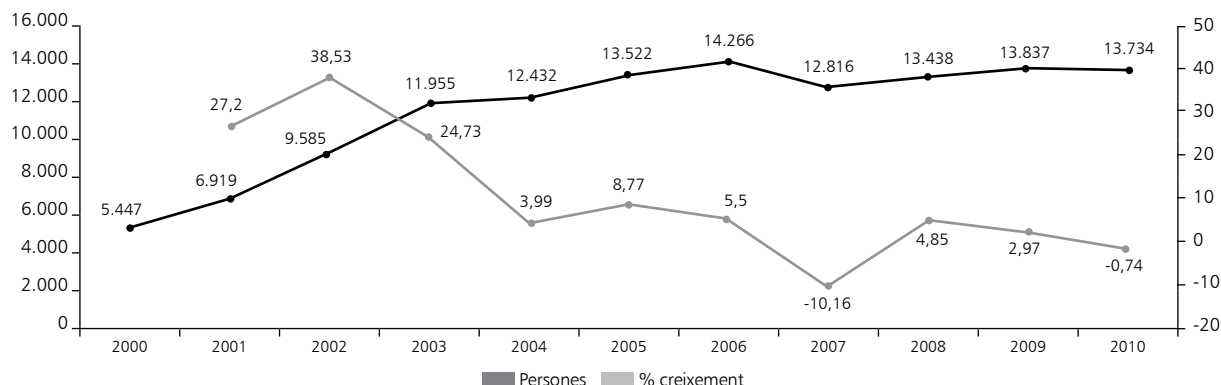
Segons el districte, veiem que aquest col·lectiu, l'any 2010, es present en tots els districtes de Barcelona. Però el número i el pes varia segons el districte. Així veiem que a Ciutat Vella és on hi ha un major número de persones amb 3.218, seguit de Sants-Monjuïc amb 2.289 i Sant Martí amb

Figura 7. Percentatge de població de nacionalitat estrangera empadronada a Barcelona l'any 2010 segons sexe i grup d'edat.

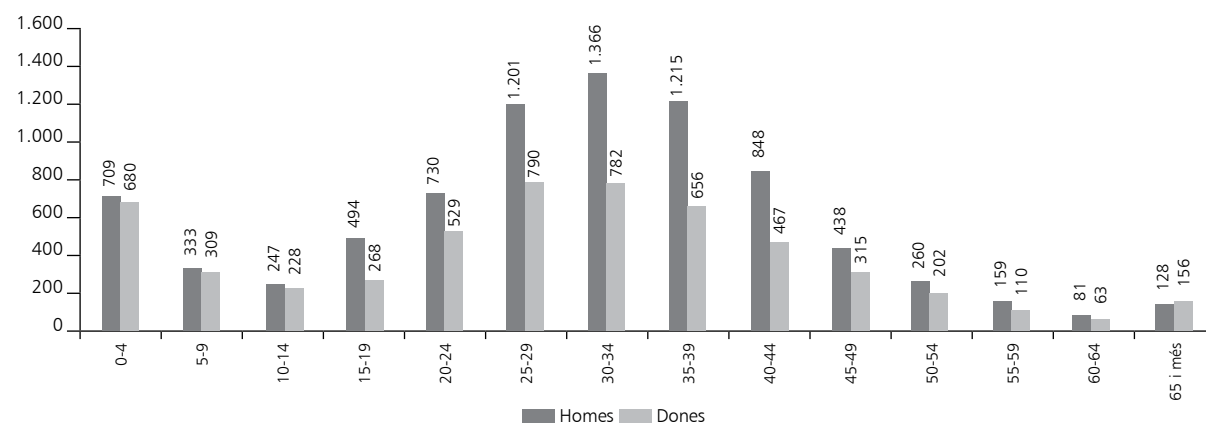
Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Figura 8. Percentatge de població de nacionalitat estrangera empadronada segons districte respecte el total de població estrangera de Barcelona i respecte el total de població de cada districte. Barcelona, 2010.

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Figura 10. Evolució del número de persones de nacionalitat marroquina i percentatge de creixement interanual. Barcelona, 2010.

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Figura 11. Distribució de la població marroquina empadronada a Barcelona l'any 2010 segons edat i sexe.

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

1.905. Així mateix, els districtes on hi ha un major pes de població són Ciutat Vella (7,5%), Sant Andreu (7,0%) i Sants Montjuïc (6,3%). Els districtes amb una menor presència són Les Corts amb 222 (2,1%), Sarrià-Sant Gervasi amb 327 (1,9%) i Gràcia amb 569 (2,8%) (figura 12).

La població equatoriana a Barcelona

L'any 2010 a Barcelona hi havia 20.172 persones de nacionalitat equatoriana que representen el 7,2% del total de població de nacionalitat estrangera empadronada de Barcelona. El número de persones dibuixa dues tendències diferenciades durant els primers anys del segle XXI. Així, entre els anys 2000 i 2004 el creixement ha estat continu passant de 1.219 persones l'any 2000 a 31.227 el 2004, el que significa que en quatre anys la població es va multiplicar per 25,6. En aquests quatre anys observem que el percentatge de creixement interanual és positiu, essent l'any 2001 quan

hi ha un major creixement (571,5%). A partir de 2005 però, s'inverteix la tendència i la població equatoriana que viu a Barcelona es redueix any a any situant-se en el 2010 en 20.172 persones. Per tant, en els darrers sis anys la població s'ha reduït en 11.055 persones que suposen un descens del 35,4% (figura 13).

Segons el grup d'edat veiem que és en les franges de 25 a 29, de 30 a 34 i de 35 a 39 anys on hi ha un major volum de població: el 41,0% del total de la població equatoriana de Barcelona (8.264 persones) (figura 14).

Per altra banda, s'observa que en pràcticament tots els grups d'edat hi ha més dones que homes. Les dones representen el 53,7% del total de la població equatoriana que viu a Barcelona. Aquesta proporció és major a mesura que augmenta l'edat situant-se a partir de la franja d'edat de

Figura 12. Número i percentatge de població de nacionalitat marroquina empadronada a Barcelona l'any 2010 respecte el total de població estrangera segons el districte.

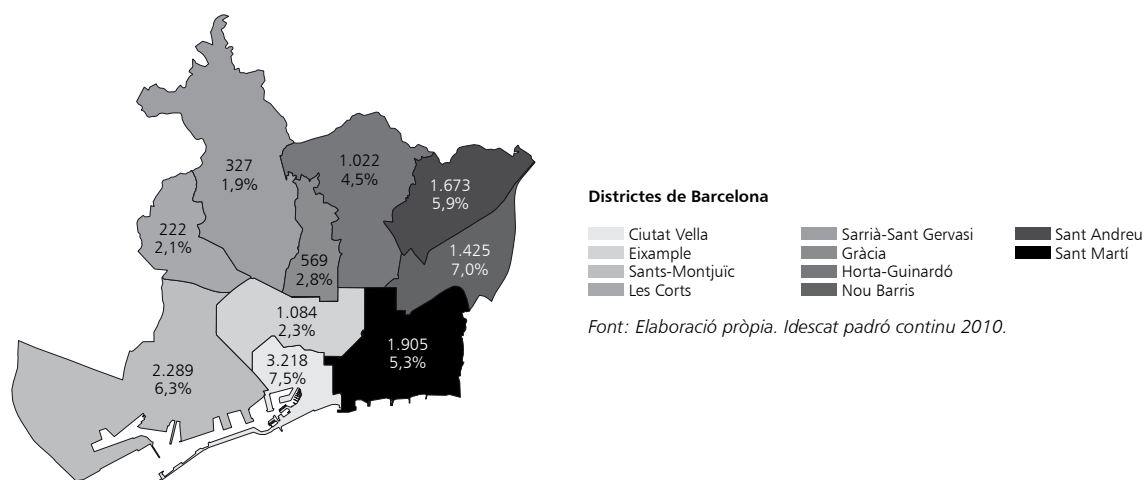


Figura 13. Evolució del número de persones de nacionalitat equatoriana empadronades a Barcelona l'any 2010 i percentatge de creixement interanual.

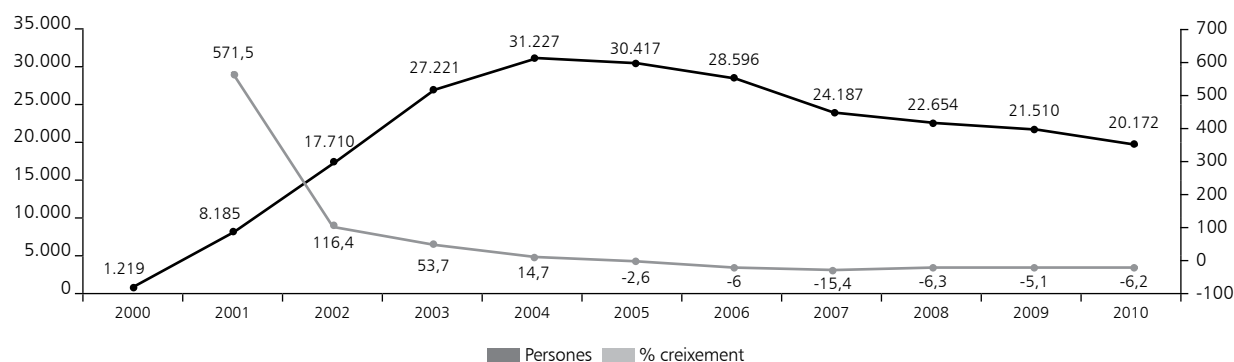
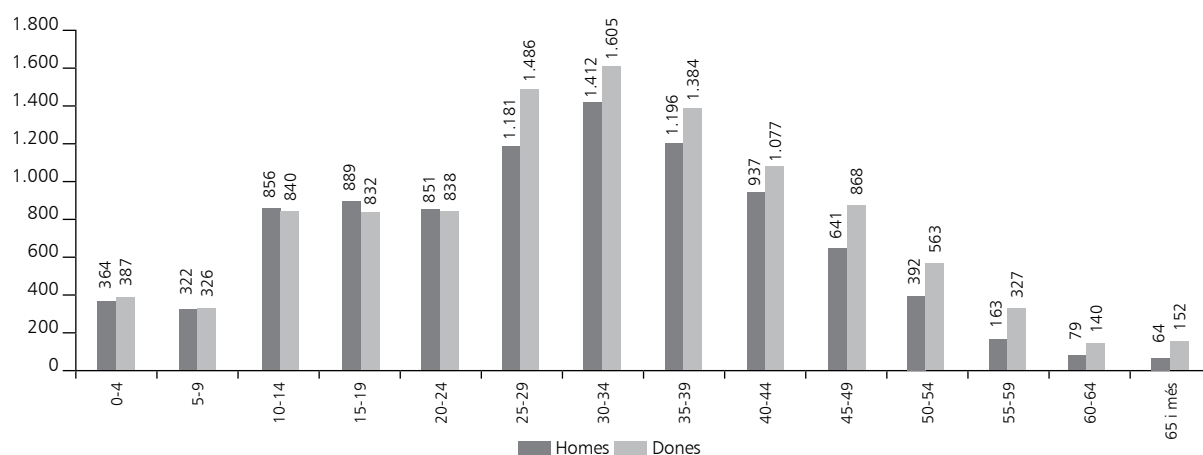


Figura 14. Distribució de la població equatoriana empadronada a Barcelona l'any 2010 segons el grup d'edat i sexe.



55 a 59 anys prop del 70%, mentre que en les franges d'edat on hi ha un major número de persones (entre els 25 i els 39 anys) aquesta major proporció de dones se situa al voltant del 54% (figura 14).

Per districte, s'observa que les persones de nacionalitat equatoriana són presents en tots els districtes de la ciutat. Nou Barris amb 4.835 persones, Sants-Monjuïc amb 2.974 i Sant Martí amb 2.813 són els districtes amb un número més elevat. Són els districtes de Nou Barris amb el 17,2%, Sant Andreu amb el 11,7% i Horta-Guinardó amb el 10,0% on el col·lectiu té un major pes respecte el total de població estrangera del districte. On hi ha un menor volum de població respecte el total de població estrangera és a Sarrià-Sant Gervasi (2,1%), Ciutat Vella (2,9%) i Les Corts (4,1%) (figura 15).

La població xinesa a Barcelona

A Barcelona l'any 2010 hi havia 14.383 persones de nacionalitat xinesa empadronades que representen el 5,1% del total de la població de nacionalitat estrangera. Des de l'any 2000 i fins l'any 2010 la població xinesa ha augmentat ininterrompudament, excepte a l'any 2007. S'ha passat de 1.538 persones l'any 2000 a 14.383 el que significa que la població s'ha multiplicat per 9,4 en deu anys. El percentatge de creixement interanual va augmentar en major mesura l'any 2003 (61,8% d'augment) i l'any 2001 (56,2% d'augment). L'any 2010 el percentatge de creixement interanual es va situar en el 5,0% (figura 16).

La distribució segons sexe de la població xinesa que viu a Barcelona l'any 2010 està molt equilibrada en pràctica-

Figura 15. Número i percentatge de població de nacionalitat equatoriana empadronada a Barcelona l'any 2010 respecte el total de població estrangera segons el districte.

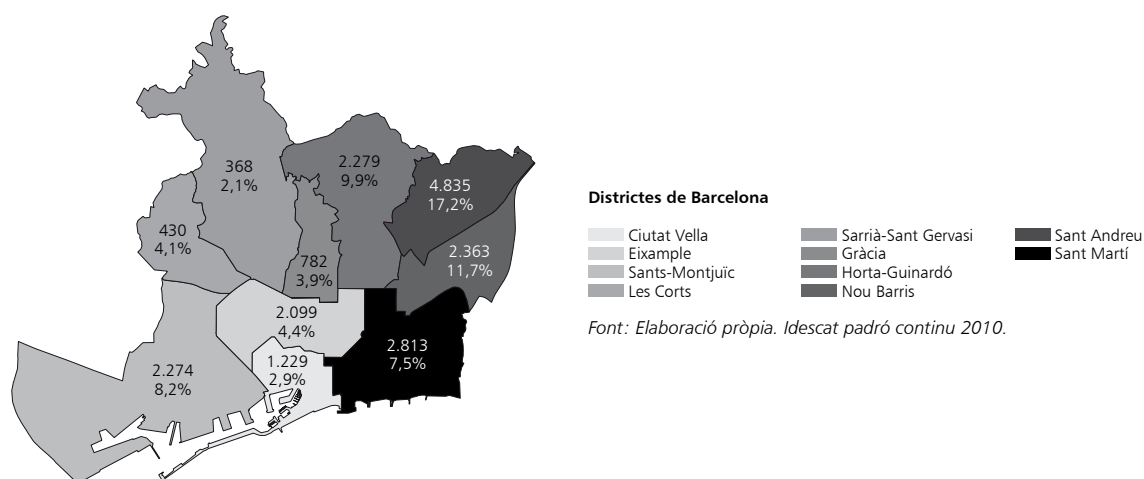


Figura 16. Evolució del número de persones de nacionalitat xinesa empadronades a Barcelona l'any 2010 i percentatge de creixement interanual.

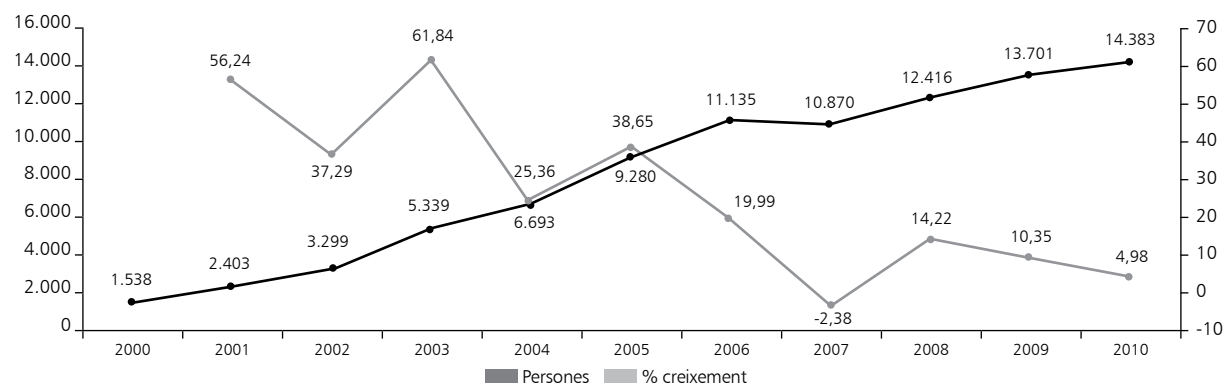
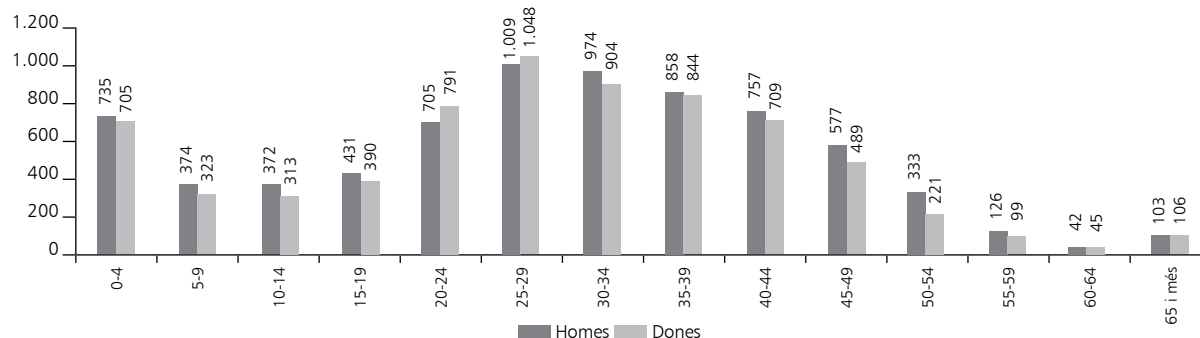


Figura 17. Distribució de la població xinesa empadronada a Barcelona l'any 2010 segons el grup d'edat i sexe.

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

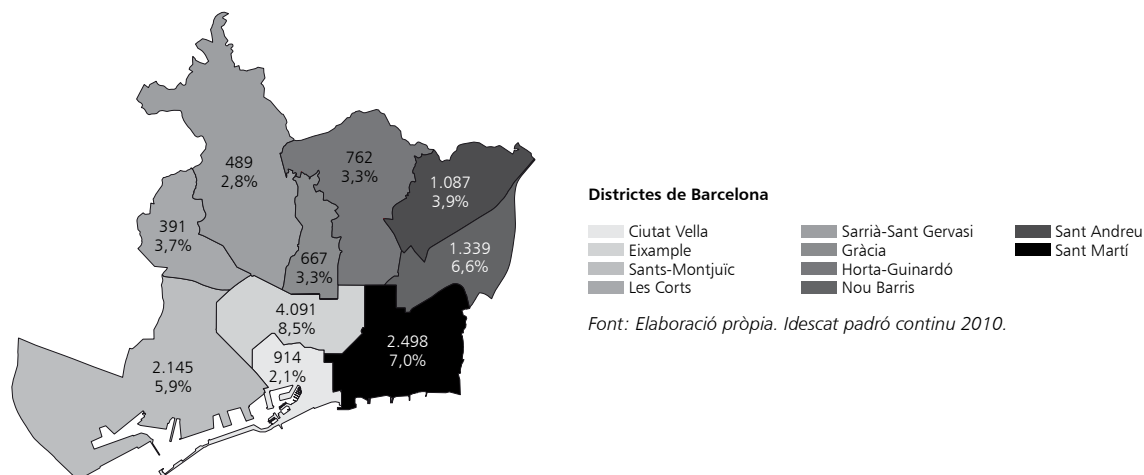
ment tots els grups d'edat. Destaca la major proporció de dones en la franja d'edat que va dels 20 als 24 anys (52,9% de dones) i la major proporció d'homes en la franja d'edat de 45 a 49 anys (54,1% d'homes). Entre els 20 i els 44 anys hi ha més de la meitat de tota la població de nacionalitat xinesa empadronada (59,8%). Destaca també l'elevada proporció de persones entre 0 i 4 anys, que representen el 10,0% del total (figura 17).

A l'any 2010 els districtes que tenen un major nombre de persones són l'Eixample (4.091), Sant Martí (2.498) i Sants-Monjuïc (2.145) mentre que els districtes amb menys són Les Corts (391), Sarrià-Sant Gervasi (489) i Gràcia (667). Així mateix la proporció de població de cada districte varia una mica del nombre absolut. Els xinesos representen el 8,5% del total de població estrangera de l'Eixample, el 7,0% de

Sant Martí i el 6,6% de Sant Andreu (1.339). La menor proporció respecte el total de població estrangera la trobem a Ciutat Vella amb el 2,1% (914) seguit de Sarrià-Sant Gervasi amb el 2,8% i Horta Guinardó amb el 3,3% (762) (figura 18).

La població pakistanesa a Barcelona

A Barcelona l'any 2010 hi havia 17.893 persones de nacionalitat pakistanesa que representen el 6,3% del total de la població empadronada a Barcelona. Des de l'any 2000 i fins l'any 2010 s'observa com ha augmentat ininterrompudament. S'ha passat de 1.620 persones l'any 2000 a les 17.893 l'any 2010 el que significa que s'ha multiplicat per 11,0 en deu anys. En el percentatge de creixement interanual veiem que fou en l'any 2001 quan hi va haver un augment més sobtat ja que la població va augmentar un 104,0% seguit de l'any 2002 que va aug-

Figura 18. Número i percentatge de la població de nacionalitat xinesa empadronada a Barcelona l'any 2010 respecte el total de població estrangera segons districte.

Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

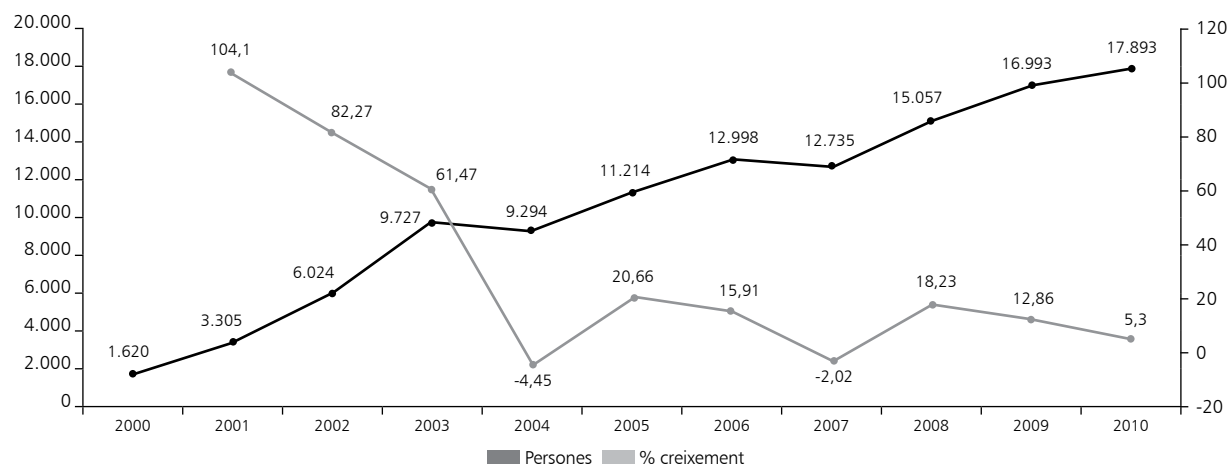
mentar en un 82,3%. L'any 2010 l'augment va ser més moderat i es va situar en el 5,3% (veure figura 19).

El pakistanès, és un dels col·lectius presents a Barcelona més masculinitzats. L'any 2010, el 86,6% de les persones empadronades són homes per només el 13,4% que són dones. Els grups d'edat on la proporció d'homes i dones és més equilibrat és en les edats més primerenques, però a partir dels 20 anys les dones pràcticament en cap franja d'edat superen el 10%. Més de la meitat de pakistanesos que viuen a Barcelona tenen entre 25 i 39 anys (54,5%) (figura 20).

Les persones de nacionalitat pakistanesa són presents en tots els districtes encara que amb diferències. A

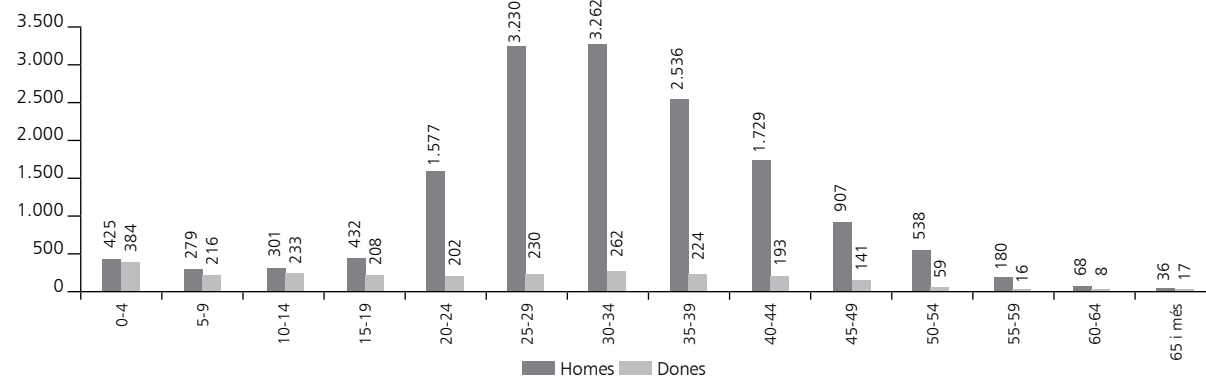
Ciutat Vella és on es concentra el major nombre de persones amb 5.903 i també és el districte que té una major proporció de persones sobre el total de població estrangera amb el 13,7%. Darrera se situa el districte de Sant Martí amb 2.796 persones que representen el 7,8% del districte. El tercer districte amb major nombre és Sants-Monjuïc amb 2.598 persones però el tercer districte amb un major percentatge és Sant Andreu amb el 7,7% (1.555). Els districtes amb menor presència són Sarrià-Sant Gervasi amb 431 persones que suposen un 2,5%, Les Corts amb 454 persones, tot i que suposen el 4,3%, mentre que Gràcia té 562 persones que suposen tant sols el 2,8% de la població estrangera del districte (figura 21).

Figura 19. Evolució del número de persones de nacionalitat pakistanesa empadronades a Barcelona l'any 2010 i percentatge de creixement interanual.



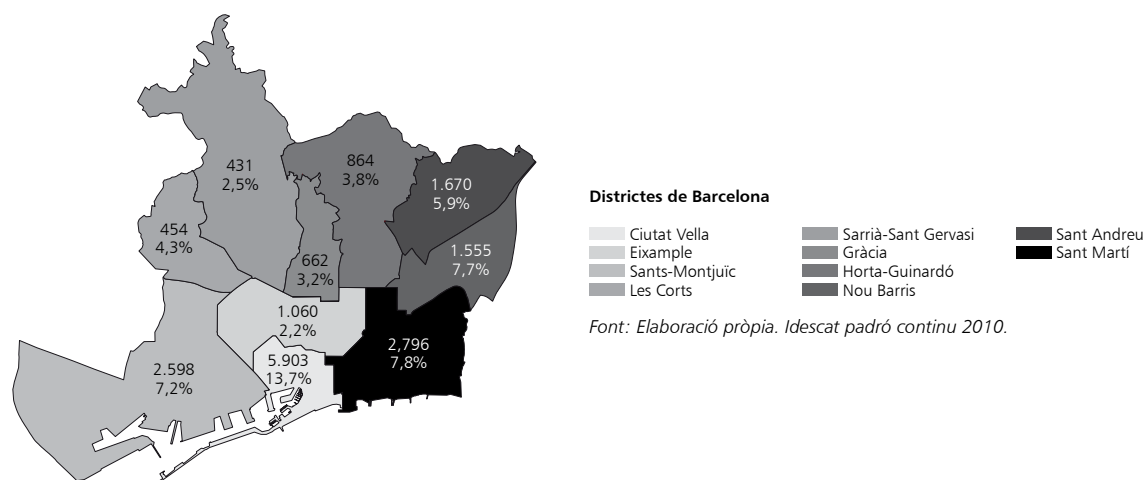
Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Figura 20. Distribució de la població pakistanesa empadronada a Barcelona l'any 2010 segons grup d'edat i sexe.



Font: Elaboració pròpia. Idescat padró continu 2010.

Figura 21. Número i percentatge de la població de nacionalitat pakistanesa empadronada a Barcelona l'any 2010 respecte el total de població estrangera segons el districte.



2.1.4. El reagrupament familiar

L'arribada de persones de nacionalitat estrangera com a conseqüència d'un procés de reagrupament familiar s'ha convertit en els darrers anys en el principal motiu d'entrada amb permís de residència a Barcelona⁶. La població immigrada a Catalunya és una immigració d'assentament que forma o reagrupa les seves famílies en destinació⁷.

Aquest procés que inicia la persona amb permís de residència en el país d'acollida per reunir-se en aquest amb el nucli familiar més proper (pare, parella i fills) implica una estratègia migratòria familiar a llarg termini, i per tant, una perspectiva d'assentament de llarga durada. Així, portar a terme un reagrupament familiar implica aconseguir una sèrie de requisits com tenir un habitatge en condicions, disposar d'uns ingressos suficients i un contracte laboral, entre d'altres, fet que indica que les persones que sol·liciten i aconseguen reagrupar les seves famílies són residents de nacionalitat estrangera immersos en un procés d'integració en la societat d'acollida ja força avançat.

Sanahuja i Elena⁸ construeixen un indicador interessant que ens aproxima quantitativament al fenomen del reagrupament familiar. Mitjançant la taxa de sol·licituds de reagrupament familiar (número de sol·licituds per cada 100 residents de nacionalitat estrangera) veiem que aquesta se situa en 2,5 sol·licituds per cada 100 residents estrangers amb algunes variacions segons el districte: Nou Barris és el districte que té una taxa major (4,2) seguit del districte de Sant Andreu (3,6) i Horta-Guinardó (3,0).

Segons l'estudi *El reagrupament familiar a la ciutat de Barcelona*⁸, l'any 2007 el 52,4% de les sol·licituds de reagrupament familiar foren dutes a terme per homes, mentre que el 47,6% restant foren demandes efectuades per dones. Segons la nacionalitat de les persones que sol·liciten el reagrupament familiar l'estudi indica que la principal nacionalitat que ho va sol·licitar durant l'any 2007 va ser l'equatoriana (1.309 sol·licituds), seguit de la nacionalitat xinesa (885 sol·licituds), la peruana (703 sol·licituds) i la pakistanesa (639 sol·licituds) tot i que les nacionalitats xinesa i pakistanesa mostren un augment de sol·licituds major en el període 2005 i 2007 (200% i 128 % de variació respectivament).

Un aspecte central de l'impacte dels reagrupaments familiars en l'estat del benestar del país d'acollida es connecta la relació de parentiu de les persones reagrupades. S'observa que en el 34,8% dels casos el parentiu dels familiars a reagrupar són els fills i filles, en el 24,1% dels casos són els cònjuges dels i les residents a Barcelona, en el 21,7 % dels casos són els i fills i filles i els cònjuges a la vegada, mentre que en l'11,7% dels casos les persones per reagrupar són els ascendents de la persona resident a la ciutat.

El fenomen del reagrupament emergeix com una eina clau de planificació ja que permet preveure algunes demandes socials d'aquestes famílies com ara els serveis educatius, serveis de joventut, serveis a les famílies o serveis de salut⁹. Cal tenir en compte que els cònjuges reagrupats un cop arribats a destinació disposen del permís de residència però no disposen del permís de treball. Per

tant, només poden accedir al mercat de treball si aconsegueixen una oferta de treball a temps complet. Per últim, el reagrupament familiar esdevé important alhora de normalitzar la proporció d'homes i dones de les nacionalitats més masculinitzades o feminitzades residents a la ciutat.

2.2. Les condicions socials i econòmiques de la població immigrant provinent de països en vies de desenvolupament i la seva relació amb la salut

A partir, principalment, de dos estudis informes, *l'Estat de Salut i condicionants de la utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya*¹⁰ i *La salut dels immigrants de Barcelona*¹¹ que han analitzat les dades que ens ofereix l'Enquesta de salut de Catalunya del 2006 (ESCA-06) i l'Enquesta de salut de Barcelona (ESB-06) podem descriure alguns indicadors que ens permeten aproximar-nos a la situació social i econòmica en que es troben bona part de les persones de nacionalitat estrangera provinents de països en vies de desenvolupament a Catalunya i Barcelona.

2.2.1. La classe social i el nivell d'estudis

Un aspecte revelador pel que fa a les condicions socials i econòmiques de la població estrangera a Barcelona, és que mitjançant l'explotació de les dades de l'ESCA es determina que les persones que tenen el seu origen en els països en vies de desenvolupament (PVD) estan sobre representades en les classes socials més desfavorides (classes socials manuals). Al voltant del 68% dels homes i més del 70% de les dones d'origen immigrant se situen en les classes socials manuals, mentre que només formen part d'aquestes classes socials entorn del 35% dels homes autòctons catalans i menys del 30% de les dones autòctones catalanes¹⁰.

El nivell educatiu dels menors de 65 anys és en termes generals inferior a la població general¹⁰. La proporció de persones d'origen immigrant dels PVD que no tenen estudis, és major que en la resta de col·lectius¹¹. Segons ens indiquen les dades de l'ESCA-06 en la franja d'edat de 15 a 44 anys el percentatge de persones d'origen estranger que no han finalitzat els estudis primaris se situa en el 8% mentre que pels autòctons aquest percentatge és de l'1%. En la resta de nivells educatius, estudis secundaris i superiors, en la mateixa franja d'edat (15-44 anys) la proporció d'immigrants que en tenen és inferior en comparació amb els autòctons (55% enfront al 63% dels autòc-

tons en estudis secundaris i 18% enfront el 21% dels autòctons en estudis superiors)¹⁰.

2.2.2. La situació laboral

El mercat laboral ha sofert força canvis en els darrers anys a Catalunya que han afectat a l'ocupació i han augmentat la vulnerabilitat dels treballadors. La flexibilització contractual i la temporalitat en són dos de les principals característiques. Els treballadors passen d'estar ocupats a estar aturats alternativament i successivament, i és en aquest sentit que podem parlar de precarietat en el mercat de treball. Aquesta precarietat laboral, és clar, no afecta de la mateixa manera a totes les persones inserides en el mercat de treball sinó que afecta principalment als grups més vulnerables, les persones que s'ocupen en el segment inferior del mercat de treball, on els immigrants provinents de PVD també es troben sobre representats.

Segons les dades de l'ESCA i l'ESB, entre autòctons i immigrants de PVD es detecten doncs algunes diferències: els immigrants entre 15 i 44 anys tenen menys seguretat en la feina que els autòctons de la mateixa franja d'edat. Tenen un percentatge de contractes indefinits inferior (36,1% enfront el 48,5% dels autòctons), el nombre de contractes temporals és major (23,2% enfront 14,6% els autòctons) mentre que el nombre de persones que treballa sense contracte és també major entre els immigrants (7,7% enfront el 2,2% dels autòctons)¹⁰.

En un altre estudi efectuat per Porthé et al.¹² es relacionen les característiques de la precarietat laboral de les persones de nacionalitat estrangera i la relació que té amb la salut. Conclouen que entre els problemes de salut percebuts destaquen els relacionats amb la salut mental, per les preocupacions i la incertesa del futur, com a conseqüència, sobretot, de la temporalitat contractual. Un dels problemes que més es referien els ciutadans immigrants entrevistats fou l'estrès atribuït a la càrrega de treball i a la dificultat de conciliar la feina amb la vida personal i social. Un altre aspecte que destaca l'estudi és el que ells anomenen *presentisme* (antònim d'absentisme), això és, les dificultats que tenen aquests treballadors per obtenir, per exemple una baixa laboral, o faltar a la feina, per la por a perdre-la o no ser renovats. Aquesta situació precària des del punt de vista laboral els aboca a una integració social també precària¹². Per últim, la recerca determina com un indicador important d'aquesta precarietat laboral el temps de treball i és conclou que segons les dades qualitatives obtingudes hi hauria, en molts casos,

una sobreexplotació per part dels empresaris en la utilització d'aquesta mà d'obra immigrant.

2.2.3. Els ingressos

Els ingressos de les persones d'origen immigrant provinents de PVD són, de mitjana, inferiors, en comparació amb la resta de grups. S'observa que la renda personal mitjana en la mateixa franja d'edat (15-44 anys) és inferior en comparació amb els autòctons (840 € mensuals pels immigrants enfront 1.050 € mensuals pels autòctons). En les classes socials més desfavorides aquest patró es manté. Més de la meitat dels homes d'origen immigrant de les classes manuals amb ingressos propis cobren salaris inferiors a 900 € al mes. Aquest percentatge s'eleva al 80% per les dones de la mateixa classe social. Pel que fa als autòctons immersos en el mateix estrat de població, són el 39,2% dels homes els que cobren salaris inferiors a 900 € i el 59,4% de les dones¹⁰.

2.2.4. L'habitatge

Es detecten també mitjançant l'ESCA-06 i l'ESB-06 algunes desigualtats importants segons classe social i origen, en les variables que responen a la composició de la llar. La mitjana de membres de la llar en els grups d'edat 15-44 anys és superior en les llars formades per persones d'origen immigrant (3,8 persones de mitjana) que en les llars autòctones (3,4 persones de mitjana)¹⁰. Segons l'ESB-06 els homes d'origen immigrant de les classes desfavorides viuen en condicions d'amuntegament (més d'una persona per habitació excloent cuina i bany) en un 43,9% per només un 12,4% dels homes catalans del mateix estrat social¹¹. A més, en l'11,8% de les llars d'aquests homes d'origen immigrant han estat considerades com d'habitabilitat deficient. Continuant amb l'informe de *La salut de la població immigrant a Barcelona*¹¹, dins de cada classe les persones provinents de PVD també tenien en menys freqüència calefacció i rentavaixelles.

Resumint els apartats anteriors, la precarietat econòmica i laboral té, d'aquesta manera, un impacte directe sobre la salut de les persones. Les persones que es troben en pitjor situació social i econòmica també tenen pitjor salut. El fet de pertànyer a les classes més desfavorides fa que hi hagi un major risc de mortalitat, de patir alguna discapacitat o tenir alguna malaltia crònica. El que succeeix és que els problemes de salut derivats d'una situació de po-

bresa no són només causa de les carències materials, sinó sobretot estan relacionades amb comportaments de risc per la salut, hàbits i estils de vida així com factors psicològics que repercuteixen negativament en la salut¹³.

A la inversa, la pertinença al grup, estar cohesionat socialment, això és, disposar de capital social té un efecte beneficiós per a la salut de les persones¹³.

- La manca d'integració social comporta malestar i això repercuteix en la salut
- Pertànyer a una xarxa social fa que hi hagi control social entre els seus membres i aquest fet indueix a les persones a dur estils de vida més saludables i més acceptats socialment
- La integració social fa que una persona tingui més capacitat per fer front a situacions socials i individuals adverses

Finalment es conclou que les persones que viuen en àrees geogràfiques amb major privació material i les persones que pertanyen a classes socials més desfavorides són els col·lectius que pateixen més desigualtats en salut¹³.

2.3. Desigualtats de gènere en la salut

Els homes i les dones presenten diferències pel que fa a la salut, tan en la prevalença d'algunes malalties, com en la resposta a alguns tractaments o fins hi tot en l'accés als serveis sanitaris, entre d'altres. Buscar però, diferències en el comportament dels homes i les dones implica diferenciar entre el sexe i el gènere. El sexe es refereix a les característiques biològiques que diferencien els homes de les dones mentre que el gènere es refereix sobretot amb els rols diferenciats que la societat té reservats a homes i dones. Mentre que les diferències de sexe no presenten massa discrepàncies en les diferents cultures, les diferències de gènere, per ser construccions socials, poden variar substancialment d'una cultura a una altra¹⁴.

Les diferències de gènere són presents en totes les societats i en totes les esferes de qualsevol societat (mercat de treball, rols familiars, educació...) i per tant néixer home o néixer dona determina conductes, oportunitats i experiències diferenciades i aquestes diferències es converteixen malauradament també en desigualtats en la salut¹⁴.

Es ben sabut que les dones tenen una esperança de vida major que els homes però per contra també se sap que durant el període vital tenen pitjor salut. Aquest fet s'explica, tot i que pot variar en diferents comunitats, perquè, en general, els homes tenen uns estils de vida menys saludables que les dones (major consum de tabac i d'alcohol o les condicions i la perillositat del treball, en són dos exemples, en la majoria de comunitats). El pitjor estat de salut de les dones s'explicaria, en canvi, pels rols socials desfavorables que desenvolupen aquestes en la majoria de societats, ja que en pràcticament totes les comunitats les dones són les responsables del treball reproductiu, tenen llocs de treball menys qualificats i, en la majoria de casos, han de conciliar la vida laboral i la vida familiar amb tots els problemes i costos que això significa.

A Catalunya i per extensió a Barcelona, la externalització del treball reproductiu ha generat noves ocupacions caracteritzades sobretot per la precarietat, el desprestigi social i els baixos salaris. Aquestes ocupacions, estan sent ocupades, en bona part, per dones amb escassos nivells formatius i, cada vegada més, per dones immigrants de nacionalitat estrangera. De fet, les dades de l'ESB¹¹ indiquen que les dones immigrants provinents de PVD es concentren principalment en quatre ocupacions: empleades domèstiques (19,4%), personal de neteja d'oficines i hotels (11,7%), dependents (11,0%) i cambreres (8,0%). Aquestes dades indiquen que més de la meitat de les dones immigrants provinents d'aquests països treballen en alguna d'aquestes quatre ocupacions.

Cal tenir en compte, en aquest cas també, la més que probable interacció de la classe social i el gènere pel que fa a la salut de les dones. Així, en la majoria d'indicadors de salut (salut autopercebuda o la utilització de serveis sanitaris, per citar-ne dos de clàssics) el fet de pertànyer a una classe social desafavorida fa que hi hagi majors probabilitats d'obtenir pitjors resultats, doncs les condicions materials en que viuen i han viscut les persones en aquests contextos així com els estils de vida que es desenvolupen en aquests ambients de precarietat influeixen inevitablement en la salut.

Amb les dones de nacionalitat estrangera provinents de PVD ens trobem doncs davant d'un col·lectiu molt vulnerable que pateix el que la sociòloga Sònia Parella ha anomenat *procés de la triple discriminació* com a resultat de la interrelació de les variables classe social, gènere i ètnia¹⁵.

2.4. L'estat de salut de la població immigrant

Com s'ha descrit a l'apartat de l'anàlisi demogràfica, al voltant del 19% dels estrangers empadronats a Barcelona l'any 2009 tenien entre 25 i 34 anys. A més a més, entre la franja d'edat de 30 a 44 anys és on la proporció d'homes és major a la proporció de dones. En conseqüència, podem dir que la població immigrant d'origen estranger a Barcelona és una població jove i en edat de treballar. Per tant, tal i com indica la literatura^{2,11,16-19}, no hauria de ser considerada com un grup de risc, perquè la immigració no produeix per si mateixa un increment del risc de mala salut, sinó que la salut es relaciona sobretot amb l'experiència d'adaptació del procés migratori, i a les difícils condicions socials i econòmiques, que tenen un impacte en la salut tant la població immigrada com en la població autòctona^{11,20}.

Segons la literatura, algunes especificitats dels diferents col·lectius d'origen immigrant com poden ser la cultura o la religió, les diferències en els estils de vida, el procés migratori o, com hem vist, la situació precària en que viuen moltes de les persones immigrades en el país d'acollida poden influir en el seu estat de salut^{17,19,21}. Com és sabut, les persones que pertanyen a les classes socials més desafavorides tenen pitjor salut i més mortalitat²². Així tots aquests aspectes que en molts casos tenen a veure amb desigualtats socials esdevenen també desigualtats en salut²³.

El Pla Director d'Immigració del Departament de Salut² posa especial èmfasi en diferents aspectes relacionats amb la salut que tenen més impacte en la població immigrant estrangera, alguns dels quals, s'enumeren a continuació:

- **La salut sexual i reproductiva:** les taxes de fecunditat són majors en dones provinents d'alguns països concrets (marroquins, equatorians, etc.) a les dones autòctones.
- **La salut mental:** El fet d'emprendre l'aventura d'emigrar pot provocar trastorns mentals, entre d'altres com, per exemple, l'adaptació o la inadaptació al país d'acollida, etc.
- **Les malalties infeccioses:** Algunes persones podrien tenir més probabilitat d'haver patit una malaltia infecciosa o provenir d'un país on algunes malalties infeccioses poden ser més prevalents.
- **La salut laboral:** la precarietat laboral i les condicions d'habitatge poden fer a les persones immigrants estrangeres més vulnerables a la malaltia.

Així, tot i que la persona immigrada estrangera habitualment és una persona jove i sana, hem de tenir present que ve de països que tenen una epidemiologia pròpia en quant a malalties cròniques i infeccioses i, d'altra banda, que el fet que la immigració genera una situació d'estrès que juntament amb les condicions precàries i d'inestabilitat amb que es troba en destinació la poden fer més vulnerable a la malaltia^{16,19}.

Els resultats d'estudis realitzats en països amb una llarga tradició migratòria, com Canadà, Estats Units o Anglaterra, mostren en molts casos que malgrat els immigrants presenten una millor salut quan arriben al país de destinació que la població autòctona, els seus nivells de salut tendeixen a disminuir amb el temps. Això podria ser explicat com a conseqüència del deteriorament dels hàbits saludables, de l'efecte de les condicions socioeconòmiques sobre la salut, etc.^{24,25}.

En els darrers anys a l'Estat Espanyol, han proliferat diferents treballs que han analitzat l'estat de salut de la població immigrada a partir sobretot de les dades d'enquestes de salut, ja sigui a nivell estatal²⁶⁻²⁹ o de comunitat autònoma³⁰⁻³⁴. És necessari poder analitzar les dades separant com a mínim la població immigrant segons si procedeix de PVD o de països desenvolupats, ja que les realitats dels diferents col·lectius d'immigrants són molt diferents. Malgrat tot, les fonts d'informació disponibles no ho permeten en molts casos.

L'estudi de Carrasco-Garrido et al. basat en l'Enquesta Nacional de Salut de l'any 2003 mostra que la població immigrant presenta malalties similars i uns millors estils de vida (consumeixen menys alcohol i tabac) que la població autòctona²⁶. Aquests mateixos autors analitzen l'Enquesta Nacional del Salut del 2006 mostrant que la població immigrant té una prevalença més baixa d'hipercolestèmia, de malalties coronàries, de depressió i ansietat que la població autòctona. No obstant, la població immigrant declara percebre una pitjor salut que la població autòctona²⁷. Hernández i Jiménez^{28,29} també treballen amb les dades d'aquestes dues edicions de l'Enquesta. Els resultats dels seus treballs apunten que existeixen desigualtats socioeconòmiques en les variables: salut autopercebuda, limitacions en salut i problemes de salut mental diagnosticats, que afavoreixen als individus amb un millor nivell d'ingressos. Malgrat això, aquestes desigualtats són inferiors entre la població immigrant que en l'autòctona; tot i que s'observa un augment considerable de les desigualtats entre l'any 2003 i 2006 en el col·lectiu immigrant²⁸. Vers la salut autopercebuda, els autors mostren que els

immigrants procedents de països de la Unió Europea declaren un millor estat de salut que els autòctons, mentre que els procedents d'Amèrica Llatina pitjor²⁹.

Segons dades de l'Enquesta Regional de Salut de Madrid³⁰, la població immigrant fuma i beu menys que la població autòctona, però les dones immigrades presenten més sobrepès i sedentarisme. A més a més, les dones immigrades fa 5 o més anys tenen una salut autopercebuda i una salut mental pitjors. La població immigrant presenta les mateixes malalties cròniques que la població autòctona però amb unes menors prevalències³⁰.

A nivell de Catalunya, és interessant destacar dos estudis³¹⁻³². Els resultats del primer van en la mateixa línia que els exposats anteriorment: l'estat físic dels immigrants és millor que el de la població autòctona però aquesta relació s'inverteix a l'analitzar la salut mental³¹. L'estudi de Malmusi et al.³² descriu que les desigualtats en salut relacionades amb la migració afecten tant la migració interna com l'internacional, però sobretot afecta a la població procedent d'àrees pobres, i aparentment és més pronunciada en les classes manuals i les dones. La població immigrant de països pobres presenta una pitjor situació socioeconòmica però relativament millor salut, especialment els homes que han migrat recentment³². Un estudi realitzat a la Regió Sanitària de Girona conclou que la població immigrant consumeix menys fàrmacs i presenta menys trastorns crònics en comparació a la població autòctona³³.

A la ciutat de Barcelona, la informació més extensa sobre l'estat de salut de la població immigrant estrangera la trobem en el següent informe de l'Agència de Salut Pública de Barcelona realitzat l'any 2008: *La salut de la població immigrant de Barcelona*¹¹.

Les principals conclusions del mateix són:

- **Salut sexual i reproductiva:** Les dones de PVD són les que presenten les més elevades taxes de fecunditat, d'embarassos adolescents, d'embarassos no planificats i d'interrupcions voluntàries de l'embaràs.
- **Addiccions:** L'any 2007, el 64% de les persones usuàries dels centres de reducció de danys eren immigrants, majoritàriament del Magrib i d'Europa de l'Est. Entre els que consumeixen heroïna, gairebé el 70% van declarar haver iniciat el consum després d'haver emigrat dels seus països.
- **Salut percebuda:** El 18,7% dels homes i el 25,8% de les dones van declarar que la seva salut era regular o

dolenta. Les persones dels PVD van declarar més mala salut que els autòctons, sobretot les dones i les persones de classe no manual

- **Salut mental:** Segons l'escala de Goldberg, el 10,8% dels homes i el 19,3% de les dones presenten risc de patir trastorns mentals. Independentment de la classe social, en el cas dels homes són els de la resta de països desenvolupats els que presenten una prevalença més alta de patiment psicològic (5,1%), mentre que en el cas de les dones són les dels PVD (19,8%).
- **Els trastorns crònics:** S'observen unes prevalences de trastorns crònics més baixes en les persones de països desenvolupats, mentre que les persones de PVD presenten unes prevalences similars o lleugerament superiors a les dels autòctons. Quant al nombre de trastorns, els homes de PVD declaren un nombre més baix que la resta, mentre que les dones de PVD i autòctones nascudes fora de Catalunya en declaren més que les nascudes a Catalunya.
- **Malalties transmissibles:** Un problema de salut important en els immigrants, sobretot dels PVD, són les elevades taxes d'algunes malalties infeccioses agudes, com ara la tuberculosi i la sida. Així, durant els anys 2005-2006 la incidència de casos de tuberculosi més alta, la van presentar els homes immigrants, amb una taxa de 81,4 casos / 100.000 habitants, seguits per dones també immigrants, sent majoritàriament procedents de Llatinoamèrica i el subcontinent indi. De la mateixa manera, en el cas de la sida, s'ha produït un important ascens en la proporció de casos d'immigrants, passant de representar el 8,8% del total de casos l'any 1987 al 29,5% el 2006. La mateixa situació queda reflectida en el nombre de noves infeccions d'HIV.
- **Els accidents de treball:** La majoria dels accidents de treball amb baixa que s'han produït a la ciutat de Barcelona durant el 2006 han estat en homes de l'Estat espanyol, tot i que el 12,4% dels accidents van ser en persones de PVD. Cal subratllar la més alta proporció de persones d'aquests països amb contractes temporals en el cas dels accidents greus. Aquesta situació d'instabilitat laboral també s'observa amb més freqüència en el cas de les malalties relacionades amb el treball, i hi destaca el fet que en les persones de PVD les baixes laborals solen ser per trastorns físics mentre que en els autòctons i d'altres països desenvolupats, per trastorns de tipus ansiós o depressiu.

- **Mortalitat:** La població immigrant ha contribuït fins ara de manera marginal a la mortalitat a la ciutat de Barcelona, no sent la distribució d'edat més jove d'aquesta població l'únic factor explicatiu, ja que les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat són clarament inferiors a les dels autòctons. El fenomen migratori relativament recent, juntament amb la selecció d'individus sans que s'enfronten al procés migratori, podrien explicar aquesta diferència.

2.5. L'accés i la utilització dels serveis sanitaris per part de la població immigrant procedent de països en vies de desenvolupament

L'accés al sistema sanitari per part de la població immigrant es reconegut com una de les dificultats més importants en la provisió de serveis^{17,23}. Per aquest motiu una de les finalitats de les unitats de planificació de serveis sanitaris gira entorn de la millora de l'accés als serveis per part de la població immigrant.

Aquest accés involucra a més de la disponibilitat dels recursos, l'oportunitat per part dels pacients d'utilitzar-los i l'adequació d'aquests a les necessitats d'atenció de la població³⁵. Això significa que per estudiar l'accés als serveis sanitaris de la població s'han de tenir en compte tant factors relacionats amb els diferents col·lectius d'origen estranger com els factors que s'han d'atribuir al sistema de salut, que és qui, en definitiva, ofereix aquests serveis^{36,37}.

2.5.1. Factors que incideixen en l'accés als serveis sanitaris relacionats amb la població immigrant estrangera

L'accés i l'ús que en fan els immigrants estrangers s'explica segons Andersen i Newman (en Rivera, B.)³⁸ mitjançant tres factors: **els factors estructurals**, que inclouen tots aquells aspectes socioeconòmics (barreres idiomàtiques, culturals, factors econòmics, coneixement sobre els serveis...) que dificulten o faciliten l'accés; **la predisposició a l'ús dels serveis sanitaris** (l'edat, el sexe, o els factors culturals per reconèixer problemes de salut); i **la necessitat de la cura de la salut** (estat de salut autopercebut i capacitats funcionals que afecten a la propensió de buscar i utilitzar els serveis sanitaris).

L'estudi *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*^{36,39,40} identifica una sèrie de variables que poden dificultar l'entrada de qual-

sevol individu als serveis sanitaris i, en hipòtesi, aquestes variables incideixen en major mesura a les persones d'origen immigrant:

- El nivell d'informació sobre el funcionament del sistema i de com accedir a aquest^{36,37}. Conèixer el funcionament facilitarà que la persona accedeixi als serveis sanitaris, per contra, el desconeixement del funcionament del sistema esdevindrà una barrera important alhora d'accedir-hi.
- La precarietat de treball de bona part de la població immigrant d'origen estranger també pot exercir de barrera en l'accés: els horaris, la por a ser acomiadats..., en definitiva, les dificultats per absentar-se del lloc de treball fa que per algunes persones d'aquests col·lectius la salut passi a segon terme o que només es busqui assistència sanitària quan la patologia està en una fase avançada³⁶.

Unes altres variables que poden esdevenir barreres en l'accés per part d'alguns col·lectius d'origen immigrant són aquelles que poden tenir a veure amb alguns aspectes culturals del país d'origen^{19,36,41}:

- El fet de tenir una concepció de la salut i la malaltia diferent a la dels autòctons pot influir en l'accés als serveis sanitaris.
- Alguns col·lectius fan ús de la seva medicina tradicional per fer front a algunes malalties, per la qual cosa, en ocasions no acudeixen als serveis sanitaris o només hi accedeixen quan, amb aquesta medicina tradicional, no poden fer front a la malaltia.
- Algunes relacions de gènere en cultures on el patriarcat és molt marcat poden comportar dificultats, sobretot d'atenció, quan la pacient és una dona.
- La religió en algunes cultures també pot esdevenir una barrera a l'hora d'accedir o rebre atenció sanitària.
- Les dificultats de comunicació entre pacient i professional quan el primer no parla ni català ni castellà, esdevenen també barreres que dificulten tant l'accés com l'ús dels serveis sanitaris per part d'aquests col·lectius.

A més a més, les necessitats d'atenció dels diferents col·lectius d'immigrants s'han de concebre en tres moments diferents: l'arribada, on pesen molt els factors relacionats amb el país d'origen, el procés d'assentament, on es presenten els problemes en l'accés o utilització dels serveis i finalment, els immigrants poc a poc es van igualant amb

la població autòctona en els patrons de mobilitat i utilització de recursos sanitaris^{19,31}.

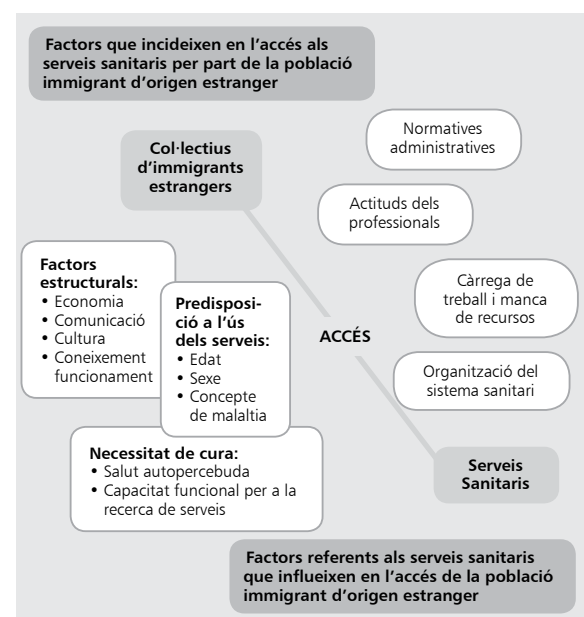
2.5.2. Factors referents als serveis sanitaris que poden influir en l'accés de la població immigrant d'origen estranger

Una possible barrera d'accés des del punt de vista dels proveïdors és la possible variabilitat en l'aplicació de les normatives administratives que garanteixen els drets dels immigrants a l'atenció sanitària en els diferents centres de salut^{36,37}.

Relacionat amb aquest primer punt, hi ha també la possibilitat de que existeixi algun tipus d'actitud del personal sanitari amb presència d'estereotips i idees preconcebudes i fins hi tot actituds xenòfobes que dificultin l'accés al serveis sanitaris d'aquesta població³⁶.

Per altra banda, els horaris d'atenció establerts pels diferents centres poden dificultar l'accés, principalment si coincideixen amb els horaris laborals d'aquests col·lectius.

Una altra possible barrera més que en l'accés, en l'atenció del professional vers el pacient d'origen immigrant és que els primers no disposin de temps suficient per atendre a la persona en qüestió si hi ha una distància cultural o comunicativa que dificulta el diàleg i per tant l'atenció requereix de més temps del que està establert per visita. El quadre següent mostra les possibles barreres d'accés als serveis sanitaris.



2.5.3. L'ús que fan els immigrants provinents de països en vies de desenvolupament dels serveis sanitaris

En primer lloc podem apuntar que la majoria d'estudis que s'han dut a terme sobre l'ús dels diferents serveis sanitaris per part de la població immigrant d'origen estranger coincideixen a destacar la menor utilització de la majoria d'aquests serveis per part d'aquests col·lectius^{2,34,42,43}.

La majoria d'estudis indiquen que els immigrants d'origen estranger utilitzen en major mesura la xarxa pública de salut i els serveis d'urgències com a canal prioritari d'accés que els autòctons^{11,19,42,44}. El major ús dels serveis d'urgències per part d'aquesta població s'explica sobretot perquè en l'accés no existeixen certes barreres que presenten la resta de serveis com, per exemple, que no cal concertar una cita prèvia per accedir-hi^{31,44-47}.

A partir de les dades de l'ESCA-06 i l'ESB-06, així com les dades de bona part de la bibliografia revisada, s'observa com els immigrants accedeixen menys a un metge especialista que els autòctons^{10,11,31,34,45}. L'ESCA-06 ens revela que de mitjana els immigrants han accedit un 33% menys a l'especialista que els autòctons, i dintre dels col·lectius són els asiàtics els que l'han visitat menys (70% menys que els autòctons)¹⁰. Pel que fa a la consulta de medicina general i l'hospitalització, l'estudi de Rigidó *et al.* apunta que el percentatge de població immigrant que usa aquests dos serveis es lleugerament menor en comparació a la població autòctona, encara que són els dos serveis que presenten una menor diferència en la freqüentació respecte els autòctons³⁴. El mateix estudi ens confirma també, com apuntàvem, que en canvi, els col·lectius d'origen immigrant accedeixen als serveis d'urgències en major proporció especialment els originaris de Sud-Amèrica^{10,34}.

Segons l'estudi *Perfil de la casuística hospitalària de la població immigrant a Barcelona*⁴⁵ les diferències en la proporció de la utilització dels recursos sanitaris es deu a una sèrie de factors:

- Problemes de salut diferents que poden comportar menor necessitat d'hospitalització, més relacionades amb malalties cròniques reaguditzades
- Diferències entre la població autòctona d'hàbits, estils de vida, o altres, que faci que les persones immigrants demandin els serveis quan la malaltia és evident, passant més per alt aspectes preventius que poden com-

portar contactes programats o la visita ambulatoria reduint la necessitat d'ingrés hospitalari

- La precarietat laboral i les dificultats en absentar-se de la feina pot fer que es busquin serveis sanitaris fora de l'horari laboral
- En alguns casos, situacions d'il·legalitat poden fer que aquestes persones busquin serveis sanitaris on s'eviti la identificació de les persones

Algunes investigacions també afirmen que a mesura que augmenta el temps de residència la probabilitat de visitar el servei d'urgències disminueix i en canvi augmenta la probabilitat de visitar un metge especialista^{31,38}.

A part dels serveis d'urgències, l'ús majoritari per part de la població immigrant segons la majoria dels estudis consultats se situa en l'àmbit materno-infantil^{45,46}. L'any 2004 a l'Hospital del Mar van freqüentar menys que els autòctons tots els serveis excepte els de Ginecologia i l'Obstetrícia⁴². L'ESCA-06 també posa de manifest aquesta major presència de dones d'origen estranger a aquests serveis ja que per la franja d'edat de 15 a 44 anys les dones immigrants havien visitat amb major freqüència la llevadora que les dones autòctones (9,6% les immigrants enfront el 6,9% les autòctones)¹⁰.

Per últim, a partir de l'ESB-06 s'observa que menys del 10% dels homes (tant autòctons com d'origen immigrant i de tots els estrats socials) declaren no haver demanat assistència mèdica tot i tenir-ne necessitat en les dues darreres setmanes. Pel que fa a les dones, són les de les classes més desfavorides (classes manuals) les que en major mesura afirmen no haver demanat atenció mèdica tot i tenir-ne necessitat. El 15,7% de les dones d'origen immigrant afirmen no haver demanat assistència mèdica enfront el 16,9% de les dones originàries de la resta de l'Estat espanyol i enfront del 10,9% de les dones catalanes¹¹.

2.6. "Les patologies de la immigració" o "l'immigrant sa"

Per cloure aquest primer capítol que versa sobre les principals claus teòriques que relacionen la immigració i la salut ens servirem d'algunes de les principals conclusions de la Tesi de Pau Mota²⁰ que relaciona immigració i salut. Mota ordena les diferents recerques sobre immigració i salut efectuades a nivell espanyol segons dues corrents teòriques diferenciades: el model de les patologies de la

immigració i el model de "l'immigrant sa" o *Healty migrant effect*". Així, en la discussió, l'autor qüestiona els enfocaments de moltes de les recerques efectuades sobre immigració i salut i posa de relleu la necessitat de contextualitzar les conclusions obtingudes en les diferents recerques segons les condicions socioeconòmiques en destinació dels diferents col·lectius de nacionalitat estrangera.

2.6.1. Les "Patologies de la immigració"

Aquest model engloba la majoria de recerques entre immigració i salut efectuades a Catalunya. El model de "les patologies de la immigració" se centra principalment en tres eixos diferenciats: les malalties infeccioses, la salut mental i la distància cultural.

Les malalties infeccioses

Sovint l'augment de casos de malalties infeccioses, malalties reemergents o malalties importades a Catalunya s'han atribuït a l'augment de la població immigrada. Segons aquesta hipòtesi, caldria esperar que aquells municipis en que hi ha una major proporció d'immigrants hi hauria d'haver una taxa més elevada de malalties infeccioses, però, en canvi, en els municipis on hi ha més persones de nacionalitat estrangera, amb les taxes ajustades per edat i sexe, les malalties infeccioses disminueixen lleugerament. Aquests resultats, però, varien segons l'origen. En les persones provinents de països amb un índex de desenvolupament humà inferior, la prevalença de certes malalties infeccioses augmenta²⁰. D'això a establir una relació causal entre immigració i augment de malalties infeccioses és fer, però, un salt massa gran. Cal preguntar-se sobre les condicions de vida, el context socioeconòmic i els estils de vida en què viuen les persones de nacionalitat estrangera en destinació per entendre l'augment de malalties infeccioses. Ja que les males condicions de vida explicaven les mateixes malalties fa unes dècades a Catalunya. Així, el rebrot d'algunes d'aquestes malalties com pot ser la tuberculosi s'hauria d'entendre també com un indicador de l'augment de les desigualtats socials d'una societat concreta. De fet, bona part de la literatura afirma que la majoria d'immigrants que han desenvolupat un cas de tuberculosi no l'han importat del seu país d'origen sinó que l'han desenvolupat en destinació^{20,48}.

La salut mental

Efectuar un procés migratori es considera com un factor de risc per la persona que emprèn la migració. El fet de deixar familiars, amics i el país d'origen està considerat com un factor estressant que pot provocar problemes

mentals. Aquest és un dels principals enfocaments que relacionen la immigració i la salut. Ens estem referint, és clar, als fenòmens de "dol migratori" i el "Síndrome d'Ulisses". El procés migratori com a "experiència vital significativa" evidentment pot actuar com a situació d'estrès que pot desencadenar en una malaltia mental, això si, com moltes altres "experiències vitals significatives"⁴⁹ (la mort d'un ésser estimat, la pèrdua de la feina, patir un divorci...). Evidentment el procés migratori té incloses moltes variables que poden provocar o evitar una patologia mental: les facilitats o les dificultats en l'assentament en el país d'acollida, les condicions de vida en destinació, factors individuals, la percepció social en el lloc d'assentament de la condició d'immigrant, la relació que s'estableix amb els autòctons.

El que denúncia la tesi de Mota²⁰ és que, com també succeïa en les malalties infeccioses, les recerques efectuades tenen un biaix en la selecció d'immigrants inclosos en els estudis de salut mental, ja que se centren en una població immigrada que té unes condicions determinades (immigració econòmica, de països en vies de desenvolupament... etc). La idea que es vol transmetre és que si se sotmetés a la població autòctona que no ha efectuat cap procés migratori a les condicions econòmiques, laborals, socials i legals que pateixen molts d'aquests immigrants, probablement també s'identificarien malalties mentals. En hipòtesi, doncs, la variable immigrant potser no seria una variable suficient per establir un diagnòstic diferencial en la salut mental.

La distància cultural i la salut en els immigrants

Aquest punt relaciona els patrons culturals de cada col·lectiu amb l'estat de salut, la concepció de la salut i la relació o el comportament amb els serveis sanitaris. Generalment es parteix de la hipòtesi de que els immigrants tenen, com a conseqüència de la seva especificitat cultural una concepció de la salut i del seguiment dels tractaments que requereixen ser tinguts en compte en el moment de l'assistència sanitària. Mota²⁰ afirma que el model biomèdic, o, altrament dit, la medicina occidental, és coneguda per la majoria de persones immigrants ja que ha estat exportat per tot el món. La tesi afirma que segons els resultats obtinguts, en l'assistència sanitària a la diversitat cultural hi ha un prejudici que atribueix concepcions culturals sobre salut a determinades nacionalitats. Això es demostra també perquè no s'inclouen, per exemple, mesures per a preveure diferències culturals amb persones de nacionalitat russa, japonesa o nord-americana. Cal, altra vegada, contextualitzar també socioeconòmicament l'atenció i el comportament respecte

la salut i no sobrevalorar la diferència cultural. Cal tenir en compte l'especificitat cultural en un context més ampli on també es tinguin en compte factors estructurals i factors socioeconòmics que contextualitzin aquests factors culturals. Sense aquesta contextualització, relacionar immigració, salut i cultura pot provocar caure al parany d'una xenofòbia latent en l'exageració dels trets culturals d'alguns col·lectius.

De tot plegat es vol desprendre que tot i que bona part dels estudis que vinculen immigració i salut es focalitzen en algun d'aquests tres grans eixos i prenen el procés migratori per si mateix com a variable explicativa dels problemes de salut de la població immigrant, existeix un biaix en l'elecció dels col·lectius d'origen immigrant. És revelador que moltes de les recerques tinguin com a població diana, els col·lectius immigrants provinents de PVD i en canvi no remarquin la importància de les condicions d'assentament (condicions socioeconòmiques) per sobre del fet d'haver efectuat un procés migratori com a variables explicatives de l'estat de salut. Des del nostre punt de vista, les diferències de les condicions socioeconòmiques en destinació entre les persones immigrants de països rics i països pobres són clau per entendre les diferències en salut d'uns i altres.

2.6.2. "L'immigrant sa"

La base d'aquest corrent teòric se centra en considerar que la persona que ha efectuat un procés migratori es caracteritza per ser una persona jove i sana²⁰. És cert, però, que aquestes característiques es refereixen també a la immigració provinent de països en vies de desenvolupament (objecte del nostre estudi). La idea principal d'aquest corrent teòric es que les persones que han optat per dur a terme un procés migratori presenten probablement uns indicadors de salut millors que el conjunt de la població i que seran les condicions en que es troba la persona en el país d'acollida les que explicaran la relació que s'estableix entre immigració estrangera i certes patologies. Això és, segons la hipòtesi de l'immigrant sa, si durant el procés d'assentament les condicions són prou dures, aquests individus sans acabaran presentant major taxes de malalties que la població autòctona que viu en unes condicions de vida molt diferents. El que caldria plantejar-se és quina seria la incidència de la malaltia si sotmetéssim a la població autòctona a les condicions socials, econòmiques i legals que viu la població que ha efectuat un procés migratori.

3. Objectius

Els objectius generals i específics d'aquesta investigació són:

1. Identificar els principals problemes que troben els diferents col·lectius immigrants estrangers en l'accés als serveis sanitaris. Tant problemes intrínsecs del col·lectiu immigrant concret com problemes relacionats que tinguin que veure amb el sistema sanitari.
 - Identificar la concepció de salut i malaltia diferenciat segons l'origen del col·lectiu.
 - Estudiar l'ús de la medicina tradicional per fer front a malalties.
 - Descriure el grau de coneixement del funcionament dels serveis sanitaris per part dels col·lectius immigrants estrangers.
 - Determinar la continuïtat assistencial i el seguiment del tractament dels diferents col·lectius.
 - Estudiar la influència i la repercussió de les condicions de vida dels diferents col·lectius d'origen immigrant en destinació.
2. Conèixer des del punt de vista dels diferents col·lectius d'origen immigrant l'opinió i la valoració que fan dels diferents serveis sanitaris i del sistema sanitari públic en general.
 - Descriure els sistemes sanitaris dels països d'origen de les nacionalitats seleccionades (Xina, Pakistan, Marroc i Equador).
 - Apuntar les diferències i similituds del sistema de salut en origen i en destinació.
 - Conèixer la valoració dels serveis sanitaris de la societat d'acollida per part dels diferents col·lectius.
 - Detectar i recollir propostes de millora o de modificació dels serveis sanitaris del país d'acollida des del punt de vista del col·lectiu immigrant concret.
3. Detectar quins són els principals elements facilitadors i les principals barreres que troben els diferents col·lectius d'origen immigrant en la seva relació amb els professionals sanitaris durant la consulta.
 - Descriure barreres i facilitadors en la comunicació entre professionals i usuaris.
 - Identificar problemes de distància cultural entre professionals i pacients.
 - Copsar des del punt de vista dels pacients l'existència o l'inexistència de situacions de xenofòbia.

4. Metodologia

4.1. Disseny

La metodologia amb la qual s'ha intentat aconseguir els objectius proposats és la metodologia qualitativa des d'una perspectiva socioconstructivista⁵⁰. L'investigació s'ha realitzat des d'aquesta perspectiva perquè interessava comprendre no només les accions dels individus sinó també el sentit d'aquestes accions que són resultat, en gran mesura, de les construccions socials del grup al qual es pertany. Aquest tipus d'informació la proporciona la metodologia qualitativa des d'una vessant socioconstructivista. L'estudi ha estat de tipus descriptiu-interpretatiu^{51,52} i s'ha realitzat a la ciutat de Barcelona durant l'any 2010.

4.2. Mostra i participants

La població d'estudi foren les persones de nacionalitat estrangera de quatre països en vies de desenvolupament i persones autòctones, entre 18 i 65 anys i residents a Barcelona. Les 4 nacionalitats escollides van ser aquelles amb major representació a la ciutat: l'equatoriana, la pakistanesa, la marroquina i la xinesa⁵.

Els requisits d'inclusió que havien de complir els participants de les nacionalitats escollides foren els següents:

- Residents a la ciutat de Barcelona.
- Persones que haguessin tingut alguna relació amb el sistema sanitari (experiència).
- Edat: Entre 18 i 65 anys.

A banda dels criteris comuns d'inclusió, es van dissenyar diferents perfils d'informants en base a les següents variables:

- Nacionalitat: Marroquina, Pakistanesa, Equatoriana, Xinesa i Espanyola.
- Sexe: 50% dones; 50% homes.
- Temps d'estada al país d'acollida: menys de 5 anys/més de 5 anys.
- El nivell d'estudis: sense estudis, primaris, secundaris i universitaris.
- Situació administrativa: regularitzat/no regularitzat.
- Situació laboral: ocupat/aturat.
- Situació familiar en destinació: Viu sol/ viu en família.

De les variables anteriors, la nacionalitat i el sexe foren les variables de segmentació de la mostra. D'aquesta manera,

les tècniques de recollida de dades es van realitzar segons nacionalitat i sexe.

Adicionalment, es va seleccionar un referent i/o un mediador cultural de cadascuna de les nacionalitats estrangeres estudiades. El referent havia de fer temps que residís a Barcelona i que estigués vinculat a una associació del seu col·lectiu; i el mediador havia de tenir experiència en mediació cultural a l'àmbit de la salut. Es volia que el referent i/o mediador ens donés una visió de conjunt del col·lectiu davant la relació amb els serveis sanitaris, això és, una visió més holística del nostre objecte d'estudi basada en la seva experiència.

El procés de captació de les persones participants es va realitzar a través de diferents fonts:

- Professionals d'atenció primària.
- Mediadors i mediadores culturals.
- Associacions dels col·lectius d'immigrants seleccionats.

L'estratègia més efectiva de captació de participants fou a través dels mediadors culturals. Concretament, es va treballar amb mediadors culturals de les nacionalitats següents: mediadors xinesos, mediadors marroquins, mediadors pa-

		Nombre	%
Nacionalitat	Equatoriana	16	20,3
	Espanyola	14	17,7
	Marroquina	16	20,3
	Pakistanesa	18	22,8
	Xinesa	15	19,0
Sexe	Dona	43	54,4
	Home	36	45,6
Edat	De 18 a 34 anys	27	34,2
	De 35 a 50 anys	34	43,0
	De 51 a 65 anys	14	17,7
	Valors perduts	4	5,1
Nivell d'estudis	Sense estudis	5	6,3
	Estudis primaris	21	26,6
	Estudis secundaris	34	43,0
	Estudis superiors	19	24,1
Ocupació	Treballa	32	40,5
	No treballa	34	43,0
	Aturat/ada	12	15,2
	Jubilat/ada	1	1,3
	Valors perduts	1	1,3
Situació administrativa	Regularitzat	69	87,3
	No regularitzat	10	12,7

kistanesos i mediadors equatorians. A més a més, aquests mediadors van facilitar la comunicació amb les persones participants durant les tècniques de recollida de dades.

En total, van participar a l'estudi 87 persones, 73 de nacionalitat estrangera i 14 d'autòctones. De les persones immigrades, 8 foren referents i/o mediadors de la seva comunitat. El quadre següent hi ha descrites les característiques de les persones participants en els grups de discussió.

4.3. Tècniques de generació de la informació

Per a la generació i recollida de dades s'han utilitzat tècniques conversacionals grupals i individuals. En principi, s'havia dissenyat realitzar 10 grups de discussió (un grup de discussió d'homes i un grup de discussió de dones per cadascuna de les nacionalitats) i 8 entrevistes individuals a referents i/o mediadors culturals. Però degut a les dificultats trobades durant el procés de captació d'informants i durant la recollida de dades, es van acabar realitzant majoritàriament grups de discussió reduïts, 19 grups reduïts i 8 entrevistes individuals en profunditat⁵³. Principalment, es va optar per substituir els grups de discussió per grups reduïts degut a les dificultats idiomàtiques i de disponibilitat de la població objecte d'estudi. A la taula 5, hi ha una descripció de les diferents tècniques realitzades. Com ja hem comentat anteriorment, en total van participar 87 persones. El fet d'incloure grups amb autòctons s'explica per poder-los utilitzar com a grups control que han de servir per contrastar les dades obtingudes en els altres grups i observar similituds i diferències entre els autòctons i la resta de col·lectius estudiats.

Abans d'abordar específicament el treball de camp es van realitzar 3 entrevistes exploratòries amb experts: un coordinador d'una entitat vinculada amb aspectes relacionats amb la immigració, un tècnic de la Secretaria per a la immigració i un agent comunitari de salut). Aquestes entrevistes van tenir com objectiu obtenir una visió panoràmica del nostre objecte d'estudi i sobretot aconseguir informació útil de cara el disseny del guió de recollida de dades. Amb el mateix objectiu que les entrevistes introductòries amb experts, es va realitzar també un grup de discussió pilot amb mediadors culturals de les diferents nacionalitats seleccionades per sotmetre un primer guió a prova i poder-lo discutir i millorar-lo. Finalment, les tècniques de recollida de dades es van realitzar seguint un guió semi-estructurat que contenia els següents apartats/te-

mes: motius per migrar, característiques de l'assentament a la societat d'acollida, accés i ús dels serveis sanitaris (facilitats, barreres) i valoració sobre els serveis sanitaris i sobre els professionals de la salut.

Totes les tècniques de recollida de dades van ser moderades per la mateixa persona de l'equip investigador i van durar entre 60 i 90 minuts. En el cas dels grups de discussió i els grups de discussió reduïts a banda del moderador, també hi havia un altre membre de l'equip investigador que feia les funcions d'observador. La majoria de grups es van realitzar en locals d'associacions i/o Centres d'Atenció Primària. Els participants no coneixien l'equip investigador i la seva participació va ser voluntària i recompensada (sense que es conegués prèviament) amb un val-regal d'un establiment comercial.

Per corroborar i acabar d'obtenir la informació de les variables sociodemogràfiques dels participants dels grups, es van elaborar unes fitxes que els participants havien d'omplir, ells mateixos, moments abans d'iniciar cada grup. A més a més, els participants també havien de firmar un consentiment informat de participació en l'estudi.

A continuació es mostra el llistat de les tècniques que es van utilitzar per a la recollida d'informació.

Tipus de tècnica	Descripció i nombre de participants
Relació d'entrevistes exploratòries	1 entrevista a un coordinador d'agents comunitaris de salut
	1 entrevista a un tècnic de la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat de Catalunya
	1 entrevista a un coordinador d'una entitat vinculada amb aspectes relacionats amb la immigració
Relació d'entrevistes individuals en profunditat	1 entrevista a un home equatorià vinculat amb el consultat de l'Equador
	1 entrevista a un home marroquí executiu d'una empresa amb més de deu anys a Catalunya
	1 entrevista a un home pakistanès president d'una federació d'associacions
	1 entrevista a una dona xinesa vicepresidenta d'una associació
Relació d'entrevistes individuals a mediadors culturals	1 entrevista a un mediador cultural marroquí
	1 entrevista a un mediadora cultural marroquina
	1 entrevista a una mediadora cultural pakistanesa
	1 entrevista a una mediadora cultural xinesa



Relació de grups de discussió i grups de discussió reduïts	Equatorians	2 grups d'homes (5+3) 2 grups de dones (5+3)
	Marroquins	1 grup d'homes (5) 2 grup de dones (7+4)
	Pakistanesos	2 grups d'homes (4+4) 2 grups de dones (5+5)
	Xinesos	2 grups d'homes (5+3) 2 grups de dones (4+3)
	Autòctons	2 grups de dones (5+3) 2 grups d'homes (4+2)

El quadre següent mostra el guió dels temes tractats en les tècniques de generació de la informació.

Introducció:

Explicació del projecte, posar en antecedents als informants i signatura del consentiment informat.

Bloc A. Presentació personal (roda de presentació)

Bloc B. Fenomen migratori i inclusió

- Principals motius de migrar (econòmics...)
- Assentament a Barcelona (condicions, objectius, voluntat, ...)
- Avantatges i inconvenients de viure a Barcelona (comparació origen)
- Prioritats de les persones immigrants en destinació (treball, reagrupament,...)

Bloc C. Accés i us dels serveis sanitaris

- Coneixement del Sistema sanitari català (canal de coneixement, funcions)
- Porta d'entrada als serveis sanitaris (motius)
- Servei sanitari d'ús habitual (motius)
- Quan s'accedeix als serveis sanitaris (motius de no accés, malaltia avançada...)
- Barreres i facilitadors en l'accés als serveis sanitaris
- Continuitat assistencial

Bloc D. Valoració sobre els serveis sanitaris

- L'atenció rebuda als serveis sanitaris
- Valoració dels professionals de la salut (competències professionals, actituds,...)
- Comparació amb el Sistema sanitari d'origen (avantatges i inconvenients)
- Propostes de millora dels serveis sanitaris en el lloc d'acollida
- Valoració final sobre els serveis sanitaris

4.4. Anàlisi de les dades

Totes les sessions van ser enregistrades amb el consentiment de les persones participants. Posteriorment, es va realitzar les transcripcions sistemàtiques i literals de les gravacions. En correspondència amb el plantejament metodològic, l'informació obtinguda es va processar mitjançant un anàlisi narratiu de contingut⁵⁴ amb el suport del programa informàtic Atlas-Ti. El procés d'anàlisi fou el següent: lectures successives de les transcripcions, formulació de les primeres intuïcions, codificació les dades, anàlisi de les diferents categories i redacció dels resultats obtinguts en un marc explicatiu. Primerament, aquesta anàlisi es va realitzar per cada col·lectiu separatament i en un segon moment es va fer una anàlisi comparativa entre els diferents col·lectius seleccionats. El procés de l'anàlisi el van realitzar dues persones de l'equip investigador i els resultats globals van ser discutit amb tot l'equip investigador. Els resultats de cada comunitat van ser validats pel referent i/o el mediador cultural de la comunitat.

Els procediments de rigor seguits (triangulació, saturació, contrast dels resultats obtinguts amb les dades originals, etc) constitueixen un indicador de validesa dels resultats⁵⁵.

5. Resultats

Hem organitzat els resultats obtinguts en les entrevistes i els grups de discussió realitzats segons les cinc nacionalitats estudiades. A més, dintre de cada nacionalitat hem establert tres subapartats que organitzen la informació obtinguda per cada col·lectiu: *el fenomen migratori i les característiques d'assentament; la salut, la malaltia i el sistema de salut de referència i l'Accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona.*

A continuació, adjuntem la relació d'informants que han participat en els diferents grups de discussió amb les seves principals característiques sociodemogràfiques:

Nacionalitat Xinesa

Sexe	Perfil de l'informant que ha participat en el grup de discussió
Dones	XD1: Dona de 27 anys. Estudis Primaris. Treballa en un restaurant familiar. Va arribar a Catalunya l'any 1995
	XD2: Dona de 41 anys. Estudis Primaris. Treballa en una botiga de roba. Va arribar el 2004
	XD3: Dona de 32 anys. Sense estudis. No treballa. No regularitzada. Va arribar el 2006
	XD4: Dona de 58 anys. Estudis Secundaris. Propietària d'un restaurant. Va arribar el 1985
	XD5: Dona de 33 anys. Estudis Secundaris. Treballa en un restaurant. Va arribar el 2007
	XD6: Dona de 33 anys. Estudis Secundaris. No treballa. Va arribar el 2009
	XD7: Dona de 27 anys. Estudis Secundaris. Treballa en un Bar. Va arribar el 2006
Homes	XH1: Home de 50 anys. Estudis Primaris. Propietari d'un restaurant. Va arribar el 2005
	XH2: Home de 34 anys. Estudis Secundaris. Treballa de cuiner en un restaurant. Va arribar el 2005
	XH3: Home de 53 anys. Estudis Primaris. No treballa. Va arribar el 1996
	XH4: Home de 64 anys. Estudis primaris. Propietari d'un restaurant. Va arribar el 1985
	XH5: Home de 39 anys. Estudis Primaris. Treballa en la construcció. Va arribar el 2005
	XH6: Home de 41 anys. Estudis Primaris. Propietari d'una botiga de roba. Va arribar el 2006
	XH7: Home de 44 anys. Estudis Universitaris. No regularitzat. Treballa. Va arribar el 2006
	XH8: Home de 38 anys. Estudis Primaris. Aturad (treballava en la construcció). Va arribar el 2004

Nacionalitat Pakistanesa

Sexe	Perfil de l'informant que ha participat en el grup de discussió
Dones	PD1: Dona de 33 anys. Estudis secundaris. No treballa. Va arribar el 2005
	PD2: Dona de 30 anys. Estudis Primaris. No treballa. Va arribar el 2009
	PD3: Dona de 31 anys. Estudis Primaris. No treballa. No regularitzada. Va arribar el 2010
	PD4: Dona de 33 anys. Estudis Secundaris. No treballa. Va arribar el 2008
	PD5: Dona de 30 anys. Estudis Secundaris. Treballa d'intèrpret en una associació. Va arribar el 2004
	PD6: Dona de 51 anys. Sense estudis. No treballa. Va arribar el 2009
	PD7: Dona de 38 anys. Sense estudis. No treballa. Va arribar el 2005
	PD8: Dona de 48 anys. Estudis Primaris. No treballa. Va arribar el 2007
	PD9: Dona de 39 anys. Estudis Secundaris. No treballa. Va arribar el 2002
	PD10: Dona de 22 anys. Estudis Primaris. No treballa. Va arribar el 2009
Homes	PH1: Home de 42 anys. Estudis Universitaris. Treballa en una empresa d'assegurances. Va arribar el 2005
	PH2: Home de 43 anys. Estudis Universitaris. Treballa de Periodista en diari pakistanès. Va arribar el 2005
	PH3: Home de 19 anys. Estudis Secundaris. No treballa. No regularitzat. Va arribar el 2010
	PH4: Home de 35 anys. Estudis Secundaris. Treballa en una botiga d'alimentació. Va arribar l'any 2000
	PH5: Home de 28 anys. Estudis Primaris. No treballa. No regularitzat. Va arribar l'any 2008
	PH6: Home de 22 anys. Estudis Primaris. No treballa. No regularitzat. Va arribar l'any 2008
	PH7: Home de 29 anys. Estudis Universitaris. No treballa. Va arribar el 2009
	PH8: Home de 31 anys. Sense estudis. No treballa. No regularitzat. Va arribar el 2007

Nacionalitat Marroquina

Sexe	Perfil de l'informant que ha participat en el grup de discussió
Dones	MD1: Dona de 22 anys. Estudis Secundaris. No treballa
	MD2: Dona de 21 anys. Estudis Primaris. No treballa. Va arribar el 2009
	MD3: Dona de 41 anys. Estudis Secundaris. No treballa. Va arribar el 2003
	MD4: Dona de 48 anys. Estudis Primaris. No treballa. Va arribar el 2002
	MD5: Dona de 27 anys. Estudis Secundaris. Treballa. Va arribar el 2007
	MD6: Dona de 28 anys. Estudis Universitaris. Treballa. Va arribar el 2008
	MD7: Dona de 40 anys. Estudis Secundaris. No treballa. Va arribar el 2003
	MD8: Dona de 31 anys. Estudis Superiors. No treballa. Va arribar el 2003
	MD9: Dona de 50 anys. Estudis Superiors. Treballa d'interpret en una associació. Va arribar el 1998
	MD10: Dona de 43 anys. Estudis Superiors. No treballa. Va arribar el 2004
Homes	MH1: Home de 38 anys. Estudis Primaris. No treballa. No regularitzat. Va arribar el 2007
	MH2: Home de 51 anys. Estudis Secundaris. Aturad. Treballador d'una empresa. Va arribar el 1999
	MH3: Home de 47 anys. Estudis Universitaris. Aturad. Responsable de logística d'una empresa. Va arribar el 1996
	MH4: Home de 42 anys. Estudis Primaris. No treballa. Va arribar el 2009
	MH5: Home de 43 anys. Estudis Secundaris. No treballa. No regularitzat. Va arribar el 2010

Nacionalitat Equatoriana

Sexe	Perfil de l'informant que ha participat en el grup de discussió
Dones	ED1: Dona de 42 anys. Estudis Secundaris. Treballa en tasques de la llar. Va arribar el 2003
	ED2: Dona de 31 anys. Estudis Secundaris. Aturada. Treballava d'ajudant de cuina. Va arribar el 2001
	ED3: Dona de 31 anys. Estudis Universitaris. Treballa d'auxiliar de geriatría. Va arribar el 2005
	ED4: Dona. Estudis Universitaris. Aturada. Ha treballat en la cura de persones. Va arribar el 2000
	ED5: Dona. Estudis Secundaris. Treballa de mossa de magatzem. Va arribar el 2002
	ED6: Dona. Estudis Secundaris. No treballa. Ha treballat en la cura de persones. Va arribar el 2003
	ED7: Dona de 39 anys. Estudis Universitaris. Aturada. Ha treballat en la cura de persones. Va arribar el 1999
	ED8: Dona. Estudis Universitaris.
Homes	EH1: Home de 49 anys. Estudis Secundaris. Aturad. Ha treballat de xofer i en la construcció. Va arribar el 1999
	EH2: Home de 32 anys. Estudis Secundaris. Aturad. Ha treballat en la construcció. Va arribar el 2003
	EH3: Home de 34 anys. Aturad. Va arribar el 2002
	EH4: Home de 23 anys. Estudis Secundaris. Aturad. Ha treballat en la construcció. Va arribar el 2008
	EH5: Home de 51 anys. Estudis Secundaris. Aturad. Ha treballat de lampista. Va arribar el 2000
	EH6: Home de 36 anys. Estudis Secundaris. Aturad. Ha treballat de tècnic de manteniment. Va arribar el 2004
	EH7: Home de 63 anys. Estudis Universitaris. No treballa. Va arribar el 2002
	EH8: Home de 43 anys. Estudis Secundaris. No treballa. Ha treballat de mosso de magatzem. Va arribar el 2002

Nacionalitat Espanyola

Sexe	Perfil de l'informant que ha participat en el grup de discussió
Dones	AD1: Dona de 61 anys. Estudis Primaris. No treballa. És mestressa de casa.
	AD2: Dona de 40 anys. Estudis Secundaris. Responsable d'administració d'una empresa.
	AD3: Dona de 60 anys. Estudis Primaris. Treballa en tasques de la llar.
	AD4: Dona 59 anys. Estudis Primaris. No treballa
	AD5: Dona de 49 anys. Estudis Secundaris. Treballa de tècnica de manteniment
	AD6: Dona de 49 anys. Estudis Universitaris. Autònoma.
	AD7: Dona de 45 anys. Estudis Secundaris. Treballa de cambrera en un bar.
	AD8: Dona de 58 anys. Estudis Universitaris. Restauradora.
Homes	AH1: Home de 43 anys. Estudis Universitaris. Treballa de tècnic administratiu.
	AH2: Home de 51 anys. Estudis Universitaris. Treballa de gestor en un jutjat.
	AH3: Home de 51 anys. Estudis Secundaris. Pre jubilat
	AH4: Home de 61 anys. Sense estudis. Treballa en el ram de l'hoteleria.
	AH5: Home de 41 anys. Estudis Secundaris. Treballa de comercial
	AH6: Home de 46 anys. Estudis Secundaris. Treballa d'auxiliar administratiu

5.1. El col·lectiu de nacionalitat xinesa a Barcelona

Els resultats obtinguts a partir dels grups de discussió i les entrevistes efectuades als ciutadans de nacionalitat xinesa permeten fer un anàlisi més o menys detallat dels principals elements que expliquen la relació entre aquests ciutadans d'origen estranger i els serveis sanitaris de Barcelona.

El fenomen migratori i les característiques d'assentament

En la relació que s'estableix entre el Sistema sanitari català i els pacients de nacionalitat xinesa, cal destacar algunes realitats d'aquest col·lectiu que condicionen la seva inserció social i que són finalment clau per entendre posteriorment la seva *integració sanitària* en destinació.

Mitjançant els resultats obtinguts es constata que la majoria de persones de nacionalitat xinesa arriben a Barcelona amb la voluntat de guanyar diners per millorar les condicions de vida que tenien a Xina.

E: ¿cuales son los principales motivos de que las personas chinas vengan a Barcelona?

XD1: "Porqué en (China)...la gente es muy pobre y es muy difícil ganar dinero, hay gente ricos, claro, muchos, pero la gente con trabajo ganan muy poquito, y en cambio en Europa se gana más dinero, todo el mundo quiere buscar vida mejor...aunque ahora ha cambiado"

XH7: "dice que cuando viene aquí tiene en cuenta la parte económica ¿no? Que el dinero de aquí vale diez veces el de allí...entonces la gente se arriesga ¿no? Y ahí decir...bueno...yo trabajo unos años y entonces con lo que haya ganado me vuelvo ¿no? (...) pero claro...entonces vienen las crisis y todo esto y al final, si las cosas van mal...pues se tendrá que ir antes"

Els xinesos que viuen a Barcelona provenen bàsicament de dues zones, de Shandong i sobretot, de Zhejiang. Els provinents de Shandong tenen un objectiu migratori basat en treballar un període relativament curt de temps a Catalunya (tres o quatre anys) per guanyar el màxim de diners possibles i tornar-se'n a Xina. En aquest sentit doncs no tenen cap necessitat ni voluntat per integrar-se a la societat d'acollida.

MX: "...venien a treballar 12-16 hores el que fes falta, uns tres anys, no els importava els papers per-

què se'n tornaven cap a casa amb uns diners que allà ja podien fer casa...llavors no els interessava integrar-se..."

E: aquesta idea de tornar, tan pels del nord com pels del sud?

MX: "no, els del nord, els del sud no, com que ja fa més temps que estan aquí, ja venen per quedar-se o diuen, bé ja marxarem quan siguem grans...per ells ser grans es 50 anys...i al final no poden...no són ni d'aquí ni d'allà ni s'adapten allà..."(Mediadora xinesa)

La majoria dels provinents de Zhejiang tenen, en canvi, un projecte migratori més a llarg termini. S'han establert a Barcelona, han constituït famílies i tenen l'objectiu de retornar al seu lloc d'origen en edats més avançades. Fins hi tot alguns ciutadans provinents d'aquesta regió assumeixen que es quedaran a viure a Barcelona per sempre.

"E: y una vez aquí...la idea es de retorno algún día...de volver algun día?"

XD1: "depende?"

E: de que depende?

XD1: "de las familias...para nosotros nos quedamos ya aquí, para siempre vivir...y volver a China sólo de visita...depende de la zona...de mi parte, del sur, hay mucha gente que viene aquí para quedar a vivir aquí con los niños, pero la gente del norte, viene aquí sólo para trabajar unos años y quiere volver..."

El grau d'inserció social dels xinesos de Zhejiang però, tot i aquest projecte migratori més dilatat en el temps, no difereix gaire dels provinents de Shandong ja que el seu estil de vida en destinació es basa en treballar el màxim d'hores possibles i per l'inexistència de temps d'oci.

E:...y la gente del colectivo chino ¿crees que tiene buena relación con la gente autóctona?

RX: "porque muchos... siempre relación con nosotros (entre xinesos)... grupos, sobretudo por el idioma y a más, nosotros trabajamos mucho" (Referent xinesa)

E: ¿muchas horas?

RX: mucho, no he visto un chino así... en calle viiendo...

E: que quieres decir, que los chinos no tienen tiempo libre para estar por la calle?

RX: si (Referent xinesa)

La literatura consultada¹ ens apunta, en aquest sentit, que una característica fonamental de les persones de nacionalitat xinesa que han vingut a viure a Catalunya és acon-

seguir ser treballadors autònoms, propietaris d'una empresa o d'un negoci (com també es confirma en la descripció de l'ocupació dels nostres informants) i que per assolir aquest objectiu destinen totes les seves energies.

A més, el col·lectiu s'ocupa en destinació en negocis i empreses relacionats amb nínxols econòmics ètnics (peruqueries xineses, clíniques xineses, botigues xineses, restaurants xinesos) que els permet tenir una gran autonomia a nivell comunitari ja que la majoria de les necessitats les poden satisfer sense la necessitat d'interactuar amb la societat d'acollida.

MX: "no perquè no tenen papers...és una mica... són molt currantes, són molt ambiciosos, de seguida obren un negoci, una fàbrica, el que sigui...també els de Zhejiang..."(Mediadora xinesa).

XD1: "tenemos un restaurante y yo he venido en el año en 1995, hace quince años, he vivido en Terrassa, y últimamente en Barcelona..."

E: y este cambio?

XD1: "a Barcelona porque otro negocio, otro restaurante"

XD2: "ella dice que llegó en 2004 y dice que desde que llegó aquí ha estado trabajando...después reagrupa a su marido y su hijo...ella fue la primera en venir, después reagrupa a su marido y a su hijo y actualmente tiene una tienda de ropa" ..."

Un element clau per entendre la no inclusió social de la majoria de la població xinesa que viu a Barcelona és la dificultat per comunicar-se en català o castellà. Aquests ciutadans entrevistats confirmen que tenen moltes dificultats per aprendre qualsevol de les dues llengües. Hi ha ciutadans que fa més de quinze anys que viuen a Barcelona que no es poden comunicar amb autòctons sense un intèrpret. Aquest problema de comunicació és determinant per comprendre les dificultats d'integració que tenen les persones de nacionalitat xinesa a Barcelona, ja que les relacions que poden establir amb persones autòctones són pràcticament inexistents.

XD2: "para ella aquí la vida es como de trabajo, es una vida muy nerviosa, muy intensiva, de...con mucho estrés, el ritmo es muy rápido y así...y también encuentra que el idioma, que no es tan fácil de lo que imaginaba y le cuesta, y para ella es importante, lo que encuentra más diferente es el idioma..."

E: "...y la gente del colectivo chino ¿crees que tiene buena relación con la gente autóctona?"

RX: "porque muchos... siempre relación con nosotros (entre xinesos)... grupos, sobretudo por el idioma y a más, nosotros trabajamos mucho" (Referent xinesa)

El fet que la majoria de xinesos que han emigrat a Barcelona tinguin un nivell d'estudis baix i el fet de tenir una jornada laboral molt llarga dificulta, encara més, l'aprenentatge del català i el castellà.

MX: "perquè es molt difícil (que aprenguin la llengua) i si no tens estudis i treballes 16 hores es impossible, es que no...i per això..." (Mediadora xinesa)

Mitjançant els discursos d'alguns informants de nacionalitat xinesa hem detectat que una de les principals dificultats per integrar-se socialment que tenen els que viuen a Barcelona és, ja no tan sols la inexistència de relació amb persones autòctones, sinó la manca de xarxa social que disposen dintre de la mateixa comunitat xinesa en destinació. En relació a aquest aspecte, és important destacar la poca cohesió interna d'aquesta comunitat a Barcelona. Sembla ser que entre els xinesos, a banda de les relacions familiars, s'estableixen relacions econòmiques i laborals, però no hi ha, en canvi, una sòlida xarxa social. En aquest sentit, doncs, la majoria de xinesos que viuen a Barcelona compten amb la seva família directa i alguns amics, però el cercle de coneguts en destinació és força reduït.

XH6: "dice que luego las redes sociales son muy nulas y aunque viven en un mismo sitio cada uno está a lo suyo y no se comunica, realmente...no se habla de las cosas que importan..."

MX: Aquí no tenen gran recolzament, només tenen el fill o els que estan dintre del taller i...i no hi ha gaire comunicació ni bon rotllo...vull dir...

E: aquí no fan gens d'oci?

MX: "no poden fer res, només treballar...si vens aquí, no menges bé...estàs en un sótano sense llum...es normal eh... que estiguis baix de defenses i de tot...i molta pressió...només tens un que t'ajuda i ahora et puteja..."(Mediadora xinesa)

La salut, la malaltia i el sistema de salut de referència

Si entrem ja en els aspectes més relacionats amb la salut, trobem que alguns informants xinesos asseguren que les condicions ambientals i la qualitat dels aliments de Bar-

celona fan que, a priori, poguessin tenir una millor salut a Barcelona que la que tenien a Xina.

XH3: "todos están de acuerdo que la salud en España está mejor...cuando están aquí ellos está mejor...porque, por la comida...porque dice que en china la comida...la carne, el pollo, le inyectaron unas cosas o así y entonces provocan cáncer...hay mucha gente que ha tenido problemas...por ejemplo su mujer tenía problemas...entonces ha llegado aquí...ha vigilado, comida de aquí y nunca ha aparecido...y también el tiempo...aquí el clima es muy bueno y no hay tanta contaminación...por tanto para ellos aquí su salud es mejor"

XH8: "Él piensa que mejor aquí...él cree que en Pekin hay mucha más contaminación y que aquí hay más higiene...en la carne, el pollo..."

El fet però, de viure en una societat nova i molt diferent a la originària, amb costums i creences molt diferents, treballar tantes hores, amb condicions laborals precàries i la manca d'una xarxa social de suport, és identificat pels informants entrevistats com els principals factors que afecten la salut de les persones d'aquesta nacionalitat, sobretot en els primers anys d'estada a la ciutat.

XD2: "(...) el estilo de vida...aquí trabajo mas duro, y a veces, muchas veces se trabaja por la noche y esto afecta más a la salud...y lo que comes... a veces por la mañana no comes y por la noche comes mucho...no se...esto es un motivo de tener muchas enfermedades como tener la tensión alta, diabéticos...hay muchos diabéticos..."

XH8: "dice que la vivienda..."

E: cuando hablas de vivienda ¿a que te refieres?

XH8: "dice que puede haber mucha gente viviendo en un mismo piso.. esta es la problemática..."

XH6: "para el lo que vive es presión de la vida, no? Presión de no hablar el idioma...la presión de las diferencias culturales ¿no? Todo esto pues...le afecta (a la salud)..."

Un aspecte interessant que cal remarcar en aquest punt, és que aquesta comunitat assenyalava que aquestes condicions de vida que tenen en destí, el fet de viure en una societat culturalment diferent i la manca de suport social afecta la seva salut mental. Tot i el malestar psicològic, els xinesos asseguren que no accedeixen al psicòleg. Des de

la concepció xinesa els problemes de salut mental són un tema tabú.

MX: "piensa que aquí (els xinesos) psicológicamente estan fatal eh..."(Mediadora xinesa)

E: Y el tema de la salud mental, es un tema complicado no? Los psicólogos me decían que...

RX: si vas al psicólogo, muy problema, la gente casi no habla nada...

E: es un tema tabú

RX: si, ventana esta cerrada, nosotros no puedes entrar..."(Referent xinesa)

Una característica d'aquesta població relacionada amb la salut i la malaltia que ha emergit amb força mitjançant els discursos de les persones entrevistades és l'automedicació i l'ús de les medicines tradicionals per fer front als problemes de salut més habituals. Les persones entrevistades han explicat que la majoria de xinesos quan arriben a Barcelona ho fan amb una farmaciola plena de medicaments.

XH7: "el dice que se ha traído las medicinas de allí y que las tiene y las utiliza aquí...dice que los medicamentos más generales... para una gripe o tal... dice que se lo trae de allí porque es complicado no? por el idioma y todo esto ir a un médico..."

MX: "els xinesos aquí, quan la medicació de la maleta se'ls acaba van a la farmàcia"

E: que vol dir la medicació de la maleta?

MX: "ells porten tota la medicació, tota la que poden, creuen amb la seva i la porten d'allà..." (Mediadora xinesa)

La majoria confirmen doncs, que a Barcelona continuen usant les tècniques de la medicina oriental per pal·liar moltes de les malalties més freqüents.

XH6: "una vez que está aquí se trae la medicación típica que se usa allí...para por si a caso se pone mal... y entonces quiere explicar mas o menos que se suele traer de allí...mmm...los chinos muchas veces dicen que deben contrarrestar el fuego...el fuego es cuando te encuentras mal pero no tienes nada no...malestar...y entonces allí si que hay medicina tradicional china que... y se trae eso...y medicina para el constipado, cremas...parches de esos de...para el dolor..."

MX: "i aquí també fan la medicina tradicional perquè és fàcil...és fàcil tenir agulles d'acupuntura,

ventoses...i no té efectes secundaris...saps? i tothom la pot fer... tothom diu que en sap i...punxa'm una mica per aquí...després ells es fan unes pressions aquí (a la gola i sobre el nas) també per treure's el foc...aquí sobretot, a la gola i aquí...aquí quan tenen mal de cap...això s'ho automediquen...quan tenen mal de cap venen amb això vermell...quan tenen mal de gola vénen amb això vermell...perquè ells han fet fort així...molta estona..." (Mediadora xinesa)

Es constata també, mitjançant els discursos dels nostres informants, un alt coneixement de l'ús d'aquestes tècniques per part de la majoria de la població xinesa que viu a Barcelona.

XH7: "el piensa que es por el desconocimiento de los medicamentos de aquí...y que, por ejemplo, como seguimos hablando...aquí también hay mucho...cuando tienes llagas en la boca...eso es una subida de...de fuego no? Entonces con la medicina tradicional china si lo tomas se va..."

XD1: "yo creo que en china hay más tratamiento que aquí...yo ayer he tratado a un español que le dolía aquí (a l'esquena) ya desde casi ocho años... nosotros con la raspa le he sacado... en cambio con medicamentos tratando tantos años..."

Per ells, el sistema sanitari xinès destaca sobretot per la rapidesa en l'atenció dels seus pacients i per ser un sistema basat en el copagament. El ciutadà que accedeix a una consulta mèdica a la Xina surt amb totes les proves fetes, amb un diagnòstic de la malaltia i el tractament a seguir el mateix dia de la visita.

RX: "si, otro, puedes visitar médico rápido... En china por ejemplo, es de mañana, a las ocho llegas al hospital, haces cola y llega mediodía y ya estas, ya ha acabado, que te pasa, como curar, ingreso o no ingreso, con sus pastillas puedes curarte o vuelves otra vez para visita...ya está atendido todo" (Referent xinesa)

XD3: "es que allí, por ejemplo, pues para una enfermedad cotidiana como un resfriado o tal te atienden y te dan la receta no? Y en el caso de algo mas específico, eh...o sea tu vas a l'hospital y te ingresan...te ingresan, te hacen todas las pruebas al momento..."

Com apuntàvem, els pacients a la Xina han de pagar una part del preu de la visita, amb la qual cosa, aquelles per-

sones que no tenen recursos econòmics tenen més dificultats per ser atesos als seus serveis sanitaris que la resta de ciutadans.

E2: es publico o privado?

MX2: semi publico...copago

E2: copago

MX2: si, ellos pagan una cantidad y el gobierno paga otra cantidad... (Mediadora xinesa)

XH2: "si es algo mas grave ya...entonces, claro, como dice que allí el sistema sanitario con el dinero, con la gente con dinero ya puedes llegar al médico, no hay que reservar, no hay que pedir una visita antes...entonces presentas allí directamente, pagas y solucionas..."

La mediadora xinesa entrevistada assenyala una altra característica del sistema de salut xinès que genera algunes desigualtats en l'accés: la insuficient cobertura, que no arriba a les zones rurals del país.

MX2: "ahora se está haciendo como la tarjeta sanitaria, el problema es que durante este tiempo de copago, el problema era que en las zonas rurales no tenían cobertura, sin embargo a las personas que trabajan en empresas les cubría todo...pero todos los que trabajaban en el campo..." (Mediadora xinesa)

En hipòtesi, el fet que s'hagi de pagar per accedir al Sistema sanitari xinès i el fet que en moltes zones rurals no hi tinguin fàcil accés, fa que moltes persones de nacionalitat xinesa s'automediquin força en origen i facin ús de les medicines tradicionals per guarir els seus problemes de salut i només accedeixin als serveis sanitaris d'origen quan tenen un problema de salut realment greu.

Accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona

El principal obstacle que tenen les persones immigrants de nacionalitat xinesa en l'accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona és la barrera idiomàtica, fins hi tot les persones de nacionalitat xinesa que fa molts anys que viuen a la ciutat. Aquesta incomunicació genera molta frustració i inseguretat a molts d'ells (i també a molts professionals de la salut).

XH4: "hace años que estoy aquí viviendo en España pero me cuesta mucho el idioma, aunque que hace muchos años que estoy viviendo aquí no ha-

blo bien ni el castellano ni el catalán...entonces es la primera barrera que ha encontrado aquí en... cuando tiene que acceder al sistema sanitario... eh...primero no entiende bien y muchas veces para expresar no encuentra la manera para decir al médico y muchas veces por falta de información o porque no ha entendido con el médico, muchas cosas han retrasado muchas, y entonces le pasan por un hospital, por otro, o por el cap, pasando por muchos sitios y al final parece un retrasado, y para ellos como muy importante si pueden solucionar, primero, como la barrera idiomática..."

XD7: "por ejemplo si le dan un informe médico ellos no pueden entenderlo, aunque hablen un poco de español, pero el caso de aquí...tienen que ir a buscar una persona que les traduce"

Bona part dels informants confirmen que no coneixen com funciona el sistema català, això és, que no saben a quin servei sanitari han d'accedir i no distingeixen els diferents tipus, i tampoc coneixen com poden utilitzar-los.

XH3: "me siento un poco incómodo por falta de información, porque no entiendo muy bien el sistema sanitario en España y no sabe como utilizarlo el sistema...entonces cuando encuentra mal, si no es muy grave, si puede aguantar, lo aguanta...aguanta, aguanta a ver si soluciona y si no puede solucionar entonces...esto es claro, que a veces no solamente es cuestión del idioma, claro el idioma es muy importante, tiene que entender médico, pero también por la falta de información, o no conoce bien el sistema sanitario, no sabe que tiene que hacer"

"E: "conocen los servicios sanitarios de aquí...que pueden ir a un CAP, lo que es el especialista...urgencias..."

XH8: "él dice que no...sólo lo mas básico de venir... de hacerse la tarjeta sanitaria...sólo lo mas básico..."

XH1: "le encantaría saber como funciona todo el sistema sanitario y que tampoco sabe dónde tiene que acudir para que le den la información...seguro que hay muchísimas cosas que a el le puede interesar del sistema sanitario pero claro desconoce todo el funcionamiento...pero dice que le gustaría mucho..."

E2: esto en el CAP o en Urgencias?

XH6: no sabe distinguir entre el CAP y Urgencias... no sabe si es en un hospital o en un CAP pero en urgencias..."

Una de les principals observacions que fan els entrevistats és la demora de temps des que un pacient es posa en contacte amb el sistema fins que és atès pel professional sanitari. Molts d'ells consideren que aquest temps d'espera provoca que quan els pacients són atesos la malaltia ja hagi empitjorat molt. El resultat d'aquesta percepció de lentitud es converteix en un obstacle d'accés als serveis sanitaris.

XH6: "si, para un especialista...hasta que te deriva a un especialista pasa mucho tiempo y que en una enfermedad pequeña, a lo mejor cuando llegas al médico ya tienes una enfermedad grave..."

MX2: "lo que quiere decir es que su marido fue al médico hace un año y que no le habían solucionado el problema y que al cabo de un año...cuando han vuelto al médico el problema es mucho mas grave..." (Mediadora xinesa. Grup de discussió)

XD7: "es eso no? En china, tres días, o una semana, operar...pero es que mi marido ahora espera un mes mas...esto no vale"

Tots aquests factors enumerats anteriorment expliquen segurament bona part de la desconfiança que asseguruen tenir moltes persones de nacionalitat xinesa entrevistades vers els serveis sanitaris catalans.

E: "la comunidad china creeis que tiene confianza con el sistema sanitario de aquí? Que pensais?"

XD1: aquí el médico siempre dice... estas bien, estas bien, no tiene problema, vas al médico toma esto, y luego, todo bien, todo bien, y vete a casa, y ya está..."

E: ellas decían lo mismo..."

XD2: si, mas o menos...piensan que no es muy fiable no, los resultados...no..."

E: ¿tienen poca paciencia?

RX: "si te ven...que pasa...toma, ya está...Para nosotros...por ejemplo... me siento no estar seguridad...entonces pensando tu estas viendo mi enfermedad o no..." (Referent xinesa)

El fet que hi hagi barrera idiomàtica, desconeixement del sistema sanitari català i lentitud en l'accés, fa que s'automediquin i facin us de la medicina oriental. Aquests fets fan que quan accedeixen als serveis sanitaris, la malaltia es troba en un estat avançat.

XH3: "a veces por idioma que no podía acceder al médico, me siento un poco incómodo por falta de

información, porque no entiendo muy bien el sistema sanitario en España y no sabe como utilizarlo el sistema... entonces cuando encuentra mal, si no es muy grave, si puede aguantar, lo aguanta... aguanta, aguanta a ver si soluciona y si no puede solucionar entonces..."

XD1: "ellas dicen que aquí tampoco van al médico, tampoco... Es que aparte, como hay el problema del idioma, porque si tienes problemas tienes que alguien te acompañe y si no es grave nadie quiere molestar a otra persona, sólo ya cuando no puede aguantar..."

Molts ciutadans xinesos com que tenen molts problemes de comunicació necessiten que algun conegut que sigui capaç de comunicar-se en destinació els acompanyi a la consulta. El fet d'acompanyar a algú a una consulta mèdica suposa per l'acompanyant absentar-se de la feina i per aquest motiu la persona que està malalta només demana el favor de ser acompanyada quan realment és necessari accedir als serveis sanitaris. El fet de dependre d'algú altre per accedir als serveis sanitaris afavoreix també aquest accés tardà al Sistema sanitari.

XD1: pero cuando una vez viene aquí, se ve todo diferente, primer de todo el idioma, no entiende idioma, cualquier cosa... ni puede moverse, ni conocer... y a parte aquí todo el mundo tiene su trabajo, nadie te va a acompañar todo el rato, sólo de vez en cuando te puede ayudar...

RX: "si, yo siempre ayudo a gente porque también tengo mucha faena y no puedo salir entonces yo... ellos... mejor cuando una cosa no te entiende hablar por teléfono, entonces no hace falta corriendo para dejar cosas..." (Referent xinesa)

MX: "no, sempre no, però... molts es això... han de pagar a algú... jo que sé quants diners per què els acompanyi... o tornar els favors importants..." (Mediadora xinesa)

El comportament dels ciutadans xinesos envers els serveis sanitaris a Barcelona ve influenciat doncs, per aquests factors que acabem d'enumerar. La majoria dels entrevistats reconeixen obertament que no coneixen el funcionament del sistema, ni saben com poden obtenir-ne informació, i per tant, no saben a quin servei sanitari han d'adreçar-se davant d'un problema de salut (molts d'ells no distingeixen, per exemple, entre el CAP i l'hospital). Les dificultats de comunicació no facilita ni el coneixement

del funcionament del sistema ni l'accés als serveis sanitaris fins que és estrictament necessari. L'experiència de molts d'ells, un cop han accedit tampoc és molt favorable ja que la majoria es queixen de la lentitud del sistema per ser atesos. Per a ells, la demora de temps fa que quan finalment són atesos, la malaltia s'hagi agreujat. Tot plegat provoca que algunes de les persones de nacionalitat xinesa afirmen que no tenen suficient confiança en els serveis sanitaris catalans. Aquesta desconfiança es fa palesa en detectar l'existència i l'ús de clíniques xineses (clandestines) a la ciutat.

XH4: "no es porque confía o no confía en el sistema... por eso hay gente... por ejemplo este señor nunca ha ido a clínicas, pero hay gente que si que ha ido porque claro aquí para pedir una visita al médico... un mes, dos meses... y luego te manda a otro sitio, y entonces gente por preocupación de su salud o otras razones ha ido a medico así privado y claro esto a veces para ellos... todo esto viene problema del idioma... primero es el idioma porque hay gente que piensa que mira... si yo voy a un hospital aquí a lo mejor no me entienden o yo no se como expresar... entonces es como no, no me atiende... entonces mejor voy a una clínica china que me pueden entender, me pueden indicar lo que tengo que hacer..."

XD2: "ella dice que estuvo en una consulta de aquí, de un médico de cabecera y que le echaron..."

E: le echaron?

XD2: "le dijo que tenía que traer un interprete porque sino no la atendían... y como no pudo conseguir a nadie que le acompañara ni pudo contratar a ninguno, pues terminó yendo a la clínica (xinesa)..."

Moltes persones davant d'un problema de salut greu opten per tractar-se a la Xina enlloc de fer-ho a Barcelona. Ambdues opcions (accedir a les clíniques xineses de Barcelona i tractar-se a la Xina) suposa una despesa important de diners.

XD2: "dice que aquí pidió una endoscopia su marido y que le dieron para cuatro meses y que durante este tiempo le ha dado tiempo a irse a China, hacerse la prueba, volver aquí y a los dos meses como que le mandan la carta de cuando tiene que ir a hacerse la prueba..."

XD7: "en el tema de salud es muy rápido siempre... si por ejemplo tu encuentras que tienes un cáncer o tienes una cosa así grave, es enseguida,

en un día, en tres días...ya está el quirófano o ya esta tratamiento ya...entonces es por eso que... eh...aquí es muy lento en este tema, hay que esperar mucho aunque estás muy mal ya...que aunque tienes algo urgente es igual, tienes que esperar...y por eso es...hay muchos chinos que cuando encuentran este problema ellos aunque todavía estan pagando aquí muchos impuestos, tienen seguros que pueden...para ir al médico no tienes que pagar nada, que en China si que hay que pagar, pero ellos prefieren volver a China gastando este dinero, primero porqué es mucho mas rápido, segundo, por el idioma, porqué aquí a lo mejor no pueden entender el 100% y hay que ir a buscar una persona que traduzca y que entienda...y para que puede... atiende mas rápido posible...cuesta mucho...pero en China no hay este problema, entonces mucha gente prefiere volver a China para...o por lo menos a veces también van allí y aprovechan...y hacen una visita...o haces un análisis en general..."

Un altre indicador que confirma el particular comportament de les persones xineses envers els serveis sanitaris és que el primer contacte amb el sistema sanitari català és l'oficina de farmàcia. Molt probablement, el fet que sigui un servei d'accés públic amb consell mèdic i atenció immediata i que poden obtenir els medicaments, un cop se'ls han acabat els xinesos, explicaria aquesta interacció entre la població xinesa que viu a Barcelona i la farmàcia.

E: porta d'entrada...farmàcia?

MX: "urgència...si...porta d'entrada... que no saps com parar una diarrea per exemple...de l'estòmac pateixen molt...i la medicació se'ls hi ha acabat...i van corrents a la farmàcia...la farmàcia..."

E: llavors comencen...van derivats llavors ja...de farmàcia a urgències, a urgències si no es urgent...

MX: "a Urgències els hi donen algo però han de seguir el tractament amb el seu CAP..." (Mediadora xinesa)

E: i llavors es quan van al CAP..

MX: "i es fan la tarja..." (Mediadora xinesa)

E: y la primera vez...que accedí a un servicio cual fue?

XH8: "el la primera vez fue a unas urgencias de un hospital"

XH7: "el en una farmacia"

A banda de la freqüentació a les oficines de farmàcia, el servei que usen majoritàriament són els serveis d'urgències hospitalaris. Aquest accés s'explica perquè són els que més s'assemblen al funcionament del sistema sanita-

ri xinès, en el sentit el pacient és atès el mateix dia i no s'ha de sol·licitar cap visita. També com s'ha descrit anteriorment accedeixen generalment quan la malaltia es troba en una fase molt avançada i, per tant, es troben en una situació d'emergència.

XD2: "dice que no, que los tratamientos que no le van bien los deja...los analgésicos dice que al principio van muy bien pero que con el tiempo ya dejan de hacer efecto...sin embargo, ella opina que siempre va a urgencias no? Lo primero...ella piensa que lo primero que hace es ir a urgencias..."

MX: "si, si, perquè ells...es com ho farien allà...urgències ho fan una mica com ho farien allà...l'únic que aquí s'esperen cinc o sis hores o 12 hores d'espera a l'hospital...però es més o menys el que farien allà...les proves, la radiografia, la eco...tot l'anàlisi..." (Mediadora xinesa)

Els CAP són menys freqüentats pel col·lectiu xinès, i també és el servei pitjor valorat. Destaquen que cal demanar cita, el procés és molt llarg i que els metges de família no tenen la paciència suficient per atendre una persona de nacionalitat xinesa. El CAP, en definitiva, és el servei que més s'allunya del model del sistema sanitari xinès ja que, com hem vist, a la Xina la persona arriba als serveis sanitaris i surt al cap d'unes hores amb totes les proves efectuades i el diagnòstic i la prescripció del tractament.

XH1: "(...) tiene dolor de espalda, lumbares...y muchas veces con gripe, con problemas mas pequeños que tiene que ir al CAP, si que le resulta mas difícil, si es problema grande, si hospital que es mas fácil, pero en problemas así, resfriados...que con idioma no comunica bien parece que el médico pasa de ti..."

XH8: "el dice que normalmente iría a las urgencias...pq en el CAP te hacen esperar muchísimo y que no tiene ese tiempo...y que en las urgencias le solucionan las cosas mucho mas rapido"

També valoren negativament els CAP perquè els costa d'entendre que siguin visitats per un metge que no els doni un diagnòstic, sinó que els derivi a un metge especialista. El fet que en moltes ocasions el metge de família no diagnostiqui resta confiança dels xinesos vers els professionals dels centres.

XD5: "si, otro, puedes visitar médico rápido... En china por ejemplo, es de mañana, a las ocho llegas al hospital, haces cola y llega mediodía y ya estas,

ya ha acabado, que te pasa, como curar, ingreso o no ingreso, con sus pastillas puedes curarte o vuelves otra vez para visita...ya esta atendido todo. Entonces aquí siempre tardas mas tiempo, por ejemplo llegas a cabecera a médico normal, entonces dice, esto yo no, el especialista...mira...entonces entre este hasta el especialista ha pasado un mes, y entonces siguiente...tardan mucho tiempo..."

RX: se nota mucho...yo soy enfermera, en china, ellos enfermo cuando llega a hospital puede enseguida atendidos todos...aquí cuesta mucho...para llamar, para pedir horas, entonces uno enfermedad importante cuando llega este día de visita ya cambió muy fuerte, ya cambió para grave...

E: a ver si lo entiendo...en China si una persona va al médico lo atienden enseguida y aquí es más difícil, hay que hacer llamadas...

RX: llamadas, hacer papeles...

E: y en China no pasa esto?

RX: porque nosotros en china cuando enfermo llega a hospital...medico ve...tu que pasa...porque vienes...indica dónde te hace daño...que duele y puedes ser atendido rápidamente, Aquí no. (referent xinesa)

Una de les opinions més repetides quan han estat preguntats sobre la relació que s'estableix entre metge i pacient és que els metges del sistema sanitari català, en general, i en especial els metges de família, no mostren una bona actitud a l'hora d'atendre'ls, amb la sospita de que aquesta manca d'atenció es deu al seu origen estranger.

XH6: "es muy importante que el personal de los centros sanitarios tenga paciencia con los chinos, con los inmigrantes...o sea que tenga otra actitud, una actitud mas positiva porque...que les expliquen lo que tienen que llevar y todo con mas paciencia porque se ha encontrado que le dicen que no que tal..."

XH5: "el piensa que no les hacen mucho caso...el dice que fue con un amigo que hablaba bastante bien y como que...a parte que dice que no entiende lo que tiene...como que tampoco se esfuerzan en saber lo que tiene...dice que se encontraba muy muy mal pero que el médico le decía que no era nada..."

Alguns informants van una mica més enllà en la seva valoració negativa entorn el tracte que han rebut per part d'alguns professionals de la salut i consideren, des del seu punt de vista, que alguns professionals han tingut actituds xenòfobes envers ells pel fet de ser immigrants.

XD7: "(...)estaba allí esperando ocho horas y se ha ido todo el mundo ya...la gente que ha llegado tarde también había salido ya y ha quedado ellas, las dos en la sala, y no se que ha pasado aquí...ella fue a preguntar a médico y el médico no, no...no la ha atendido...y para ella es como...que ser extranjero aquí no? Entonces a lo mejor se ha encontrado con un médico racista o...puede ser esto..."

XH4: "porque ellos son chinos...nosotros cuando hablamos con el médico, un minuto y nosotros con un minuto no hemos terminado eh...tengo muchas cosas que preguntar, que saber...nono, otro día, otro día...cada vez para pedir una visita hay que esperar mucho tiempo..."

Altres afirmen que aquest tracte discriminatori per part d'alguns professionals del sistema sanitari no és el més habitual, però és evident que en major o menor mesura existeix.

E: "es habitual encontrarte con personas racistas en el sistema sanitario?"

XH6: "claro que con uno que te encuentres ya es mucho..."

E1: el sistema sanitario es racista...esta seria la pregunta...

XD6: "para ella són casos especiales...concretos..."

XD4: ella hace poco que está aquí, claro...para mi si que es racista el sistema sanitario aquí...para los extranjeros la actitud es diferente...

Com causa dels evidents problemes de comunicació que tenen els pacients de nacionalitat xinesa, la majoria consideren que per millorar l'atenció és necessari l'existència d'una medidora o una intèrpret en tots els serveis sanitaris a fi de facilitar la relació entre el metge i pacient. Probablement la presència d'aquest medidor o intèrpret que permetés una comunicació fluïda entre els professionals de la salut i les pacients facilitaria les relacions entre els actors i disminuiria la sensació de discriminació que tenen aquests pacients.

XH1: "tienes suerte de encontrar una mediadora así en un sitio concreto, pero en la mayoría de sitios no hay, no hay este servicio, o por ejemplo, simplemente por página web o algo se pueden poner unas informaciones que ellos pueden...para la gente que está aquí, los chinos o la gente que está aquí, pueden fácilmente llegar a la información...que ellos quieren ir a buscar, que pueden fácilmente llegar a esta información"

XH7: "en primer lugar habría que haber una mediadora o una traductora...dice que por ejemplo en el caso de su mujer después del parto no sabía donde tenía que ir ni que tenía que hacer...dice que las enfermedades mas corrientes, un poco graves tendría que haber cosas traducidas...dice que es muy importante que haya una mediadora que les pueda explicar que tienen que hacer, dónde tienen que ir...dice que las cosas menos graves, como en pediatría como las dietas o así que les den cosas traducidas, pero en cosas mas graves es necesario un mediador..."

O, com a mínim, disposar de materials traduïts per tal que els usuaris puguin comprendre una mica millor el que el professional els està transmetent.

MH2: "simplemente por página web o algo se pueden poner unas informaciones que ellos pueden... para la gente que está aquí, los chinos o la gente que está aquí, pueden fácilmente llegar a la información...que ellos quieren ir a buscar, que pueden fácilmente llegar a esta información o por lo menos sabe mmm...donde puede, como ir a comunicarlo si tiene problemas"

XH3: "el en este caso pues encontró un amigo y este le ayudó a buscar todo el tema de las dietas y todo el tema del bebe no? Y que se lo tradujo en chino y el cuando tuvo este papel se fue super contento a dárselo al pediatra, mira para que lo tengas...por si viene otro paciente...dice que sería muy importante que hubiera documentos traducidos..."

La majoria de xinesos consideren necessari reduir el temps d'espera dels diferents serveis sanitaris i, sobretot, reduir el temps d'espera quan s'accedeix als CAP.

E: propuestas de mejora...que cambiaríais?

XD1: "que no tarden tanto tiempo...y que haya una interprete, aunque sea un día de la semana, así puedes quedar con el médico de cabecera...ese día para los chinos..."

E: si pudiéramos cambiar aspectos del sistema sanitario de aquí...que cambiaríais...

XD4: "la velocidad, que atendieran más rápido..."

5.2. El col·lectiu de nacionalitat pakistanesa a Barcelona

Els resultats obtinguts del col·lectiu pakistanès ens permeten fer una radiografia més o menys aproximada de la relació que s'estableix entre el sistema sanitari català i aquest col·lectiu de nacionalitat estrangera a Barcelona.

El fenomen migratori i les característiques d'assentament

Les principals característiques socioculturals que hem pogut copsar i que detallem seguidament s'intueixen rellevants per comprendre després com els ciutadans de nacionalitat pakistanesa es relacionen amb la salut, la malaltia i el sistema.

Dit això, el principal motiu per emigrar que assenyalen les persones de nacionalitat pakistanesa entrevistades és principalment millorar les condicions de vida que tenen en origen.

RP: "(...) y que piensen que estas personas no han venido para estar aquí en el país, sino para buscar la vida, porque no puede mantener su familia allí y por eso viene a aquí, porque ninguna persona va fuera de su país solo por gusto". (Representant pakistanès)

Mitjançant el treball de camp efectuat s'ha constatat que són els homes pakistanesos els que inicien l'aventura migratòria. Aquest protagonisme masculí en el procés migratori és un efecte directe de la divisió sexual del treball establert al seu país entre els homes i les dones. Els homes són els encarregats de dur els ingressos a la llar mentre que les dones assumeixen la responsabilitat de tenir cura de la casa i dels fills. Així doncs, els homes els un cop han estat capaços d'establir-se en destinació i tenen una situació socioeconòmica més o menys estable, és quan reagrupen a la dona i els fills.

PD5: "Los hombres venir para...mmm...pagando... aquí vienen por trabajo bueno y pagado bien sabes? Y mujeres...porque hombres...marido vive aquí, pues eso..."

RP: "acuerdo con mujer...siempre...si yo por ejemplo he venido...eh... cuando yo me casé en Pakistán luego he venido a aquí pero no he traído en el mismo momento mujer porque tarda el proceso de visado y todo esto casi dos años, mas o menos..."

pero hacemos un acuerdo que yo me voy para ganar dinero para mantener hijos para mejor calidad de educación, de comida, de vivienda y... así tu en el mismo momento tienes que cuidar de hijos y... también mujeres, una cosa muy importante para hombre porque si ella guarda su honor, eso también es importante, que no vaya con otros hombres... esto... es... y generalmente nunca pasa porque ella es... es cultural... eh... aunque veo que es muy difícil... normalmente... cuando pienso que es difícil que un hombre y mujer que están separados para dos años, tres años y... pero como siempre están en contacto... que tal mi hijo mayor que esta estudiando, bueno tal, tal, tal... entonces mujer esta... todo tiene que explicar..." (Representant pakistanés)

Aquesta diferenciació de rols tan marcada entre homes i dones que explica aquest model migratori, té alhora unes conseqüències en el procés d'assentament en destí. Els homes quan arriben a Barcelona s'intenten inserir en el mercat de treball majoritàriament en el segment més baix d'aquest on desenvolupen feines poc o gens qualificades. I, a més, tenen un baix nivell d'estudis.

RP: "(...) gente allí en Pakistán viene aquí si una familia tiene cuatro hombres, cuatro hijos, los inteligentes estudian, cuando son menos, mal estudiantes salen fuera para trabajar de mano de obra..." (Representant pakistanés)

RP: "en el ochenta y cinco era una cosa... de... salir de Pakistán salían primero gente para estudiar principalmente, estudios en Londres, América y algunos en Francia... En España ha venido gente solamente para trabajar... porque de educación de España en Pakistan son muy diferentes, no hay sistema igual, por eso..." (Representant pakistanés)

Els que arriben amb un nivell d'estudis superior, també s'insereixen en aquest segment del mercat de treball.

RP: "aquí ha venido mucha gente con oferta de trabajo y de... eh... peones de construcción, peón de agricultura, profesionales han venido poco..."

E: ¿más obreros?

RP: "sí, eso... Y una cosa que quiero añadir también... algunos pakistaníes han venido que son educados, abogados, master en varias cosas pero aquí no sirve de ellos este master, yo conozco hay un amigo que es triple M, triple master, pero no sirve aquí porque no sabe el idioma de castellano y ca-

talán y no puede... eh... y luego otro que es master en periodismo pero no puede escribir". (Representant Pakistanès)

E: "el mercado de trabajo de la gente de Pakistán que vive aquí es mas de trabajar de peón, de mano de obra pues..."

RP: "si... cuando son gente un poco estudiar, educados empiezan a hacer algún negocio de alguna tienda de alimentación, de locutorio, de restaurantes... antes muchos hacían... porque yo he visto muchos, gente son abogados en eh... diferentes carreras acabados, masters... y están haciendo peones porque no hay..." (Representant Pakistanès)

Hem copsat també que alguns homes pakistanesos tenen la voluntat de muntar el seu propi negoci, sobretot aquells que fa més anys que viuen a Barcelona.

E: ¿son gente que ha estudiado en Pakistán?

RP: "si, en principio tienen que trabajar de peón porque como no entiendo nada de castellano ni catalán, claro, no sirve su grado, su carrera y... por eso... luego primero hacen un poco de peones y luego montan algún negocio y ya está..." (Representant Pakistanès)

Un altre aspecte rellevant és que l'actual conjuntura econòmica (la crisi econòmica) ha afectat de ple a aquests ciutadans de nacionalitat pakistanesa ja que molts d'ells han hagut d'acollir-se al subsidi d'atur en el moment en que han disminuït els llocs de treball. Això ha provocat una reducció important dels reagrupaments familiars d'origen pakistanès en els darrers mesos.

RP: "y mucha gente que en Pakistán, claro, aún hay mucha gente que tiene sus hijos en Pakistán... no hay todo familias reagrupadas, falta mucha gente pero ahora están un poco esperando por crisis i haber si, que mejora un poco..." (Representant pakistanés)

PH8: "yo antes pensaba que... como yo buscar trabajo. Tenemos Europa para buscar trabajo, para trabajar, y si no hay trabajo es mucho problema, y buscar siempre trabajando..."

"L'efecte crida" és el principal mecanisme que explica l'arribada de nous homes pakistanesos a Barcelona. El col·lectiu pakistanès instal·lat majoritàriament al barri del Raval és una comunitat que disposa d'una forta xarxa social arrelada des de finals del segle XX a la ciutat. L'exis-

tència d'aquesta xarxa social consolidada afavoreix l'arribada de nous emigrants pakistanesos que troben el suport de la comunitat quan arriben. Generalment tenen algun parent o amic proper que ja viu a Barcelona i és aquesta persona la que l'acull a casa seva i explica al nouvingut tot allò que consideren necessari per desenvolupar-se en destinació.

RP: "si, que...algún amigo o algún pariente o alguno persona de nuestro región está en Barcelona, entonces llamamos y..."

E: os poneis en contacto...

RP: "si, sin tener que preocuparte de que vamos a Barcelona, y como viven aquí y como tienen pisos, ya están viviendo cinco personas, una mas, no preguntar que tienes que pagar primero tanto, esperan hasta que empieza a trabajar...esto es mas fácil para...dónde viven mas...Esto ha empezado en años 80 mas o menos...primero los paquistaníes que vinieron...vinieron a Barcelona...". (Representant Pakistanès)

Pel que fa a la inserció social d'aquest col·lectiu a la societat d'acollida trobem algunes diferències capdals entre els homes i les dones. Els homes tot i que és evident que quan arriben a Barcelona tenen dificultats en l'ús de la llengua i les diferències culturals existents entre la cultura d'origen i la cultura d'acollida, arriben amb la voluntat de treballar per assolir una situació socioeconòmica suficient que els permeti reagrupar la seva família. Això implica aprendre la llengua i adoptar algunes pautes de comportament pròpies de la societat receptora, i en aquest sentit, arriben amb l'objectiu d'adaptar-se en tot allò necessari per poder acomplir l'objectiu que s'han marcat en el seu procés migratori: inserir-se en el mercat de treball i fer efectiu el reagrupament familiar quan la seva situació socioeconòmica ho permeti.

PH2: "intentamos siempre integrarlo al sistema sanitario o otra cultura porque ya estamos viviendo en un país que ya tiene cultura diferente...que tiene un sistema sanitario diferente, pues entonces lo que intentamos normalmente es cambiar actitud y adaptar el sistema sanitario de aquí, integración, y porque normalmente nosotros vestimos de otra forma, y cuando llegamos a país europeo o aquí Cataluña y vemos otra gente que estan vistiendo de otra forma y pues vamos a cambiar esto y dejamos de llevar nuestra ropa, la que llevamos en nuestro país de origen, y cambiamos... es muy importante cambiar la actitud de la persona según el entorno

que tiene allí, se tiene que cambiar, lo intentamos siempre de cambiar..."

A diferència, les dones pakistaneses arriben a Barcelona mitjançant el procés de reagrupament familiar. Aquestes, a Barcelona, tenen reservat el mateix rol que desenvolupen en origen: encarregar-se de la cura de la casa i dels fills. Aquest fet implica que la majoria, les seves activitats diàries es desenvolupen en l'àmbit privat. A més, quan arriben acompanyades, en molts casos, dels seus fills i filles, els seus marits ja fa un temps que viuen a Barcelona i coneixen molt millor que elles com desenvolupar-se en la societat d'acollida. En conseqüència, els homes tutoritzen a les dones pakistaneses en qualsevol interacció social que aquestes necessitin realitzar en destinació, sobretot, a l'inici.

PD1: "porque nuestros maridos están acostumbrados ahora del sistema de aquí"

PD9: "el idioma es problema para todos eh...hasta que no pueden hablar y entender no pueden hacer nada...entonces, en principio tenemos problema de de nuestra casa, porque vienen las familias reagrupadas, a veces vienen con los hijos y cuando las mujeres vienen con los hijos no pueden hacer nada, porque tienen mucha faena en la casa, y entonces, realmente, no, ellas tienen mucho tiempo que se van a la escuela para aprender porque cuando ellas matriculan a sus hijos a las escuelas no pueden dejarlos en el comedor, a veces, por problemas económicos, no tienen mucho dinero, otro lado, que no conocen como hay recursos, como...entonces en principio, ellas, como una persona perdida eh...luego cuando dejan las escuelas, dejar y buscar, cuatro veces la escuela y por la tarde dos veces a la mezquita porque todas las familias musulmanas..."

Algunes pautes de la religió musulmana com el fet de que les dones hagin de dur vel, o algunes característiques de la cultura d'acollida incideixen de ple en l'estigmatització de les dones musulmanes en destinació i afecten en la seva inserció social.

PD9: "vosotros queréis escuchar la verdad?"

E: "si, claro"

PD9: "vale,...sabes que pasa...para nosotros hay dos cosas, la religión y la cultura, y llevamos los dos juntos, religión mas importante que la cultura, pero que ha ocupado por la sociedad y la cultura...como nuestra religión no nos permite, no podemos ense-

ñar nuestro cuerpo, tenemos que tapar hasta aquí y la cara también, entonces no podemos enseñar nuestro pelo, también, por eso llevan velo...las mujeres de marruecos mas costumbre, pero en nuestro país no...pero que pasa, no podemos permitir a nuestros hijos que se van a una escuela y no podemos dar permiso que se ponen relación sexual...entonces tenemos un miedo, por eso hemos cuidado a...protegiendo mas a nuestros hijos...no solamente para ellas, para hijos también, por respeto a la religión y luego cultura también...y cuando nuestro hijos...antes de casarse, relación sexual, con otros chicos del mismo país o de otro país, luego para nosotros es un insulto i una vergüenza, y...en nuestra religión, pensamos que Dios nos castiga...entonces...son primeras etapas, y són miedos que no podemos dejar a nuestros hijos que se mezclan y se acercan de las otras comunidades porque hay choque de culturas, y de religión tambien”.

Per les dones pakistaneses, l'efecte de la combinació d'aquests factors (desenvolupar-se únicament en l'esfera privada, el reagrupament familiar en un segon moment, algunes creences i pautes religioses que afecten principalment a elles i la distància cultural entre origen i destinació és que moltes no tenen pràcticament contactes amb la població autòctona i manifesten moltes dificultats per aprendre la llengua i desenvolupar-se en la societat d'acollida amb certa autonomia.

PD9: “el idioma es problema para todos eh...hasta que no pueden hablar y entender no pueden hacer nada...entonces, en principio tenemos problema des de nuestra casa, porque vienen las familias reagrupadas, a veces vienen con los hijos y cuando las mujeres vienen con los hijos no pueden hacer nada, porque tienen mucha faena en la casa, y entonces, realmente, no, ellas tienen mucho tiempo que se van a la escuela para aprender porque cuando ellas matriculan a sus hijos a las escuelas no pueden dejarlos en el comedor, a veces, por problemas económicos, no tienen mucho dinero, otro lado, que no conocen como hay recursos, como...entonces en principio, ellas, como una persona perdida eh...luego cuando dejan las escuelas, dejar y buscar, cuatro veces la escuela y por la tarde dos veces a la mezquita porque todas las familias musulmanas...”

Les dones més joves, aquelles que provenen d'àmbits urbans del Pakistan i aquelles que tenen un major nivell

d'estudis, tenen menys dificultats alhora de desenvolupar-se en destí.

E: “es decir, que las chicas que han estudiado tienen mas facilidades...”

PD9: “si, si, aprenden rápidamente, dentro de ocho o siete meses, pero las otras, que son sin estudios, a estas les cuesta mucho, porque no pueden buscar ayuda en los diccionarios, no pueden hablar con otras personas, siempre por fuerza tienen que dar cuatro palabras...”

La realitat, però, és que la majoria de dones de nacionalitat pakistanesa que viuen a Barcelona provenen de zones rurals i no han assolit estudis superiors.

MP: “sabes que pasa, que por aquí en Barcelona tenemos población de áreas rurales, de pueblo, muy lejos de las ciudades...hay muchas que si que preguntamos a ellas como son estas señoras si alguna vez han ido a alguna ciudad pakistani muy grande, y yo te diré que no...” (Mediadora, grup de discussió)

PD9: “somos todas de los pueblos, porque en Pakistán también hay diferentes niveles y las personas que son muy modernas tienen pensamiento como europea y otros que son un poco avanzados pero no como de pueblos...y estamos mujeres como ellas dos y yo también, yo en Pakistán yo llevaba un pañuelo por cabeza y otro por detrás y algunas que llevan...burca...entonces para ellas cuando llegan a aquí...historia muy larga, no podría decir...no tenemos tiempo...llegamos a aquí y en principio, yo llegué en verano, y lo vi en la gente de aquí que, con...forma de vestir, y son abiertos, eh... dando, haciendo besar en la calle...como los chicos besan, hemos visto esto...un choque...durante dos meses que no quería salir otra vez en la calle, porque tenía vergüenza...por otro lado cuando vimos nuestros hijos...ellos se van a las escuelas, hay mucha libertad...no no podemos aceptar...entonces a veces quitamos, por eso, para mezclarla y...necesitamos mucho tiempo...”

Segons la majoria d'informants el projecte migratori de les famílies que s'instal·len a Barcelona és un projecte a llarg termini. Tot i que moltes d'aquestes famílies un cop reagrupades tenen la voluntat de retornar al Pakistan algun dia algunes asseguren que difícilment hi retornaran.

PH5: “yo gustar en Pakistán porque yo muchos años yo vivo en Pakistán y yo tengo mucha...me

gusta en mis últimos días vivir en Pakistán...yo por ejemplo en 80 años...yo últimos días...unos meses...un año...yo gusta viaje de Pakistán y pasar mis últimos días en Pakistán..."

E: pero la idea de la gente que ha venido, de vuestros maridos y de vosotras... ¿la idea es volver algún día a Pakistán?

PD8: "no, no, quedar aquí..."

La salut, la malaltia i el sistema de salut de referència

Relacionant algunes característiques socioeconòmiques dels pakistanesos residents a Barcelona amb la salut, un dels aspectes a remarcar és que les principals causes que afecten la seva salut en destinació estan directament relacionades amb les precàries condicions de vida en que viuen molts d'ells. Viure un número elevat de persones en un mateix pis és, per exemple, identificat pels homes pakistanesos com un factor de risc alhora de contraure una malaltia en la societat d'acollida.

PH4: "hay un problema que gente viven muchos, seis, siete personas y esto es un problema para la enfermedad...la temperatura de Barcelona es muy buena, si viven una o dos personas es mejor para la vida, para la salud..."

La situació de crisi econòmica que afecta principalment al segment del mercat de treball on s'insereixen els homes i, per tant, el fet d'haver perdut la feina en els darrers mesos, sumat a la dificultat per reinserir-se al mercat en un futur proper és també identificat per aquests com un dels principals motius del seu malestar.

PH6: "en Pakistan mejor (la salud) porque aquí muchos problemas, no hay trabajo, no hay dinero, aquí cabeza muy flojo...y en Pakistán muy buena..."

PH5: "si, por situación presente, eso es muy importante para la salud...por ejemplo si una persona tiene felicidad, no tiene problema pero si alguna persona tiene diferentes tipos de problemas esto seguramente que afectará para la salud..."

Les dones pakistaneses també assenyalen les condicions de vida en que viuen com la principal font del seu malestar psicològic. A la majoria de dones els costa assimilar els canvis que suposa passar de viure en una casa en una

àrea rural del Pakistan, envoltades de familiars i amics, a viure en un pis molt més petit i on tenen unes relacions socials molt més limitades. Aquestes dones asseguren, en aquest sentit, gaudir de gran confortabilitat mentre viuen al Pakistan i el marit es troba vivint a Barcelona. Els principals motius són que mentre es dona aquesta situació, les dones pakistaneses disposen de tots els recursos econòmics que necessiten, dels amics i la família a prop. En destinació, aquestes dones perden part de l'autonomia que gaudien en origen i es tornen persones, en major o menor mesura, depenents dels seus marits.

PD4: "sabes que pasa, somos de casa, hemos vivido en Pakistan en casa, todos son de pueblo, han vivido en casa grande, no en casa pequeña, en casa grande, cada día tenemos aire libre, pueden salir de casa, hay amigos, hay vecinos, allí es muy, vida social existe, no? Mucho...pero aquí están en casa, son pisos tan pequeños, y cuando se salen en la calle, salir en la calle y estar mas tranquila..."

PD6: "porque en Pakistan, porque sabes que pasa que cuando las señoras estan en Pakistan no le importa nada que, su marido está mandando un dinero para allá y este dinero en Pakistan son mucho dinero y no le faltava ningun día nada no?"

La imatge que s'havien creat la majoria de dones pakistaneses de Barcelona en origen i la realitat que s'han trobat no coincideix (és molt pitjor). Això sumat al fet que molts dels seus marits es trobin a l'atur a causa de la crisi econòmica, esdevenen els principals factors que assenyalen per explicar el seu malestar físic i sobretot el seu malestar psicològic.

MP: "es la imagen de allá, es una imagen de Europa, pero cuando llegan a aquí no hay trabajo, el marido está en casa, está en el paro, a veces no hay paro, por esto, la señora vino de Pakistán con otro hijo, y como no tiene trabajo está en casa, y su marido tampoco no tiene trabajo...por eso, por esta crisis que ella ha sufrido cuando llegó a aquí..."
(Mediadora pakistanesa)

PD6: "(...)Pero cuando llegan a aquí (les dones pakistaneses), la realidad está aquí, crisis ahí, hipoteca, y siempre estan con dolor de cabeza, pensando, mirando, por la preocupación. Ella cree que está enferma aquí siempre está, le duele, y está así..."

Per mirar d'entendre l'accés i l'ús dels serveis sanitaris que fa la població d'aquesta nacionalitat, es necessari, en pri-

mer lloc, mirar de descriure com està organitzat el sistema sanitari en el seu país ja que aquest exercici ens pot donar algunes referències de com aquestes persones es comporten davant del nostre. Segons les persones entrevistades, el sistema sanitari públic pakistanès existeix però està molt mal valorat pels ciutadans.

PD9: "nuestro país, todo médicos son muy caros y privados, públicos, como ambulatorios, pero no funcionan muy bien...entonces..."

PD6: "nuestro país, todo médicos son muy caros y privados, públicos como ambulatorios, pero no funcionan muy bien...entonces..."

E: "los públicos en Pakistán no funcionan muy bien..."

PD9: "no funcionan bien...porqué no hay médicos cualificados, no...Entonces la gente prefiere ir a privados siempre...pero privados son muy caros..."

Per tant, la gent al Pakistan només té confiança en el sistema sanitari privat i això comporta que tant sols les persones que s'ho poden permetre econòmicament accedeixin a la consulta d'un metge en origen.

PD9: "lo pienso yo y por esos problemas, como... no se van normalmente, porque la gente no tienen mucho dinero...los que son...hay niveles diferentes, los que tienen poco dinero se van por pocos problemas, pero la gente que no tiene dinero, realmente se aguantan mucho"

PD2: "en Pakistán nadie gusta ir al médico publico, todos gusta ir al médico privado, que paga dinero, y al mismo día..."

La resta de persones (la majoria) fan ús de la medicina tradicional o fan ús de diferents medicaments per guarir els seus problemes de salut evitant, d'aquesta manera, la despesa econòmica que suposa accedir als serveis sanitaris privats. Els ciutadans entrevistats asseguren que al Pakistan la gent que no pertany a la classe benestant només accedeix a un servei sanitari privat quan ni els remeis tradicionals ni l'automedicació han fet l'efecte esperat.

PH1: "en Pakistán hay muchos centros de salud, en cada barrio a lo mejor hay 10 centros de salud, porqué, pues porque el sistema sanitario de allá, la mayoría de la gente utiliza el sistema sanitario privado, es decir, hay que pagar...entonces el primero, es muy fácil contactar, directamente con un médico

porqué es más cerca y no hay ningún problema para hablar con él...pero lo que intentan, a veces, antes de ir al médico, porque sabemos hay que pagar, si en casa hay algún medicamento que está disponible en casa...el primero lo que hacemos es tomar automedicamento..."

PH2: "en Pakistán hay tres tipos de tratamiento... hay gente que están viviendo en zonas rurales, por ejemplo, que no tienen facilidad de acceso a un hospital o a un clínico privado, por ejemplo, normalmente hacen un tratamiento natural...un tratamiento natural ya sabemos que es no? Pues tomar un tipo de hierbas, o ginebre o...tantas cosas, no? Un tratamiento natural...y otro tipo de gente que es de clase mediana, que estan un poquito educados...tienen una pequeña farmaciola en casa, o sea tienen un botiquín en casa siempre y por cualquier cosa o cualquier problema que le surge lo puede utilizar y punto...y el tercer tipo de gente que es de clase alta, que tiene contacto directo con el médico, pues directamente llaman al médico por teléfono y se hacen la consulta...oye...y entonces el médico por teléfono le dice lo que tiene que tomar y lo compra y ya está...estos son los tres tipos..."

Un cop a Barcelona aquesta pràctica (usar les medicines tradicionals) pot variar (disminuir), sobretot entre els homes. Expliquen que quan tenen algun problema de salut intenten accedir als serveis sanitaris, ja que a Catalunya aquest accés és gratuït.

Els homes fan servir les medicines pròpies d'aquí perquè consideren que són més eficaces que els medicaments del seu país d'origen. De fet, el coneixement i l'ús de la medicina tradicional és una competència generalment femenina, que passa de mares a filles, i en aquest sentit, molts homes no les tornen a fer servir fins que no han reagrupat a la seva família.

E: "la gente que utiliza los tratamientos naturales en Pakistán aquí también los utiliza o va al médico?"

PH4: "aquí la gente normalmente intenta evitar un tratamiento natural i intentan acudir a un centro sanitario para consultar con un médico porqué es gratis"

Pel que fa a les dones en la seva majoria, continuen usant les medicines tradicionals, com ja feien al Pakistan, perquè les coneixen molt més que els homes, perquè fa menys temps que han arribat a Barcelona que els seus marits i perquè moltes no parlen ni català ni castellà i, per

tant, tenen majors dificultats per accedir i usar els serveis sanitaris d'acollida (generalment accedeixen acompanyades dels seus marits).

PD1: "mujeres siempre (ús medicina tradicional), no gusta que va a la doctora, pedir la visita, no, estas cosas...no gusta" (Dona, de 32 anys, Estudis Secundaris. No treballa. Va arribar l'any 2005)

PH2: "hay mujeres que utilizan mas medicina tradicional...también porque no quieren ir al hospital... primero..."

El que tenen clar les dones és que l'ús de la medicina tradicional la poden fer servir per automedicar-se elles mateixes o per medicar els seus marits, però asseguruen que, en destí, en cap cas les usen per medicar als seus fills i filles. Quan es tracta de la salut dels infants l'opció escollida per la majoria és l'accés als serveis sanitaris.

PD5: "pero nosotros no probar estas cosas con los niños...ahora, con los niños no probar estas cosas del Pakistán, estas cosas...no probar con los niños".

PD1: "puedes probar con los hombres o con yo o mi marido, pero con los niños no. Tienen problemas de salud o fiebre o mocos...siempre va a la doctora, con los niños no...y todos, con los niños no probar..."

Accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona

Mitjançant els discursos de les persones entrevistades hem pogut copsar que el comportament del col·lectiu vers els nostres serveis sanitaris és diferent del que fan en origen. En aquest sentit, cal destacar, en primer lloc que els pakistanesos (tant els homes com les dones) quan arriben a Barcelona el primer que fan, un cop s'han empadronat, és accedir a un CAP per tramitar-se la TSI i fer-se un reconeixement mèdic exhaustiu. L'explicació d'aquesta conducta que hem detectat com a generalitzada per part d'aquesta població, és que a Catalunya l'accés als serveis sanitaris és gratuït i aprofiten un servei que al seu país els hauria costat molts diners. Així, segons els nostres informants, totes les persones pakistaneses novingudes, en els primers dies de viure a Barcelona, accedeixen als serveis sanitaris acompanyats per un familiar o un amic, o pel marit, en el cas de les dones, amb l'objectiu de fer-se tots ells aquests anàlisis mèdics exhaustius.

E: "Porqué cuando llegáis lo primero que hacéis es ir al médico a haceros estos análisis?"

PD1: "me parece, que...que es gratuito...cuando en Pakistán tu quieres análisis tienes que pagar mucho, para todas las pruebas...nosotras pagamos mucho, pero aquí está gratuita y por eso me parece que todos va por médico..."

RP: "si, porqué, pues es una...psicológicamente y a lo mejor hemos creado un costumbre también, cualquier pakistaní que llega a aquí...llegamos por ejemplo...llega un amigo mío a mi casa y yo lo que le recomiendo es hacer empadronamiento y día siguiente luego hacer tarjeta...ir a médico...porqué..., aquí es gratis, el médico es gratis, piensan oh es gratis, ...es como si un médico de Pakistan anuncia que hoy visita es gratis...entonces toda la gente estarán cola allí para...eh...y esto es una cosa nueva para ellos..." (Representant Pakistanès)

El representant pakistanès entrevistat ens indica que aquest sobreús dels serveis sanitaris només es dona al principi, sobretot per la particularitat, que apuntàvem, d'obtenir un servei sanitari gratuït que en origen és molt car. A mesura, però, que la gent s'instal·la i ja ha accedit al mercat de treball, l'afluència als serveis disminueix i aquesta gratuïtat del sistema s'assumeix i es dona per descomptada.

RP: "si, esa idea que...medico es gratis, vamos... entonces al principio vienen a aquí con ilusión, vale...entonces como te he dado un ejemplo si tu gustas una cosa a aquí y siempre tienes que pagar 50 Euros y pensar bueno...hoy he cobrado entonces hoy a lo mejor puedo ir a comer...pero si tu vas a Paris, entonces allí es gratis, iras primer día, segundo día, tercer día, pero ya no...bueno, piensas es normal...por eso, primero cuando vienen van al médico para revisión y todo, y entonces luego cuando empiezan a trabajar ya como que es normal, una cosa normal..." (Representant Pakistanès)

L'accés i l'ús habitual dels serveis sanitaris per part de la població pakistanesa és diferent segons el sexe. Després de tramitar la targeta sanitària i fer-se aquesta primera visita exhaustiva que acabem d'assenyalar, són els homes els que en major mesura els usen quan tenen un problema de salut. Els homes entrevistats, com ja hem vist, asseguren que quan tenen problemes de salut o bé s'automediquen mitjançant medecines occidentals o bé hi accedeixen per ser atesos.

PH8: "yo no utilizo medicina tradicional..., yo pastillas"
 PH7: "paracetamol y medicinas de aquí...que son mejores aquí..."

PD1: "porque nuestros maridos están acostumbrados ahora del sistema de aquí, que gustan, cuando hay problema (de salud) gustan que voy al doctor..."
 PD5: "sí, sí".

Les dones pakistaneses presenten algunes diferències en l'accés i l'ús als serveis respecte dels homes. Per entendre aquest comportament cal recordar que les dones pakistaneses arriben a Barcelona en un segon moment per reagrupament familiar i desenvolupen un rol secundari des d'un punt de vista social. Aquestes característiques expliquen, per exemple, que la majoria d'aquestes hi accedeixen generalment acompanyades pels seus marits.

Hi ha dos motius principals que provoquen que els marits acompanyin a les seves dones als serveis sanitaris. Un motiu instrumental que respon al fet que els homes fa més temps que viuen a Barcelona i tenen més facilitats per comunicar-se que les seves dones i, per tant, exerceixen d'interprets.

PD8: "pero muchas mujeres no hablamos castellano sabes? Entonces siempre voy (al metge) con marido, siempre..."

E: "(...) al principio las mujeres siempre ibais acompañadas del marido por el tema del idioma y que una vez que ya habláis español ya vais solas al médico...depende mucho del tiempo que hace que estáis aquí no?"

PD1: "ahora sola, ahora sola..."

PD5: "pero muchas mujeres no hablamos castellano sabes? Entonces siempre voy con marido, siempre..."

Un motiu de caire cultural relacionat amb el paper secundari que desenvolupa la dona en la societat pakistanesa: l'home i la dona accedeixen junts a les consultes mèdiques en el lloc d'acollida quan la pacient és una dona i el professional de la salut un home, fins que hi ha la seguretat de que el metge (home) no tindrà cap interès fora de l'estrictament professional amb la pacient pakistanesa (dona).

E: "yo lo que recuerdo que cuando entrevistaba los médicos una cosa que decían que no les gustaba era que normalmente las mujeres pakistaníes iban acompañadas por el marido al médico, y, aunque la enferma era la mujer, el médico cuando preguntaba siempre respondían los hombres..."

RP: siempre hombre porqué hombre primero que ya sabe su problema, y segundo que...ella no sabe el idioma tampoco porque viene antes a aquí y ella ha venido...por eso...no es que en Pakistán, cuando van mujeres no compañía de hombres siempre...allí hay confianza en algunos médicos. Por ejemplo hay médicos que son de...eh...son de confianza de familia que conoce y generalmente la sociedad fía de que ese hombre médico es bueno...eso no es no tener ningún interés en ninguna de mujeres (...) Pero aquí también al principio vienen con hombre, pero cuando mujer ya tiene confianza en médico ya no hace falta que...ya tenemos pasado todo el proceso" (Representant Pakistanès)

El cas extrem d'aquesta situació de desconfiança vers els professionals de la salut es dona quan el professional sanitari és un home que exerceix l'especialitat de ginecologia i obstetrícia. Ni algunes de les dones pakistaneses ni els seus marits permeten que una dona sigui visitada per un ginecòleg home.

MP: "están hablando un poco de cultura no, primera barrera es barrera lingüística, idiomática, no, segundo, si el médico es un varón también le cuesta, por vergüenza y todo...porqué es...la comunidad pakistaní es cerrada, somos unas personas cerradas, las señoras también, somos de casa no? Las señoras son de casa, tienen vergüenza...se casan con un hombre, y luego, primer hombre y ultimo hombre, vamos no?...ellas tienen mucha vergüenza por parte como ser una mujer pakistaní y así, y...están hablando de su médico que aquí sólo tienen ginecólogo, no hay ginecóloga, hay doctor, doctora no hay..." (Mediadora pakistanesa)

E2: "y el hecho que sea un hombre puede afectar a su utilización?"

MP: "no lo están utilizando por el echo de ser un hombre...siempre prefieren irse a urgencias dónde van a, para encontrar una mujer, de gine..." (Mediadora pakistanesa)

E: "Entonces el principal problema es la mujer pakistaní en ginecología, si el médico es hombre no?"

RP: "sí, sino no hay ningún problema...en general mujer además irían mas veces...si es médico hombre entonces mujer siempre esta diciendo...no, no hace falta...no me hace falta...si estoy embarazada...no hace falta revisiones, estoy bien...entonces, si es ginecóloga va con gusto..." (Representant pakistanès)

Dit això, mitjançant les entrevistes efectuades hem detectat que moltes de les dones entrevistades un cop són capaces de defensar-se en català o castellà prefereixen accedir soles als serveis sanitaris (sense anar acompanyades del marit).

E2: "claro el tema está que cuando una mujer ya habla la lengua continua yendo al médico acompañada de un hombre, marido o el que sea o su ya accedéis solas..."

PD9: "las chicas que he visto que ya tienen algunas frases, prefieren ir a solas"

Les dones valoren molt positivament la presència d'una mediadora cultural en el centre de salut. Aquesta figura professional permet que no necessitin el seu marit per accedir als serveis sanitaris i afavoreix tan la seva autonomia personal com la facilitat d'accés a aquests serveis. És evident doncs, que la presència de la figura de la mediadora cultural opera com un facilitador d'accés als serveis sanitaris per les dones pakistaneses.

MP: "solas, porque hay muchas cosas que las señoras quieren que no saben sus maridos, que no lo sepa el, y por eso me vienen a buscar a mí, puede ser este día, o tal día, tal hora conmigo... porque yo me vendré sola y no quiero..." (Mediadora pakistanesa)

PD8: "la primera dificultad ha sido la barrera idiomática, para ir al médico o para ir al colegio de la nena para matricularse siempre necesitaba a alguien para hablar y comprender... siempre su marido, y su maridos..."

MP: "(...) sus maridos trabajan y también es dificultad de la casa también, que ahora me han dicho, como estás tu ahí (la mediadora) que... no me preocupó mucho por irse al médico (els homes no els preocupa que les seves dones vagin al metge si hi ha una mediadora)". (Mediadora pakistanesa)

Seguint detallant algunes característiques de la relació de les dones amb els serveis sanitaris del lloc d'acollida, també s'ha detectat, mitjançant la mediadora cultural entrevistada, que la majoria de dones no fan, en general, els controls preventius habituals que efectuen les dones autòctones. En molts casos tampoc fan les revisions i els controls un cop embarassades. El fet que aquests controls i revisions no siguin habituals al Pakistan fa que aquestes dones desconeguin tan la possibilitat d'efectuar-los com, probablement, els beneficis de dur-los a terme.

E2: "pero no teneis incorporado como mujeres que hay que hacer una revisión?"

PD22: "no, no lo tenemos" (Dona, de 37 anys. Sense estudis. No treballa. Va arribar l'any 2005)

E2: no lo teneis previsto?

MP: "no no lo tenemos previsto pero..." (Mediadora pakistanesa)

PD9: "hace una semana el médico de cabecera me pidió que has ido este año a... y le he dicho que no, y me dijo que tengo que irme para allá, pero otro lado, visita es muy largo por ejemplo por aquí..."

MP1: "si hay muchos, hay muchos que ellos piensan que no es necesario acudir a las visitas porque estan bien... las señoras por ejemplo, cuando paren, les recomendamos que hagan la cuarentena para que no queden embarazadas enseguida y esto, les explicas estas cosas antes y cuando ya han parido y ya han estado pues entonces a lo mejor hasta que no tienen otro embarazo no vuelven, hay personas que no saben utilizar bien los métodos anticonceptivos y entonces claro se quedan embarazadas enseguida y entonces buscan como pueden abortar..." (Mediadora pakistanesa)

En aquest sentit doncs, la majoria de dones de nacionalitat pakistanesa no tenen incorporada la prevenció de la salut com un hàbit sinó que el fet d'accedir als serveis sanitaris només és concebut des d'una perspectiva únicament curativa (no preventiva).

E2: "pero no teneis incorporado como mujeres que hay que hacer una revisión?"

PD22: "no, no lo tenemos" (Dona, de 37 anys. Sense estudis. No treballa. Va arribar l'any 2005)

E2: no lo teneis previsto?

MP: "no no lo tenemos previsto pero..." (Mediadora pakistanesa)

PD9: "hace una semana el médico de cabecera me pidió que has ido este año a... y le he dicho que no, y me dijo que tengo que irme para allá, pero otro lado, visita es muy largo por ejemplo por aquí..."

El temps d'estada en el país d'acollida i l'edat de la dona s'intueixen com dues variables determinants en el fet de realitzar aquests controls i aquestes revisions. A major temps vivint a Barcelona i en edats més joves, més possibilitats de comunicar-se, més assumptió de pautes pròpies de la societat d'acollida i, per tant, més probabilitats de dur a terme aquestes controls preventius.

PD9: "algunas casi tres años... es que siempre estamos haciendo charlas con diferentes departamen-

tos y cuando hicimos una charla con salud con ginecóloga, alguna chicas que son modernas, avanzadas, que tienen familia en America o Inglaterra ya estan informadas que tenemos beneficio de esto, entonces estas han pedido, pero CAP de salud me contestan que no, no, para todas no" (Dona, de 38 anys. Estudis secundaris. No treballa (presidenta associació dones pakisteneses). Va arribar l'any 2002)

PD9: "todo si, es que en nuestro país hay una broma que nuestras familias funcionan mas que vives con los suegros, cuñados, cuñadas, entonces en esa época las chicas son muy avanzadas, entonces prefieren, cuando cogen embarazo ir al médico y, siempre hacen revisiones y las suegras siempre quitan, siempre dicen no, no, no, estamos echos cuatro, cinco, seis veces embarazo no fuimos a ningún médico..." (Dona, de 38 anys. Estudis secundaris. No treballa (presidenta associació dones pakisteneses). Va arribar l'any 2002)

La porta d'entrada al sistema sanitari de la majoria de la població pakistanesa és el CAP ja que tramiten la TSI poc després d'haver arribat a Barcelona, per la qual cosa és el primer contacte que tenen amb el sistema.

RP: "yo pienso que primero coge medico de cabecera y análisis de sangre y...eh...de revisión general... eso piden...yo no conozco ningún pakistaní que no lo haya hecho así..." (Representant pakistanès)

E2: "y tu, la primera vez...a que fuiste, al hospital o al médico de cabecera?"

PD1: "al médico de cabecera...para análisis..." (Dona, de 32 anys, Estudis Secundaris. No treballa. Va arribar l'any 2005)

PD5: "es normal..."

També hem constatat, mitjançant alguns discursos, que les persones pakistaneses que viuen a Barcelona i especialment els homes, asseguren tenir un bon coneixement del funcionament del sistema sanitari d'acollida.

E: "hasta ahora hablabamos del sistema educativo, si hablamos del sanitario, el colectivo pakistaní, por ejemplo, ¿tiene buen conocimiento del sistema sanitario?"

RP: "mucho, la comunidad pakistaní aprovecha muy bien el sistema sanitario de aquí de España, de Cataluña" (Representant Pakistanès)

Aquest alt coneixement és el resultat de l'intercanvi d'informació que existeix entre la gent de nacionalitat pakistanesa

que fa anys que viu a Barcelona i les persones que acaben d'arribar, confirmant, d'aquesta manera, l'existència i la vitalitat de la xarxa social del col·lectiu instal·lat a la ciutat.

PH2: "Hay gente que, la mayoría que la gente que llega en España ya tiene vínculos, ya tiene parientes, conocidos y los conocidos que ya estan dentro del proceso ya saben como funciona, entonces lo que hacen es pasar la información a la persona que ha llegado...normalmente funciona así, como una cadena"

E2: Quien le explicó como ir al médico de cabecera, como ir a ginecología...

PD10: ella se fue al médico con su marido, primera vez cuando llegó aquí su marido la llevo al médico...

MP: si, si, siempre marido, padre, hermano...(Mediadora pakistanesa)

Per a les persones entrevistades el principal obstacle existent en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris en destinació és la barrera idiomàtica. Com hem vist, les dones pakistaneses tenen, encara majors dificultats perquè moltes d'elles no parlen ni català ni castellà després de passar força anys vivint a Barcelona.

PD7: "porque yo no hablo castellano y no entiendo nada. Muchos problemas...voy al médico porque yo hablo nada y no entiendo...pero el medico también...que hablar con medico...tienes dolor sabes... tengo dolor en mi cabeza pero no hablamos pero yo...que me ha dicho el médico...me voy pero que ha dicho...por eso, primer problema lengua...Muchos problemas porque el niño voy al cole no aprendiendo...nada..."

Els horaris laborals dels homes també poden esdevenir un obstacle en l'accés. Sobretot, pel que ens indica aquest informant, pel que fa referència a la continuïtat assistencial.

PH1: "a veces gente no acude, gente si ve que ya está mejor, porqué le han citado en 48 o 72 horas por ejemplo, dos o tres días, pues a veces por el tema de trabajo...si tiene trabajo el día que le citaron no le iría bien por su trabajo...pero la gente quieren acudir, quieren ir al médico, quiere que revise el médico para que se queda tranquilo, pero a veces si no va...por el tema del trabajo, si estan bien, o no piensan..."

Tot i que el CAP és, com dèiem, la porta d'entrada al sistema sanitari, molts pakistanesos accedeixen habitualment als ser-

veis d'urgències hospitalàries per solucionar els seus problemes de salut. Els motius d'aquest major accés a urgències són bàsicament tres: la incompatibilitat entre l'horari laboral i l'horari del metge de família, que l'accés als serveis d'urgències no necessita una cita prèvia i l'atenció és el mateix dia, i perquè molts no accedeixen als serveis sanitaris amb els primers símptomes ja que generalment intenten solucionar els seus problemes de salut, com hem apuntat, mitjançant l'automedicació o l'ús de les medecines tradicionals.

PH7: "una cosa...normalmente va mucha gente a visitar a urgencias porque...una persona por la mañana trabaja y hoy por la tarde esta muy muy mal...por ejemplo fiebre...yo mañana no se...a lo mejor muy mal...por eso voy a urgencias y coge medicina y ya está...y porque yo por la mañana o por la tarde yo voy para el trabajo también...por eso...por el tiempo...por los horarios también..."

E2: "los horarios pueden ser una razón..."

PH7: "la primera vez que yo voy al medico de cabecera...y cita al cabo de dos dias,,,y yo pienso...dos dias...el proximo dia es bien...pero dos dias o tres dias no... por eso..."

RP: "si si, cuando estas enfermo mayoría usa de urgencias porqué...pero ya tiene, medico ya tiene...ya sabes que yo estoy bien y si ya sabes que estas mal...usan urgencias pensando...que...eh...aquí también es una cosa que hay que entender...en Pakistán cuando estamos mal...es acostumbrado...cuando tengo un poco de fiebre no doy importancia porque...mmm...si tengo que ir a médico...entonces voy a esperar...porque a lo mejor mañana esta bien...tomo un Gelocatil y mañana estoy bien...entonces ya pasa cuatro o cinco días y ya es gripe...entonces, de golpe esta esperando y no voy a médico porqué, de médico primera vez si que, si que ya tiene todo, tarjeta sanitaria echa pero...luego eh...no tiene tiempo o no va para pedir porque si va, viene aquí para pedir día y hora y a lo mejor dan día y hora 4 o 5 días después...esto no sirve para...para ellos...entonces mayoría de veces van a Urgencias" (Representant Pakistanès)

La valoració que fan de manera generalitzada, és de gran satisfacció amb les serveis utilitzats. La majoria valoren la qualitat dels serveis i destaquen sobretot la seva universalitat i la gratuïtat en l'accés.

RP: "lo que es mas importante es que médico es gratis y yo pienso que esto es manera mas...es me-

jor que ahí...del mundo...es mejor del mundo para nosotros el sistema sanitario de aquí, de España porque yo no pienso que hay algún otro país hasta de Europa o cualquier país del mundo que das gratis el servicio sanitario a una persona que es ilegal" (Representant pakistanès)

També valoren molt positivament el tracte que habitualment reben per part dels professionals de la salut, i en especial, dels metges de família. Aquesta valoració tan positiva contrasta amb l'accés majoritari d'aquestes persones als serveis d'urgències hospitalaris. Les característiques pròpies dels CAP (haver de concertar una cita i la incompatibilitat d'horaris amb l'horari laboral) fa que tot i la valoració positiva l'accés més habitual siguin als serveis d'urgències.

PH4: "Tres cosas buenas del sistema sanitario: el trato de los médicos y las enfermeras, es muy bueno, muy preocupados, muy atentos...que es gratuito y que los médicos quieren saber el origen del problema de la enfermedad, es muy importante porque es para que no vuelva a salir, buscan curar el origen y entender el porqué..."

RP: "yo de mi personal...de mi experiencia personal...esta muy bien...son gente muy responsable, muy humano y...y...yo nunca he tenido ninguna porque quieren cuidar mas que padres...eso es lo que yo he sentido no...que quieren...vale...que día va a venir, tiene que visitar...tiene...yo eso he sentido no? Como que una persona es como mi tío, como mis familiares, esta persona...estos son médicos realmente familiares, los médicos de cabecera...Medico de cabecera estoy hablando" (Representant pakistanès)

El principal problema que troben els usuaris d'aquesta nacionalitat del funcionament del sistema sanitari català és el temps d'espera en l'obtenció d'una cita per ser visitats per un metge especialista. La majoria de la població ho considera un temps excessiu.

PD5: "el diagnóstico es demasiado lento aquí, es demasiado lento, esperar mucho...tu tienes que ir al especialista...un año!" (Dona, de 29 anys. Estudis Secundaris. Traductora en associació. Va arribar l'any 2004)

PD2: "meses, meses" (Dona, de 32 anys, Estudis Secundaris. No treballa. Va arribar l'any 2005)

PH5: "tambien que tarden tanto a darle la cita, si le duele la cabeza ahora, y le dan la cita la semana que viene...si estas enfermo..."

De tota manera, també consideren que en massa ocasions, el temps d'espera per ser atesos en un servei d'urgències hospitalàries és també excessiu.

PH4: "en urgencias también hay que esperar y cuando una persona está en urgencias es porque tiene una cosa urgente y quiere que le atienda el médico urgentemente y a veces también tienes que esperar de 3 a 5 horas..."

PD9: "cinco horas es normal...pero urgencia, que es urgencia que la gente se va...por ejemplo por la noche, dos semanas pasadas, estuve enferma, me cogió bronquitis, me fui hospital, en mi casa no hay nadie, mi hija, yo...y me he dejado mi hija a una casa de amiga y me fui por la noche y me he pasado con dolor de cabeza, y con fiebre, porque tenía casi 39 de fiebre...una vez me ha visto después de dos horas, medico, luego me han dejado en una habitación y han pasado cuatro horas mas..."

Les principals propostes de millora que proposen molts informants entrevistats són, a banda de poder reduir al màxim aquest temps d'espera en els diferents serveis sanitaris, la possibilitat de que en cada servei hi hagi la presència d'una mediadora cultural. La presència d'aquesta figura professional, com hem vist, és concebut, sobretot per les dones, com un facilitador d'accés als serveis sanitaris.

PD9: "en todos los sitios no hay mediadores...entonces había tantos problemas, siempre los maridos...si el marido no puede hablar él buscaba otro amigo que le acompañe, entonces..."

PD1: "está muy satisfecha con el sistema sanitario de catalunya, dice que es muy buena, pero no podemos aprovechar del todo por falta de variedad lingüística, que ella tiene que esperar hasta que estaré yo...no? Porque también hay una prudencia entre hombre y mujer no? Necesita una mediadora sabes? Por eso que no podemos aprovechar de todo..."

Per altre costat, una preocupació manifestada per part de les dones quan han hagut de ser internades en un hospital es qui s'ocupa dels seus fills. En aquest sentit, proposen que hi hagi un espai en els hospitals per als infants on aquests puguin estar-s'hi mentre elles estan convalescents, ja que els marits no estan acostumats a ocupar-se'n i a més no poden fer-se'n càrrec ja que han d'anar a treballar.

PD7: "puede ser que hay mas familias numerosas, cuando la mujer se va a un hospital en casa solamente hay marido, entonces cuando marido va a visitar la mujer se llevaba los niños, y estan haciendo ruido, y quien les cuida? Y los hombres pakistanís no estan acostumbrados...pero pienso que ellos tienen que dejar una sala donde los niños puedan jugar"

MP: "una guarderia, si, si, tiene razón del mundo, porqué yo me veo las señoras llorando porqué su marido tiene que ir a trabajar, tiene que ir a otro sitio pero con nenes no puede estar en casa y no les permiten nenes queda con su madre en el hospital...tampoco...por eso las madres estan tan agobiadas, estan llorando y todo esto...puede ser que si hay una guarderia, si les dejen así un canguro, si que puede hacer una sala para esta madre..." (Mediadora pakistanesa)

Per últim, tot i la valoració positiva que fan dels serveis sanitaris com del tracte de la majoria de professionals de la salut, això no treu que algunes de les persones s'hagin sentit en més d'una ocasió discriminades per alguns professionals sanitaris en el moment de ser atesos. Totes les persones pakistaneses que s'han trobat en alguna situació d'aquest tipus s'afanyen a assegurar que han estat situacions puntuals, però, a la vegada, existents.

La desaprovació per part del personal sanitari de la taxa de natalitat de les dones pakistaneses o la intolerància per part dels professionals de les dificultats de comunicació, són dues de les situacions més repetides per les persones entrevistades.

Finalment, alguns pakistanesos també han tingut la sensació que pel fet de ser persones d'origen estranger els han donat, per exemple, dates de cites a més llarg termini en comparació amb els usuaris autòctons.

PD7: "esta señora está comentando que el primer parto fue cesaria en hospital del mar, ella estuvo allí toda la noche de parto, estuvo allí cuando le trajeron a la habitación, le pusieron allí y la nena estaba llorando por la noche, y le dolía mucho este parto de cesaria y todo, ella ha llamado a la enfermera, y ayudante no, y vino esta señora y estaba hablando no en la boca...me estas molestando tanto, esta molestando, siempre estan pariendo, tienen tantos hijos, y estas cosas, y le trataba muy mal esta señora"

PH1: "Hay gente (profesionales de la salud) un cinco o diez por ciento que son racistas...si va el por

ejemplo y pide día y hora a lo mejor le van a decir, no no, el médico hasta de aquí cuatro o cinco días no puede, la agenda está llena... en cambio si se presenta un español o un catalán ahí en cada planta tiene una aula de... así de urgencias y los médicos atienden rápidamente...

MP: "a veces... eso que te comentaba antes cuando no saben hablar, hay profesionales que piensan que estas personas cuando ha llegado a este país hay que aprender ya el español, y ellos deben saber que cuando entras a un país no es fácil aprenderlo, y hay mucha gente que no sabe ni leer ni escribir, entonces esto cuesta mucho mas... además el lenguaje sencillo también deben utilizarlo porque el lenguaje de los médicos tampoco es muy(fácil)..."
(Mediadora pakistanesa)

5.3. El col·lectiu de nacionalitat marroquina a Barcelona

El fenomen migratori i les característiques d'assentament

La immigració provinent del Marroc té una característica que la diferencia de la resta de col·lectius immigrants de nacionalitat estrangera que arriben a Barcelona, la proximitat geogràfica. Aquesta proximitat fa que moltes de les persones provinents del Marroc coneguin molts trets culturals de la societat d'acollida i, en alguns casos, fins hi tot, coneguin la llengua, o com a mínim moltes paraules, que els faciliten l'aprenentatge del castellà un cop a Barcelona.

MM: "las dos señoras que viven en el norte (m3 y m4) consideran que en general... la cosa... es un poco... no hay tanta diferencia porque en el norte de Marruecos bueno... como era como una excolonia de España todavía allí... tienen cosas... como por ejemplo... hay iglesias... cafés... hay bares de los españoles... y claro al venir aquí... han encontrado que hay muchos puntos de contacto entre el norte de Marruecos y España y la cultura no es tan tan... digamos... tan diferente... al contrario... hay muchas cosas que tienen un punto en común... entre las dos culturas" (Mediador marroquí)

E: habéis encontrado diferencias?

MD7: yo no... además sabemos mucho de la cultura española (en origen)

La imatge que tenen de Barcelona des del Marroc és distorsionada, sobretot pel que fa a les oportunitats i facilitats per prosperar que trobaran en destinació. El fet que aquestes persones que ja viuen a Barcelona quan tornen de visita al Marroc aparentin haver prosperat molt econòmicament (haver triomfat en el seu projecte migratori), juntament amb la necessitat d'esperança de moltes persones que viuen al Marroc amb situacions socials i econòmiques molt precàries, fa que molts joves marroquins s'emmarallin amb els seus compatriotes emigrats i alimentin aquesta visió distorsionada de Barcelona.

MH1: "cuando estaba en Marruecos pensaba que cuando llegue aquí en Barcelona voy a encontrar trabajo... voy a tener directamente papeles... y cuando vienes aquí... tienes que esperar tres años para arreglar los papeles... tienes que buscar para encontrar trabajo..."

MH3: "no, te voy a explicar, porque nosotros somos de un pueblo pequeño, nosotros también tenemos culpa de esto... hay gente que viene aquí y trabaja un año, o dos años y ahorra dinero, y se va allí, con el coche, con las bambas nike y con tabaco para fumar... los chicos que estaban allí piensan estaba como nosotros y en un año ha hecho lo que ha querido, pero no saben lo que ha sufrido aquí... pues la gente tiene esta idea, está concentrado en venir a Europa... porque una vez aquí es pasar un año i vivir como el otro, porque el otro estaba conmigo en la calle, como ha tenido esta suerte, pero no sabes si este hombre legal o ilegalmente, o si estaba sufriendo mucho y no lo dice... y la gente se va... y inventa películas, que cobra 3.000 euros... y la gente cuando dice 3.000 euros al mes se vuelve locos, no vienen en patera, vienen volando... es mucho dinero... lo que pasa que conmigo cuando nos sentamos en uno de los parques nuestros la gente no se sienta conmigo porque yo tengo la verdadera, la realidad, com es la cosa..."

El principal motiu d'emigrar de les persones de nacionalitat marroquina és millorar unes condicions de vida molt difícils en origen, on l'absència de treball i l'alta taxa de pobresa són dues de les característiques principals.

RM: "el tema primordial no son los papeles... mucha gente piensa que los papeles es lo primero... pero lo primero es el trabajo para un inmigrante y después los papeles... yo vengo aquí... la mayoría de la gente su meta es mejorar económicamente..."

y a veces dejan a mucha gente que dependen de ellos...yo con trabajo...yo con trabajo ya pensaré los papeles...o aprender el idioma..." (Representant marroquí)

En el cas marroquí el projecte migratori lluny de ser un projecte individual, és sobretot col·lectiu i familiar, en el que s'han dipositat moltes esperances, a més a més, d'estar basat en l'estalvi de diners durant molt temps.

MH2: "Pero hay una cosa muy importante, que es como te va la vida...y lo que dejaste atrás no? O si tienes la familia, es muy importante...o si la dejas allí...hay mucha gente que vienen aquí porque su familia lo ha vendido todo para que el venga aquí con una patera...el sale a la muerte y tu familia se lo ha vendido todo...tiene que triunfar por narices...depende como te va la vida..."

Aquesta confiança dipositada en la persona que emigra del Marroc es tradueix, segons molts informants, en una gran pressió quan la realitat s'imposa i les dificultats per desenvolupar-se són majors de les que s'havien imaginat en un inici, degut a la imatge idíl·lica que es té en origen.

MH1: "cuando estaba en Marruecos pensaba que cuando llegue aquí en Barcelona voy a encontrar trabajo...voy a tener directamente papeles...y cuando vienes aquí...tienes que esperar tres años para arreglar los papeles...tienes que buscar para encontrar trabajo..."

La realitat segons ens expliquen molts dels informants entrevistats, és que la vida, i sobretot els inicis en la societat d'acollida, són molt més difícils del que havien somiat, i més encara si un cop en destinació, no tenen cap familiar o amic que els doni suport. La majoria, quan arriben a Barcelona compten amb una xarxa social (familiars o amics) que faciliten l'assentament de la persona novinguda i orienten els primers passos del nouvingut a la ciutat: habitatge, serveis, inserció al mercat de treball, empadronament, targeta sanitària, etc.

MH1: "bueno, como yo tengo mi hermano que está aquí...claro me ha ayudado mucho...si la familia...también la familia..."

MH4: "y los amigos...vamos con amigos...y ellos ya te enseñan..."

Tradicionalment la immigració marroquina ha estat bàsicament masculina que s'ha ocupat en sectors del mercat

de treball de baixa qualificació (peons, cambriers, recol·lectors, etc).

E: "normalmente...en tu caso hemos dicho que no...pero generalmente es el hombre el que emigra y la mujer llega por reagrupamiento familiar?"

MM1: "si, casi todos son los hombres...si (Mediadora Marroquina)"

E: lo habitual es que sea el hombre el que emigra o es la mujer quien inicia el viaje, como en su caso?

MD5: "el porcentaje mas grande es el de hombres"

Tanmateix, en els darrers temps moltes dones de nacionalitat marroquina han encapçalat un projecte migratori enlloc del germà o el marit. Aquest canvi de patró, on algunes dones prenen el protagonisme, s'explica, probablement, per l'oferta del mercat de treball de la societat d'acollida, on, per exemple, a Barcelona i Catalunya, ha existit, en els darrers temps, una demanda de treball relacionat amb tasques domèstiques, tradicionalment molt feminitzades.

MM2: "yo pienso también que es verdad...ahora ha cambiado inmigración...antes venía el hombre y después reagrupación...ahora ha cambiado en Magreb también...viene la mujer y reagrupa al hombre...porque...por el tema del trabajo...las casas..."

E: depende mucho de la oferta...

MM2: si de la demanda...(Mediador marroquí)

MD6: "de muchas cosas...antes he hecho canguro, también he cuidado a gente mayor...he trabajado también de limpieza...de muchas cosas..."

Aquesta arribada de la dona com a principal protagonista del projecte migratori i la seva incorporació al mercat de treball trenca amb l'estereotip que es té en destinació, en que elles estan sotmeses per la seva pròpia societat i no poden desenvolupar projectes individuals i personals. En aquest sentit, són destacables algunes cites que valoren molt positivament la llibertat i la democràcia que existeix en la societat d'acollida i en especial el paper que pot jugar la dona en una ciutat com la Barcelonina.

MD9: a mi me gusta por el derecho de la mujer...tienes el derecho de hacer todo lo que quieres...de trabajar...tienes derecho de todo, como el hombre...en Marruecos no tenemos derecho a hacer cosas como el hombre...pero ahora estan cambiando las cosas...

Pel que fa a les condicions socioeconòmiques de moltes famílies que viuen a Barcelona, s'ha evidenciat que la conjuntura econòmica del moment ha afectat de ple a molts d'aquests ciutadans. Molts dels homes entrevistats asseguren que han treballat de forma continuada des de la seva arribada a Barcelona, però que des de fa un cert temps, com a conseqüència de la crisi econòmica, molts s'han quedat a l'atur.

MH3: "mi caso por ejemplo, hemos tenido una oportunidad y hemos trabajado des de que llegamos, una vez tenemos los papeles en regla, solamente que ahora estamos en el paro porque la empresa ha cerrado, pero en años anteriores no, hemos trabajado..."

MH2: ahora estamos afectados todos...

E: si, nos afecta a todos...

MH4: nos vemos que es un poco difícil...

E2: estan en el paro o estan trabajando?

MH5: no, no...no estan trabajando...

MH2: yo llevo así cuatro meses...y este chico dos o tres meses también

E2: y tu?

MH3: no trabajo

MH4: no trabajo

MM1: tampoco trabaja...(Mediadora marroquina)

Quan se'ls ha preguntat per la seva integració, la majoria d'informants arriben a la conclusió de que estan més adaptats a la societat receptora que la majoria de col·lectius de nacionalitat estrangera. Consideren que aprenen la llengua i es relacionen molt més amb persones autòctones. És mitjançant aquesta comparació que arriben a la conclusió que estan força adaptats a la societat barcelonina (consideren, per exemple, que estan molt més inserits socialment que els xinesos o els pakistanesos).

E2: el aprendizaje es mas fácil...

MH3: y la integración, nosotros estamos mas abiertos a integrarnos que esta gente...

MH2: es que les cuesta mucho...

MH3: no, los chinos, ellos no...no se integran

MH2: no se integran...porque...

MH3: yo no he visto a ningun chino hablar con un español en la calle, siempre se va con su colectivo...yo siempre he hablado con todos...hablo con castellanos, con judíos, con malarios, pero ellos siempre con su colectivo, con su idioma...aunque habla...no se...no se...

E: os parece que vosotros teneis mas facilidad para integraros?

MH2: nosotros si...

L'únic col·lectiu que consideren que té més facilitat que ells per integrar-se a la societat receptora és el col·lectiu d'origen llatinoamericà. Consideren que els sudamericans comparteixen llengua i religió amb la societat d'acollida i, en aquest sentit, els és més fàcil desenvolupar-se a Barcelona.

MH4: "una cosa que he visto yo aquí cuando he venido es que el idioma es muy importante, porque he visto por ejemplo gente de America latina, pues como ellos hablan el castellano pues tienen mas oportunidades de encontrar trabajo..."

MH1: "si, como los de america latina son cristianos como los españoles entonces...es un punto mas para ellos..."

Un aspecte rellevant que hem detectat és la necessitat i l'interès per aprendre la llengua vehicular de la societat receptora que mostren molts informants. Entenen que la llengua és l'eina principal per accedir a un lloc de treball, i per això, tenen molt interès en parlar castellà el més aviat possible. El fet que la majoria treballin en destinació per compte d'altri (generalment autòctons) reforça, en hipòtesi, aquesta necessitat que mostren per aprendre la llengua castellana.

MD9: también hay una escuela de adultos y los jóvenes que vienen de Marruecos...van a estudiar, directamente...

E: esto de que vayan a estudiar es porqué la comunidad también es un poco quien les incentiva?

MD8: si, si

MD9: es que para trabajar tienes que saber un poquito...

MD8: para trabajar tienes que comunicarte...

MD8: yo...al venir de Marruecos ya sabía hablar un poco de castellano y después me fui a matricularme aquí también al centro catalán...en lo de normalización lingüística...y bueno...la gente que tiene estudios habla mas de aquí...la gente que no tiene intenta aprender...bueno, tenemos esta facilidad de aprender otra lengua...

Quan preguntem sobre el nivell d'inserció social als dos mediadors marroquins entrevistats, el discurs varia una

mica respecte de la resta de persones entrevistades ja que ambdós consideren que encara són molt presents en destinació creences i costums marroquins que dificulten i retarden aquesta inserció, fins hi tot en les segones generacions, ja nascudes a Catalunya.

E: la gente como tu que hace tanto tiempo que vive aquí...se va adaptando a las costumbres de aquí o crees que se mantienen mucho las costumbres de origen?

MM: si se mantienen mucho...somos de aquí eh...yo hablo de aquí...conozco a los niños que ya han nacido aquí, a sus padres...y en general no se integran...

E: los padres no se integran...

MM: no, no los niños tampoco...siguen con la mentalidad cerrada, con eh...que el hombre no puede mirar a la mujer y no levanta la vista...aquí eh...hijos de marroquines eh...que nacieron aquí

E: continua pasando...sigue...o sea faltan generaciones para la integración?

MM: si porqué, porqué claro porqué los padres le van metiendo esta idea y claro de pequeñitos entonces ya...esta mentalidad...se integran muy poco eh...(Mediadora Marroquina)

MM1: yo pienso que es problema de los dos...hay un problema...yo pienso que hay muchos prejuicios de una parte, que no voy a decir racismo porque yo pienso que es una palabra muy gorda...tema racismo es...es que hay racismo en todas partes...en Marruecos mismo de una zona a otra zona...hay gente que...yo soy del norte, yo soy de la capital, tu eres de pueblo...como en todas partes no? El tema porqué yo pienso que es la culpa de los dos...no hay una política de integración como tiene que ser...(Mediador marroquí)

Les variables de segmentació dels informants del present estudi han estat la *nacionalitat* i el *sexe* i, per tant, no s'ha pogut realitzar una anàlisi més profund de les especificitats existents en l'interior de cada col·lectiu i relacionar aquestes característiques amb la integració social i la *integració sanitària*. Amb tot, s'ha evidenciat que el col·lectiu marroquí és molt heterogeni en la seva composició interna i aquesta heterogeneïtat ha emergit en els discursos dels nostres informants. Així podem destacar, per exemple, diferències pel que fa a l'aprenentatge de la llengua o la diversitat en l'accés als serveis sanitaris segons si l'origen de la persona és rural o urbà, o segons el nivell d'estudis de l'individu. D'aquesta manera, com

també indica la literatura consultada, les persones provinents de zones urbanes i aquelles amb majors nivells d'estudis, presenten més facilitats per integrar-se i desenvolupar-se en la societat d'acollida.

La literatura consultada afegeix a la dicotomia *rural/urbà* altres dicotomies pròpies de la societat marroquina com són *tradició/modernitat* o *berber/àrab* que fan evident la heterogeneïtat del col·lectiu i que caldrà tenir present alhora d'analitzar el comportament de les persones d'aquesta nacionalitat en destinació.

MD9: "el trabaja (el marit) y no tiene problemas porque ha tenido buen nivel de estudios y ha estudiado aquí también el tema de electricidad y ahora es un técnico de electricidad...y está muy bien"

MD8: "yo para integrarme no he tenido problemas porque he venido sin saber nada de castellano... pero la gente, los vecinos me ayudan, me llaman, me dicen que tengo que salir...antes no tenía papeles y tengo miedo...que no puedo porque no tengo papeles y me dicen tranquila que la policía no hace nada y las mujeres tienen derecho de salir y todo...y al final me han ayudado a aprender un poquito de castellano...yo no he estudiado pero lo he aprendido hablando con la gente...y también tengo un librito que lo cojo y leo..."

La realitat és que la majoria d'immigrants marroquins que viuen a Catalunya provenen de la zona nord el país (Rif i Yebala), que es tracta d'una àrea fonamentalment rural i particularment deprimida, amb elevats índex de desocupació i baixos nivells d'estudis (rural/tradició/berber) sent aquestes característiques les que expliquen perquè les persones emigren a Barcelona. Una part més reduïda prové de zones urbanes (Eix Atlàntic) on les persones arriben amb estudis secundaris i superiors (urbà/modernitat/àrab).

MD8: "depende de la zona de Marruecos, hay zonas un poco mas...la gente del centro en marruecos, es mas abierta...pero la gente del norte está un poco...cerrada..."

MD9: "Todos tenemos que abrir la mente...no estoy hablando de médicos en concreto...yo por ejemplo cambié viniendo aquí...a ella no le importa que le visita un ginecólogo...y seguramente antes en Marruecos no era así..."

La salut, la malaltia i el sistema de salut de referència

Pel que fa a l'estat de salut de les persones, la majoria afirmen que la epidemiologia que hi ha en origen i la que hi ha en destinació és molt similar i, per tant, els entrevistats no aprecien diferències significatives pel que fa al seu estat de salut entre viure al Marroc o viure a Catalunya.

MH1: "si...yo creo que nosotros somos todos del mediterráneo, tenemos muchas cosas comunes, las enfermedades que están en España, están en Argelia, están en Turquía, están en Italia, están en Portugal...porque todo...mediterráneo..."

Si aprofundim més, alguns asseguren que mentre que físicament no troben diferències en el seu estat de salut, psicològicament consideren que estaven millor en origen que a Barcelona. La pressió per haver de triomfar unit a la imatge distorsionada que tenen del primer món, combinat amb la crisi econòmica i l'absència de familiars i amics, fa que reconguin tenir un baix estat d'ànim.

MH1: yo pienso que el tema físico, el tema del cuerpo...estamos mejor aquí...pero el tema psicológico estamos mejor allí...

E: y porqué físicamente mejor aquí...

MH2: porqué vamos directamente al CAP...al médico...también practicamos gimnasia...cosas que hacemos mas que en Marruecos, pero el estrés que hay y todo...

MH5: en mi caso al contrario, cuando estuve en Marruecos tenía una buena salud, estuve bien... estudiaba...y cuando he llegado aquí han empezado las cosas malas (condiciones de vida)...

E1: y porqué crees que ha sido así...

MH5: claro, yo si estoy en Marruecos tengo mi familia que me apoya, me ayuda...todo...

E1: los motivos son mas de relación con otras personas, mas bien psicológicos no?

MH5: si, si...

E1; porque físicamente mas o menos estas igual?

MH5: si...

Alguns testimonis asseguren, fins hi tot, penedir-se d'haver emigrat a Barcelona però tampoc poden emprendre el camí de tornada perquè molts d'ells es van vendre tot el que tenien per poder emigrar.

MH1: "yo por ejemplo estaba en Marruecos y tenía un comercio, y claro he dejado mi negocio para venir aquí...me encuentro que no hay nada ya..."

MH5: yo también...estaba haciendo el comercio allí y he venido aquí...claro si por ejemplo mi mujer no trabaja no se como puedo salir ya...

MH1: tienen su mujer aquí y no pueden volver...

MH5: claro, si mi mujer no trabaja, puedo estar en la calle ahora mismo...

Altres prefereixen seguir vivint a Barcelona malgrat les condicions precàries actuals en que viuen abans d'assumir el fracàs del seu projecte migratori.

MM1: "si, si, y mas si pasan los años...mucha gente prefiere quedarse aquí...quedarse aquí con un fracaso y no ir allí porqué...porqué hay mucha vida también...la vida...la familia tiene otra interpretación allí...o la gente...lo que va a decir la gente, lo que hace la gente...no ha sido capaz..." (Mediador marroquí)

El sistema sanitari de referència té una doble xarxa, la pública i la privada. El seu sistema sanitari públic és, segons els nostres entrevistats, un sistema amb pocs recursos, pocs serveis i poca cobertura territorial.

MM1: yo pienso que sobre el papel...el sistema sanitario de Marruecos está muy bien hecho, que todo el mundo puede acceder...pero el tema es como financiar el sistema sanitario, si hay bastante personal o no...para trabajar...enfermeros, médicos...hombre si la gente se va a urgencias de la mañana y a veces hasta mañana por la mañana sigue en urgencias...esperando...y si es algo, importante, grave...(Mediador marroquí)

MH1: es un sistema sanitario condicionado de pagar...no hay un sistema sanitario establecido y hace mucha falta...en las partes que son fuera de la ciudad...por ejemplo, para ir a un médico a veces tiene que hacer 20 o 30 km...

MH3: hay comarcas que no tienen CAP ni nada...

MH1: y no hay ni autobús...si no tienes coche...tienes que esperar a un hombre que va con un camión para poder llevarte...

E: pues si tienes una enfermedad un poco grave...

MH2: allí te quedas...

Al sistema sanitari privat del Marroc només hi poden accedir aquelles persones que tenen els recursos econòmics

suficients per costejar-se les visites, les proves, les intervencions, etc. Bona part de la població no pot accedir als serveis sanitaris privats perquè no té els recursos econòmics suficients.

MH3: antes si, antes si, pero ahora las cosas se complican en Marruecos...antes que puedes ir al servicio sanitario y puedes conseguir una cita...y tampoco no tardan mucho como aquí...aquí si te dan una cita...ya...tienes que esperar al menos una semana o quince días...pero en Marruecos no, vas y te cogen enseguida...aquí si vas a urgencias te esperas casi tres horitas esperando...pero la única diferencia que hay es que en Marruecos ahora tienes que pagar todo...cuando entras tienes que pagar...de...como el aire que estas respirando...

E: suponiendo que una persona enferma en Marruecos sin la mútua est  enferma que hace? Utiliza la medicina tradicional para ahorrarse el dinero?

MD5: o se muere...o se muere...porqué igual que va al médico...y est  enfermo...est  en la situación grave y tiene que sacar dinero para todo, para ver enfermera, para todo el mundo...sino se queda en su casa...

Segurament el deficient sistema sanitari públic i la inaccessibilitat al sistema sanitari privat explica que al Marroc estigui molt estès l' s de les medecines tradicionals i la figura del "curandero". Segons els nostres informants, sobretot en les zones més empobrides,  s molt habitual usar remeis casolans i anar a visitar els "curanderos" quan apareixen problemes de salut, ja que moltes famílies no disposen dels diners suficients per accedir al sistema sanitari privat.

MM: "entonces que pasa? La gente para pagar un especialista o para pagar los medicamentos pues cree que no y entonces que pasa? Van a curanderos, a la medicina tradicional...se usa muchísimo...en mi caso, en mi familia, por ejemplo, cuando era pequeñita se usaba bastante, para curar por ejemplo las anginas y todo esto, pues...a un curandero, a un curandero...y mas cosas, dolor de barriga...un montón de cosas..."(Mediadora marroquina)

MD1: hierbas...si

MM2: hay mucho uso de medicina tradicional...no como la Africa Subsaharina...no, pero hay mucho uso, del Magreb en general...pero mas en Marruecos que en Argelia y Túnez eh...en Marruecos mas...(Mediadora marroquina)

Accés i  s dels serveis sanitaris a Barcelona

D'acord amb les característiques esmentades el sistema sanitari d'acollida els  s molt favorable. Destaquen sobretot la gratu tat i que és universal.

E1: muy diferente? Cuales son las principales...

MD6: "primero cosa que tienes que pagar en Marruecos...aquí gratis..."

MD3: "aquí también hay algo diferente, que aquí cualquier embarazada que tiene papeles o no tiene papeles puede ir a la sanidad pública que esto ni en sueños lo tenemos (al Marroc)..."

També valoren molt positivament el fet que la preferència en l'atenció depengui de la gravetat del cas (per exemple, als serveis d'urgències), que els professionals de la salut vulguin arribar a l'origen de la malaltia, aix  com el tracte de la majoria de professionals de la salut envers els seus pacients.

MM: "a parte de lo que te he dicho...aquí hay mas orden...all  no, no está organizado nada...aquí si, coges número, y cada uno con su turno...eh...entra uno antes por la gravedad que tiene y tal...pero all  no...es diferente totalmente...ahí puede pasar uno antes aunque no est  grave y el que est  grave pasa mas tarde sabes? No, no hay orden" (Mediadora marroquina)

Pel que fa l' s de les medecines tradicionals s'evidencia que el fet d'usar-les o d'anar a visitar a un "curandero" són dues activitats reservades sobretot a les dones. Són elles les que en origen preparen aquests remeis casolans i les que visiten als "curanderos" encara que el malalt sigui el marit o un fill o una filla.

MM1: "de toda la vida y no solo aquí...en los países de origen magreb es y subsaharianos la mayoría que se ocupan de esto son las mujeres...para ir a un curandero va una mujer, hasta para su marido...(Mediadora marroquina)"

Un cop a Barcelona, l' s de les medecines tradicionals disminueix. Aprofitant la gratuïtat del sistema en acollida, les persones de nacionalitat marroquina, i sobretot els homes, quan tenen un problema de salut accedeixen directament als serveis sanitaris.

MH3: pero no vamos a hablar de una gripe...vamos a hablar de una persona que tiene gases,

ejemplo...mi hijo...en Magreb...lo que hacemos es con menta...y aquí directamente al CAP...

MH3: "aquí no...no yo no, aquí en Europa voy directamente al medico de cabecera, cualquier anomalía que noto en mi cuerpo voy..."

E2: y el resto?

MH1: "no..."

MH2: "en Marruecos lo hacemos pero aquí ya no..."

E: en Marruecos sí?

MH2: "en Marruecos para la gripe a veces lo hacemos...pero aquí ya no..."

E2: aquí vais al médico?

MH2: al médico...

MH3: "aquí estamos mas europeos..."

Tanmateix, amb malalties lleus, habituals i conegudes, els remeis casolans es continuen usant també a destinació.

E: se utiliza mas en Marruecos que aquí?

MM1: "sí...y yo pienso también que muchas cosas son por creencias y nada mas...el sistema tiene un fallo...no, la medicina tradicional no...yo para mí sí es algo que no va a hacer daño, si es un tema psicológico, déjalo que tome...hay que mirar si hace daño...pero si no hace daño porque le dices que no? (Mediador marroquí)"

MD7: "hombre...si es una enfermedad que es un dolor continuo...tienes que ir al médico para saber lo que es...si estas resfriado pues tomas miel con gengibre...leche caliente...porque es un resfriado...y dura una semana...pero si es algo grave tienes que ir al médico..."

La majoria asseguren tenir un bon coneixement dels serveis sanitaris. Evidentment les persones que fa menys temps que són a Barcelona tenen un menor coneixement, però a mesura que aquest temps augmenta és cada vegada major. Les fonts d'informació que utilitzen per conèixer el sistema sanitari d'acollida són principalment els familiars i amics que fa més temps que viuen a Barcelona, és a dir, la xarxa social de que disposen.

E: como habéis conocido el sistema sanitario de aquí? Os lo han explicado...quien?

MH1: si a través de los amigos y los familiares...

E: en general es así para todos...

MH4: bueno, como yo tengo mi hermano que está aquí...claro me ha ayudado mucho...si la familia...también la familia...

MH5: y los amigos...vamos con amigos...y ellos ya te enseñan...

MM1: "sí, es el boca a boca y mas o menos todo el mundo sabe que hay que empadronarse para poder tener la tarjeta sanitaria...y lo hacen porque es una prueba para tener los papeles también..." (Mediador marroquí)

Per tant, el fet de dur poc temps vivint en el lloc de destinació explica la principal dificultat d'accés als serveis sanitaris. Els entrevistats assenyalen els problemes de comunicació com a principal barrera d'accés, tot i que aquesta barrera disminueix, evidentment, a mesura que augmenta el temps d'estada.

MM2: "otro tema también...una persona recién llegada que barreras tiene...la lengua...en algunos casos, claro...no pueden entender..."

MH1: "sí, sí, el idioma, claro, afecta mucho...al principio..." (Mediadora marroquina)

E: "vale, cuales crees que son las principales dificultades que encuentra la población marroquí que viene a vivir a Catalunya...que problemas de integración encuentra?"

MM: "eh...el principal...pues la lengua...la lengua...porque si no entiendes la lengua pues mal porqué se van al hospital, pues no se entienden con el médico, si van a los papeles pues también...lo veo. La lengua es mas difícil...sí...hasta que no hablas..." (Mediadora Marroquina)

Un dels mediadors entrevistats assenyalava altres barreres que els afecten com, per exemple, el costum d'accedir d'una determinada manera en origen o aspectes laborals com els horaris o la tipologia contractual que poden dificultar aquest accés. Els informants assenyalen únicament la llengua com a única barrera que realment dificulta el seu accés als serveis sanitaris.

MM1: falta de información...vale...otro tema es la falta de educación...no la falta sino que la educación diferente que tienen...estas personas están acostumbradas a otra forma de acceso y piensan que en todas partes es así...y no tienen la información...el tema laboral influye mucho también...los horarios, los contratos...el tema idiomático... (Mediador marroquí)

Un darrer obstacle identificat per un dels mediadors entrevistats és que la informació del funcionament del sis-

tema sanitari no arriba als usuaris. Concretament es refereix a que la informació institucional del que significa disposar de la TSI no és coneguda per molts usuaris.

MM1: "discrepo un poco con el tema de la tarjeta porque la tarjeta es un papel...la tarjeta es el sistema sanitario catalán...eso es, lo que es la tarjeta...si una persona viene y ya con su nivel bajo cultural...un recién llegado y sin mas le das esta tarjeta sin explicarle nada...tu estas colaborando para que utilice mal la tarjeta...después porque los inmigrantes van a urgencias..." (Mediador marroquí)

Pel que fa al comportament dels usuaris respecte els serveis sanitaris en destinació hem pogut copsar que la majoria que han arribat a Barcelona han accedit, després d'obtenir la targeta sanitària, al sistema sanitari per efectuar-se una revisió general aprofitant la seva gratuïtat que no tenen en origen per examinar-se i conèixer, a nivell general, el seu estat de salut.

MM: "piden mas, mas...si...tienes razon...aprovechan mas bien, si aprovechan..."

E: para hacer mas revisiones...o lo que sea..."

MM: "si, si, si...aprovechan porque allá en Marruecos hay que pagar...para hacer un análisis, un simple análisis hay que pagar...y una ecografia...o lo que sea...vale dinero...si...entonces cuando vienen aquí pues aprovechan...ah...es gratuito...pues mira, me voy...es que la primera cosa que hacen cuando llegan aquí...quiero hacer un análisis general para saber como estoy...es gratis...quieren saber si tienen azúcar si tienen colesterol...es la primera...es casi la primera cosa que me piden todos..." (Mediadora marroquina)

El seu comportament també depèn de la situació personal en que la persona es troba en destinació. Quan viuen sols tenen com a únic objectiu treballar per reunir els diners suficients per reagrupar la seva família. En aquesta situació l'individu pot no utilitzar els serveis sanitaris correctament, no presentar-se a les cites programades, etc. En canvi, un cop estabilitzada la situació inicial, reagrupar la família i tenir un mínim de solvència econòmica, el comportament davant els serveis sanitaris és torna molt més responsable.

MM1: "yo pienso que hay mucha diferencia de cuando se vive en pareja de cuando estas solo... porque la gente que vive sola, su idea de venir aquí, su idea es dinero, dinero...y trabajar, traba-

jar...muchta gente trabaja sin papeles...o trabaja sin contrato...si falla un día no le pagan...es por eso que mucha gente no acude...comparte piso con amigos...es una vida completamente diferente... cuando estas casado estas mas...cuando las personas inmigrantes árabes se casan...cuando estan mas asentados...mas relajados...porqué...porqué tenemos una forma que...muchos cuando traen a su mujer...hombre yo sufrir, compartir piso, vivir de una forma...todo eso lo hago solo, no lo hago con mi mujer y con los niños...y es por eso que el chip cambia...pero no es que el chip cambie, no es que cambie, ya lo tenía...Yo por la noche voy si hay urgencias y no pierdo días de trabajo..." (Mediador marroquí)

Quan descrivíem l'estat de salut apuntàvem que psicològicament es troben pitjor en destinació que quan vivien al Marroc, sobretot per la manca de treball a causa de la crisi econòmica, les condicions de vida que implica aquesta absència de treball i no tenir a prop la família i els amics. Relacionat amb aquests problemes de salut mental hem constatat que la majoria no han buscat suport psicològic d'especialistes (psicòlegs) per superar-los. En l'imaginar marroquí no es té incorporada la figura del psicòleg i del psiquiatra per solucionar els problemes de salut mental (de fet molts no saben distingir entre psicòleg i psiquiatra) i el fet de ser atesos per aquests professionals és relaciona amb quadres psicològics molt greus.

MD8: es que los psicólogos...en los países árabes en general...es un papel que no está tan...

MD9: es un poquito secreto, no tienes que la gente se entera que estas malo de un problema mental...no...

MM1: "esto te lo digo sinceramente, yo tengo un hermano que vive en Bélgica...y yo le digo vete al psicólogo...ejemplo...estaría bien que vayas a un psicólogo para intentar...ah...tu piensas que estoy loco o que...es lo que va decir él..." (Mediador marroquí)

Segons les dones entrevistades amb un nivell d'estudis superior i provinents de zones urbanes la figura del psicòleg poc a poc ha començat a popularitzar-se en les seves ciutats d'origen i, cada vegada més, les persones marroquines que tenen problemes de salut mental accedeixen al psicòleg per tractar aquest tipus de problemes.

MD9: "pero sabes que quiero darle también un ejemplo...tengo mi cuñado que ha tenido una niña

que esta mal...y al final la llevo a Casablanca para tratar a la niña y yo me quedé extraña porque es un cambio...la verdad es que la gente ha cambiado mucho...cuando se enteran que sus hijos estan un poco enfermos mentalmente los llevan a un psicólogo...antes no eh...antes"

Pel que fa a les revisions ginecològiques i els controls de l'embaràs succeeix una mica el mateix que amb el tema de la salut mental. Les dones marroquines de més edat, i aquelles que tenen un nivell d'estudis inferior (i segurament que provenen de les zones rurals i més empobrides) és probable que no hagin accedit mai al ginecòleg en origen i que no facin les revisions preventives periòdiques en destinació.

MM: "cuando preguntas, por ejemplo te dicen ah...yo nunca he ido al Ginecólogo...yo nunca me he hecho una revisión...entonces pues allí me meto yo, les cojo de la mano, venga va...apúntate y hacemos una revisión...y ya te digo...las vacunas también explicamos..." (Mediadora marroquina)

En canvi, les dones més joves, i les que tenen un major nivell d'estudis els hi és molt més fàcil incorporar, un cop en destinació, la necessitat de realitzar aquest tipus de revisions preventives. En el mateix sentit, les dones marroquines provinents de zones rurals i amb menys nivell d'estudis s'oposen a ser visitades per un ginecòleg home, mentre que les dones marroquines provinents de zones urbanes i amb major nivell d'estudis són capaces d'acceptar amb més facilitat que sigui un professional masculí qui faci les revisions ginecològiques.

MM1: "yo te voy a plantear un caso...cuando tu vas al ginecólogo...muchas veces hay mujeres magrebíes...yo trabajé en urgencias..."

MD8: "ya se que quiere decir...que no quieren un médico hombre...no hablo de mí...no tengo problema..."

MM1: "claro, estas abierta de mente y entiendes que...yo pienso que uno tiene que entender la finalidad...a donde vas tu...tu no vas a un sitio...tu vas para que te visite un médico...y para muchas personas es un problema...yo he tenido gente...un hombre que me ha comentado...mi mujer no la ve un médico...se la lleva...no había...en el turno había dos hombres, dos medicos...dos médicos...y me dice...mi mujer no la toca un hombre...tu no traes a tu mujer para que la toque un hombre...traes a tu mujer para que la vea, porque está enferma...es muy diferente...la finalidad es la visita..."(Mediador marroquí)

MD8: "depende de la zona de marruecos, hay zonas un poco mas...la gente del centro en marruecos, es mas abierta...pero la gente del norte está un poco...cerrada..."

La porta d'entrada als serveis sanitaris de la majoria de persones de nacionalitat marroquina és el CAP amb l'objectiu de tramitar la targeta sanitària.

E1: "compartis la opinión? Vale...si nos centramos con los servicios de aquí...cual fue el servicio sanitario que utilizasteis por primera vez..."

MD3: "para sacar la tarjeta sanitaria..."

MM: "no, yo creo que es primaria...si no viene con un caso urgente...pero sino es la primaria porque vienen, porque preguntamos...cuanto tiempo llevas aquí...pues nada, unos días... o lo que sea...y ya llevan el empadronamiento para hacer la tarjeta sanitaria...entonces claro...vienen aquí primero..." (Mediadora marroquina)

Algunes dones embarassades expliquen, tanmateix que la seva primera experiència amb els serveis sanitaris ha estat un servei d'urgències hospitalàries, com a conseqüència del seu embaràs.

E: y con la tarjeta dónde fuiste la primera vez...

MD5: "fui al hospital, directamente...porque estaba embarazada, por eso...y hay un CAP cerca...y si estoy malita, con anginas o algo voy al cap"

M7: "a vale...entonces es diferente...yo estaba...aquí estaba mi marido...y yo he venido aquí y mi marido me arregló todo...yo he venido aquí con mi tarjeta, con todo...y entonces fue mi primer embarazo...no me ha bajado la regla y fue directamente a urgencias...y allí la primera visita..."

Tot i que la porta d'entrada és generalment el CAP, el servei sanitari usat habitualment per les persones d'aquest col·lectiu és el servei d'urgències hospitalàries. D'aquesta manera, en moltes ocasions si accedeix sense tenir un problema de salut urgent i, per tant, fent-ne un ús inadequat.

MH2: "yo si estoy enfermo voy a urgencias, si yo no estoy enfermo no voy a urgencias, voy al medico de cabecera para preguntarle cualquier cosa...por ejemplo hacemos análisis en la empresa no? Te dan el informe de todo lo que has hecho y yo voy al médico de cabecera para que me explique, porque

sabe mi historia también...a urgencias si no estoy enfermo yo no voy..."

MM: "esto todavía tenemos problemas con esto... para utilizar las urgencias todavía tenemos problemas porque van...por ir...claro...normalmente una gripe...urgente no es...tampoco...el médico hay que pensar que tampoco le podrá dar nada...pero eso todavía ellos no lo aceptan...(Mediadora marroquina)

MD5: "hay veces que vas urgencias y el médico te dice porque tu niño tiene solamente tos, porque vienes a urgencia?"

L'explicació a aquest sobre ús és multifactorial. El fet que moltes d'elles tinguin uns contractes de treball molt precaris fa que no puguin absentar-se del seu lloc de treball i accedeixin a urgències un cop han acabat la seva jornada laboral.

MM1: "si...hay personas que lo hacen porque trabajan sin contrato...si falta un día no lo pagan...si falta dos días lo echan...o con un contrato de un mes...lo que hace un trabajador si esta mal es en la tarde noche se va...y porque es mas rápido..." (Mediador marroquí)

Algunes dones de nacionalitat marroquina asseguruen evitar l'accés als serveis sanitaris i automedicar-se; i només en el supòsit que la malaltia empitjori és quan decideixen anar al servei d'urgències.

MD3: "me quedo en casa hasta que no puedo mas... y entonces me voy directamente a urgencias..."

MD10: "si me siento enferma, pero aguantar, pero cuando llego a un punto ya está...me vengo directamente a urgencias..."

MD4: "yo también...yo..."

Els que fa menys temps que han arribat, encara no distingeixen entre metge de família i el servei d'urgències (al Marroc no existeix aquesta distinció) i per aquest motiu accedeixen a l'hospital perquè és el que s'assembla més a l'hospital d'origen.

MM1: "otros lo hacen porque piensan que todo es médicos...no hay esta visión del médico de cabecera y todo eso...porque? Porque no existe...en muchos pueblos hay un médico pero no hay esta visión de medico de cabecera...voy al médico y ya está..." (Mediador marroquí)

Una darrera raó que explica aquest major accés als serveis d'urgències és pel fet de ser atesos el mateix dia i evitar, d'aquesta manera, haver de concertar una cita amb el metge de família del CAP.

E: porque crees que van a urgencias normalmente...la puerta de entrada es el CAP pero después lo habitual es ir a urgencias...aunque la enfermedad no sea urgente...

MM: porque...pues para no perder el tiempo...

E: porque es mas rápido?

MM: si, es por eso, claro...porque si van al CAP... primero coger día y hora para el médico...luego esperar, luego entonces el médico a lo mejor lo manda a urgencias y dirá pues mira...en vez de pasar por todo esto pues cojo y voy para allá...(Mediadora marroquina)

Tot i aquest major accés al servei d'urgències hospitalàries moltes persones marroquines valoren millor l'atenció rebuda en els CAP que no pas l'atenció rebuda a urgències. Les raons que exposen són que els metges de família t'atenen durant més temps (la visita és més llarga) i la visita és molt més personalitzada. A més, es considera que en els centres el metge pretén anar a l'arrel del problema per eradicar-lo mentre que a urgències l'objectiu és principalment calmar el dolor (una solució temporal).

E: cual es el servicio que funciona mejor y cual funciona peor?

MH3: "el CAP funciona mejor que urgencias...porque Urgencias te dan algo para calmar el dolor y ya está, pero al CAP cuando te vas con tu médico te empieza a investigar tus cosas...poco a poco...te da el medicamento...y si no te va bien...vuelves otra vez..."

E: es trato como mas...

MH2: "si, mas que las Urgencias..."

MH1: "mas personalizado..."

Finalment, cal destacar que la valoració que fan respecte de l'atenció rebuda per part dels professionals sanitaris és, en línies generals, molt positiva i de satisfacció amb els serveis.

MH3: "para mi aquí hay los mejores médicos de España y de Europa...y en general la salud española es muy muy buena sabes porque...pues porque yo he viajado mucho por Europa...y allí si eres ilegal no te atienden...tienes que pagar...es una cosa que aquí cualquiera...es universal...eso es un punto positivo, hay que reconocerlo y yo personalmente os lo reconozco...porque otros sitios si no llevas

mucho tiempo y tienes todos los papeles en regla no tienes el servicio...tienes que pagar"

Mh2: "a mi me han dado de alta y al cabo de 15 días me han llamado para saber como estoy...esto está muy bien...después de la operación...esto está muy bien! y el sistema sanitario también, creo que aquí es mejor, allí lo tienes que pagar todo"

MM1: "Yo creo que la gente valora muchísimo el sistema sanitario de aquí que no quiere decir que a veces las cosas no se hacen bien... tanto de la parte del paciente como de la parte del profesional. Son cosas que... pocas veces se hace esto y puede pasar aquí como puede pasar en su país. Yo no pienso que... se trata mal a paciente magrebí aquí como inmigrante. Honestamente no lo pienso... Muchas veces la gente viene sin cita y sin nada y se le atiende... y en Marruecos sinceramente no van a atenderle...sinceramente..." (Mediador marroquí)

De tota manera, també és cert que la majoria de persones entrevistades s'han sentit, en alguna ocasió, discriminades en el tracte pel fet de ser immigrants o els han fet comentaris despectius. Els nostres informants s'afanyen a afegir que no és el més habitual, però, tampoc amaguen que la majoria han viscut alguna experiència desagradable en aquest sentit.

MD3: "cuando voy a dar a luz me encontré con una persona para rellenar los papeles y bueno lo que sepa voy a hacerlo y lo que no espero a que venga mi marido y me decía...no es normal que vengas aquí y no sabes ni hablar ni nada...por ejemplo yo si voy a Marruecos antes que voy allí tengo que aprender el idioma"

MD4: "dicen por ejemplo que cuando hay una persona que no entiende nada, que no sabe nada pues pasan de nosotros...pero no en general, pero a veces es así..."

MM1: "Posiblemente que si. Yo fui al médico y me dijo tú te has hecho la prueba la tuberculosis y yo le contesté no... ya me dijo es el protocolo del inmigrante. Después hablamos y no se sin conocerme ni nada porque, porque soy inmigrante. Yo pienso que si hablamos de tuberculosis hay más en España... no pienso que tenga que ser así yo no vengo de un país tropical... Entiendo que una persona venga de un país de éstos es necesario pero...de Marruecos?" (Mediador marroquí)

5.4. El col·lectiu de nacionalitat equatoriana a Barcelona

El fenomen migratori i les característiques d'assentament

Les persones de nacionalitat equatoriana que han emigrat a Catalunya i, en concret, a la ciutat de Barcelona, presenten unes característiques particulars. La majoria de persones de nacionalitat equatoriana que durant els primers anys del segle XXI han arribat a Barcelona ho han fet majoritàriament fugint de la crisi econòmica severa que va assolar l'Equador l'any 2000.

EH5: "el principal motivo sería que en el año 2000, cambio de la moneda, principal causa...entonces la economía fue en quiebra, como se suele decir...los que trabajan el país de pronto el gobierno ya no nos pagaba puntualmente, nos pagaba a los tres meses o así, y estas fueron las causas...en mi caso..."

¿por qué la gente emigra?

EH1: "Por la fuente de trabajo, que no hay trabajo..."

E: ¿En Ecuador no hay tanto trabajo como aquí?

EH1: "No, esa fue la parte de la gente que salió de mi país en el año 2000, que salió porque quería emigrar porque no había fuente de trabajo, (...) vino un boom de la migración acá, y aquí consiguió trabajo."

La prioritat de les persones equatorianes que han arribat durant aquests primers anys de segle a Catalunya ha estat poder treballar en la societat d'acollida i millorar, les condicions de vida en que vivien en el seu país d'origen.

EH2: "En mi caso fue por trabajo porque en mi país es difícil encontrar trabajo. Aunque encuentres un trabajo no llegas a fin de mes. Te ves en la obligación de buscar otros horizontes".

E: ¿Estáis de acuerdo?

EH6: "Yo después de servir a empresas privadas puse mi propio negocio de suministros y con el cambio de la moneda en mi país se me cerraron las puertas y vi la opción de que las puertas se abrían en este país, entonces con mi mujer emigramos aquí."

EH8: "Según nosotros por una mejor... fuente de ingresos...La forma de trabajar o la cantidad de trabajo (...) aquí se gana mejor, es lo primero que motiva aquí. Motivo económico sí. Luego estando aquí vas viendo cosas que te van gustando más..."

La característica més rellevant de la població pel que fa al seu assentament en destinació, és que la seva llengua vehicular és el castellà i aquest fet afavoreix i facilita qualsevol interacció que pretenguin realitzar en la societat d'acollida.

E: En general, ¿pensáis que la gente de Ecuador tiene dificultades o facilidades?

EH3: "Hay facilidades por el idioma."

EH5: "Depende de cada persona. Hay personas que no les gusta asociarse, tiene miedo y no les gusta".

En aquest sentit, les persones de nacionalitat equatoriana emigrades a Barcelona consideren que el fet de parlar castellà els facilita molt la seva inserció social a la ciutat. Sobre tot quan es comparen amb persones d'altres nacionalitats.

RE: "...a ver...a mis hijos les hablan catalán y a mi me hablan en castellano...no hay problema en este sentido... es lo que te comenté al principio...eh... la ventaja que tenemos es que hablamos un idioma que nos entendemos porque si va un chinito o un pakistan es mas difícil entenderlos...entonces claro que nos favorece hablar castellano..." (Representant equatorià)

ED3: "existe el factor suerte también...yo estuve en una casa donde había una chica marroquí y yo...y bueno, es así...a mi me apreciaron mas que la chica marroquí y incluso me dieron las llaves de casa y todo y incluso me sentaba con ellos en reuniones especiales de navidad y tal y la chica marroquí me tenía que servir...y yo voy así como me ven por todos lados y por todo el mundo con respeto y la gente me respeta y yo he tenido la suerte...no? este es mi caso...y el día que me fui la señora lloró...que quieres que te diga..."

És destaca que com a conseqüència d'aquesta evident facilitat per comunicar-se, els propis individus atribueixen la seva capacitat d'integrar-se a la societat d'acollida a característiques individuals (caràcter, habilitats personals, etc) i no tan a trets culturals comuns del col·lectiu (com succeeix en la majoria de col·lectius, on la llengua o la cultura d'origen limita, per se, la seva inserció social).

E: ¿Cómo consideráis que es la integración en Barcelona, una vez habéis llegado, os ha sido fácil integraros en la sociedad?

EH1: Para mi fue fácil porque soy una persona sociable y tengo esa confianza de poderme dirigir ante otras personas, entonces no era difícil.

ED7: mientras no tienes papeles nada es fácil, pero las oportunidades se te abren...luego yo ya me hice amigas...que es la unica salida que tienes acá, de hacerte amiga de uno, de otro, y es bueno abrirse y ser sociable no? en mi caso me ha ido bien puedo decir... y luego la oportunidad de estudiar inglés, empecé estudiar para mi cursos y tal y si...mas o menos me ha ido...no me puedo quejar...

Tot i la facilitat idiomàtica i la atribució individual a la capacitat d'inserció social dels equatorians, troben que la població autòctona té força prejudicis envers el seu col·lectiu i alguns manifesten sentir-se, en ocasions, com un col·lectiu estigmatitzat per la població majoritària (autòctona).

EH3: "Mucha gente española no sabe realmente como es uno allá, piensan que está más bajo que ellos, que no saben ni leer ni escribir, no se tiene tecnología, que no se tiene nada allá."

ED7: "no tanto por ser inmigrantes...yo...por lo menos en mi caso...lo que pasa es que...si, la gente de acá nos ven...si estos que vienen acá...pero cuando empiezas a entablar una charla o una relación, empiezas a relacionarte, bueno mucho depende de ti también no? lo que pasa es que en el fondo la gente de acá se lleva ese egoísmo, por decirlo de alguna manera... o la envidia de mira este tio que viene a limpiar platos y tiene el título que tiene...es por ese lado la discriminación, que nos vean mal de esta manera no? o sea, porque no asimilan, no aceptan lo que acá existe lo que acá son, lo que acá es cada persona y hasta donde quiere llegar...entonces no tenemos en este caso, somos inmigrantes pero, a parte de ser inmigrantes estamos cualificados, y es difícil para ellos asimilar esto y cuando una persona no acepta es porque está siendo egoísta y envidiosa...no hay otra palabra..."

Una altra característica del col·lectiu de nacionalitat equatoriana és que a diferència del que és habitual en la majoria de països emissors d'emigrants, i sobretot, en països de religió i cultura musulmanes, molts projectes migratoris són liderats per dones. Segons la literatura revisada, i confirmat per algunes de les persones entrevistades, la demanda de llocs de treball a Catalunya relacionats amb tasques domèstiques i cura de persones, feines tradicionalment molt feminitzades, explica aquest lideratge femení.

E: En Ecuador son las mujeres las que emigran primero y luego se reagrupan los hombres, ¿en general?

EH5: "en general sí, no en mi caso".

EH2: "el asunto está en que para nosotros las mujeres son las que primero encuentran trabajo. Hay más trabajo para las mujeres".

E: ¿Por el tipo de trabajo?

EH1: "Sí".

EH8: "Estuve un tiempo en Granollers. Allí sólo las mujeres trabajan. Los hombres están en los bares con los hijos y las mujeres trabajando

RE: "te comento porque, en un momento dado y eso es normal, en un momento dado aquí han venido muchas mujeres latinas y luego han traído familia y porque aquí había trabajo en casas y era mucho más fácil encontrar trabajo y hacer su papeles y poder reagrupar su marido es un tema de buscarse la vida, era una buena alternativa. Una buena solución." (Representant equatorià)

A banda de parlar una de les llengües oficials de la societat d'acollida així com d'aquest protagonisme femení en el procés migratori, una altra particularitat que diferencia aquest col·lectiu de la majoria de col·lectius provinents de PVD és que, segons els informants entrevistats, bona part de les persones de nacionalitat equatoriana que han emigrat a Barcelona disposen d'estudis secundaris i superiors; i per tant, d'un nivell cultural elevat. Aquest fet fa que reivindicuin i reclamin un major reconeixement dels seus coneixements i les seves competències per part de la societat acollidora.

ED4: "aparte que allá también todos sabemos que el 98% de inmigrantes tenemos por lo menos el bachillerato, son profesores... todos son titulados, diría yo... entonces claro... venir yo aquí y hablar con una mujer y me decía el cuarto de eso, el tercer curso de tal y que es eso? Y me decía que es un ciclo básico... un tercer curso... y con esto puedes acceder a la universidad... no, es que no pienso llegar... porque no me hace falta y tal... yo quiero trabajar... ah... y me preocupaba esta forma de pensar aquí en la mayoría de la juventud..."

E: ¿Con la gente que han estudiado una carrera, cuando llegan aquí pueden ejercer?

ED3: "Yo la tengo homologada aquí pero no me dan trabajo por falta de experiencia. Soy auditora y aquí lo tengo homologado como una auditora en ciencias empresariales, yo he trabajado como contable, pero ahora mismo es nula. Cuando viene estaba buscando, pero apenas sabía catalán. Ahora ya lo entiendo un poco más pero al buscar trabajo

me piden experiencia laboral de aquí, la de allá no lo aceptan. El idioma lo puedo entender, pero la verdad he desistido."

E: ¿De que trabajas ahora?

ED3: "Auxiliar de geriatría".

La realitat és, però, que tot i aquest aparent alt nivell formatiu de bona part de la població emigrada, la majoria de llocs de treball desenvolupats en destinació, tan per dones com per homes, han estat realitzats en el segment del mercat de treball que requereix una menor qualificació, i, en el pitjor dels casos, en el treball submergit.

E: y ustedes de que trabajaban...

ED1: "sí, yo cuidaba niños... y también una señora mayor... y posteriormente estaba en una empresa de limpieza..."

EH5: "(...) He estado trabajando en construcciones, en lampistería. Ahora estoy en el paro".

E: ¿Y cuando vinisteis aquí hace 7 o 8 años, habíais podido trabajar, era relativamente fácil encontrar trabajo?

EH1: "Sí, era fácil".

EH3: "En negro, sí."

E: En negro, habéis trabajado todos?

Tots: "Sí"

La crisi econòmica en que està immersa la societat occidental, on Catalunya i Barcelona no han estat cap excepció, ha impactat de ple en aquest col·lectiu, com ho demostren els testimonis de bona part de la població equatoriana entrevistada que asseguruen que actualment molts es troben a l'atur, o, fins hi tot, han esgotat el subsidi.

EH8: "Tengo mujer y 4 hijos, somos 6. He trabajado de mozo de almacén y otras cosas más... Pintura..."

E: ¿Trabajas ahora?

EH8: "No, estoy en el paro."

E: Es decir, la crisis aquí la habéis notado?

EH2: "Sí, llevo dos años en el paro."

EH1: "Yo hablé con Mario por ejemplo, hace tiempo estaba trabajando como conductor..."

EH7: "Estuve trabajando en la... las "alturas" 5 años y luego de camionero un año..."

E2: Y ahora está cobrando el paro, lo cobras?

EH3: "Sí, la ayuda"

EH1: "Desde 2007 estoy parado..."

EH2: "Yo también..."

També és important destacar que la majoria de persones d'aquest col·lectiu que han emigrat a la ciutat, s'havien plantejat aquest projecte migratori com un projecte de curta durada (d'entre dos i tres anys) amb l'objectiu de retornar, passat aquest temps, amb prou recursos econòmics com per poder reinstal·lar-se en origen amb una solvència econòmica suficient. La realitat, però, és que gran part d'aquesta població supera amb escreix el temps previst d'estada a la societat d'acollida. L'expectativa que es gesta en origen sobre les oportunitats que trobaran en destinació xoca amb la realitat trobada en la societat d'acollida i s'allarga el temps d'estada previst.

EH1: Yo vine por 3 años... y voy para los 11 años. Y se ha puesto complicado porque he comprado un piso y lo tengo todo invertido. Ojala se mejore y me pueda vender el piso porque ahora mismo no tengo nada, estoy peor que cuando vine. Todo lo que he trabajado está invertido allí.

E: el objetivo que teníais cuando partisteis de Ecuador era quedarse aquí muchos años, poco tiempo, para siempre?

EH2: "La gente me daba 2 años, pensaba que el dinero estaba botado pero la realidad es que hay que trabajar... yo pensé un año dos como mucho... Me cayo un buen jefe pero me exprimía mucho, me ponía con tres paletas, yo solo de peón, en 10 minutos me comía el bocata.... Y luego me dio los papeles un buen señor que todos sabemos bien yo ya vi que esta faena no...."

A més a més, la crisi econòmica actual, a la qual fèiem referència, agreuja les condicions socioeconòmiques del col·lectiu i té, entre d'altres, dos efectes contraposats en els projectes migratoris dels equatorians: perpetuar en el temps el projecte migratori d'aquelles persones que van vendre tot el que tenien en origen i, per tant, no poden retornar, o accelerar el procés de retorn d'aquelles persones que veient que les oportunitats en destinació escassegen, decideixen fer marxa endarrere sense assolir els objectius que s'havien marcat.

EH8: "Hay quien a venido vendiendo todo, coche, chalet, casa, como puedo regresar? Uno puede pensar en 1 o 2 años me puede ir bien, pondré un pequeño negocio. Sin trabajo uno esta en déficit... uno no sabe como regresar imagine si somos 5."

EH6: Yo hasta ahora tengo más o menos un año para regresar tenga lo que tenga. Ahora como es-

tán las cosas, dicen que la crisis se alarga... Si sigo así mejor voy a estar mejor en mi país que aquí.

El fet que s'allargui el temps del projecte migratori té unes conseqüències en l'estructura familiar d'aquest col·lectiu. Mitjançant les entrevistes efectuades hem detectat moltes situacions de famílies desestructurades tan pel que fa a separacions conjugals com pel fet de que els progenitors visquin a Barcelona (en molts casos la mare) i que algun dels fills continuï vivint a l'Equador, principalment amb els avis, cosa que implica un cost emocional molt gran.

ED7: "mi idea era volver al cabo de dos años porque cuando me fui dejé a mi hijo con un año y siete meses... y quería verlo crecer...y aún estoy aca, cuando vuelvo le digo Fernando vamos...y no quiere venir...ya tiene 14 años cumplidos y no quiere venir...y en este viaje me ha dicho dos años mas mami o te vienes para acá o me pierdes...es lo que me ha dicho..."

ED4: "esto es una decisión bastante...que quiere decir " me pierdes" que dejas de tener un hijo?"

ED7: "que pasara de mi, que sera su abuelita la madre, que seran sus tias la madre...me hará poco caso...si, seré la madre que le da el dinero y se acabó, pero no me hará caso...no estará parte de mi vida..."

ED1: "Yo soy Estenia. Voy hacer ocho años aquí... Bueno me vine por medio de mi familiar y tengo aquí un niño de cinco años y una niña de diez en Ecuador."

Hem pogut copsar que a Barcelona molts viuen en pisos on la mitjana de persones que viuen en una mateixa llar és molt alta. En els primers compassos de l'assentament, un cop arribats, és molt habitual que es comparteixin pisos amb altres compatriotes o amb persones d'altres nacionalitats. Es constata però, que posteriorment, un cop reagrupada part de la família d'origen, en molts casos, continuen vivint moltes persones en una mateixa vivenda.

ED5: "la decisión es esta...tu tienes que tener un valor para dejarlo todo, nosotros en nuestros países tenemos una casa, no una mansión, pero tenemos casas, nuestras, pequeñas...pero nuestras y llegamos aquí y compartimos habitaciones y vivimos muchas personas...la gente se aprovecha con el que llega y lo mete en una habitación hasta tres o cuatro personas...pero nosotros no acostumbramos a vivir así en nuestro país...venimos de una clase normal pero que cada uno tiene su casa propia...en nuestro país...por lo menos en mi caso pues...esta a sido mi condición..."

ED7: "y la convivencia es muy difícil, en un departamento con diez o quince personas que no estan solamente latinos metidos allí...estan los árabes, estan los negros de África, por ahí está algun rumano...esa es la convivencia...este que te roba, este que te quita la ropa..."

E: ¿Vives solo?

EH5: "Con mi familia. Somos mis 3 hijas, dos hijas con su compromiso, un nieto y mi esposa. Somos 8."

La població equatoriana està força cohesionada com a col·lectiu en destinació. Les persones que viuen a Barcelona disposen, en la seva majoria, d'una xarxa social més o menys activa (sobretot formada per familiars i amics propers) que consideren molt important per poder desenvolupar-se en destí.

EH2: "Digamos que si puedes relacionarte porque tienes que pasar las consecuencias como se presentan pero si uno tiene familia i amigos le va mejor pero si vienes solo ...tienes que dormir en el parque porque tal y como esta la vida nadie te va a venir a dar un vaso de agua"

EH3: "Cuando te llevas bien te invitan, y se hace una comida una vez al mes o cuando se pueda por el trabajo y se pasa bien en grupo. Los latinos se reciben bien, no hay hipocresía."

La salut, la malaltia i el sistema de salut de referència

Si entrem pròpiament amb aspectes relacionats amb la salut, el primer que podem assenyalar és que la salut, per la majoria de la població equatoriana, és un element clau, ja que disposar d'una bona salut és indispensable per poder treballar i guanyar-se la vida.

RE: "te puedo decir que los ecuatorianos, y te hablo en colectivo, nos preocupa mucho la salud...porqué claro, si estamos buenos podemos trabajar...y si no estamos buenos no podemos trabajar...entonces nos preocupa mucho la salud y si el doctor dice que hay que seguir un tratamiento...oh hay que ir a revisión...lo hacemos..." (Representant equatorià)

Si parlem de l'estat de salut que tenen la majoria de persones de nacionalitat equatoriana a Barcelona emergeix amb molta força el malestar psicològic que no tenien en

el seu país d'origen. Aquests problemes de salut mental s'atribueixen, sobretot, a l'angoixa de no poder estar a prop dels familiars i dels amics. En aquest sentit, el fet de tenir algun fill o filla a l'Equador i no poder-lo veure créixer genera un patiment insuportable a moltes dones que exerceixen de mares a distància (maternitat transnacional) mentre els fills es fan grans amb els seus avis.

E: ¿Estas más contenta cuando estas allí?

ED3: "Demasiado, uno se olvida de todo allí."

ED4: "Allá cuando tienes mucho tiempo te puedes agobiar pensando en varias cosas, como lo caras que son las cosas. Pero vives mucho mejor... No se tiene nivel de vida pero se tiene calidad. Aquí tenemos nivel de vida, en Ecuador tenemos calidad de vida."

ED5: "Aquí lo que hace falta es la familia."

ED7: "yo tengo 39 años, soy madre soltera, en junio de este año haré 13 años viviendo aquí...mi niño no está conmigo, está con mi madre"

ED8: "es que allá disfrutamos de una casita casi todos no? y en cambio aquí cuando viene se mete cuatro o cinco, en el suelo...y yo lloraba y así no...y mira que para mi la tecnología...ahora es muy avanzada no que es otro aspecto fundamental no...que antes solo había las cabinas no? después los locutorios...ahora es muy avanzado pero una sufre muchísimo, muchísimo..."

Altres aspectes assenyalats que afecten al seu estat psicològic en destinació són aspectes relacionats amb el ritme de vida en que es viu, molt més accelerat que en origen. L'estrès o la depressió pràcticament inexistents a l'Equador són patologies freqüents a Barcelona.

EH3: "Aquí por estrés se enferma una depresión por falta de trabajo, en mi país se enferma menos que aquí porque allí la gente tiene mucho ambiente, poco estrés. Allí se alimenta de mejor comida, yo enfermedades no he tenido, lo que es grave"

ED4: Porque vives aquí pero tu mente esta allá.

ED5: Aquí se agobia más que en Ecuador. En Ecuador si no tienes dinero uno no esta pensando que no voy a comer, allá no.

ED3: El humor te cambia mucho también.

Els principals avantatges que detecten pel fet de viure a Barcelona en l'àmbit de la salut són, d'una banda, que a Catalunya hi ha algunes malalties que ja estan pràctica-

ment eradicades i, en canvi, encara són prevalents a l'Equador (per exemple el xarrampió) i, sobretot, algunes virtuts del sistema sanitari català.

ED3: "Lo comentaba con mi madre, aquí tú no ves un niño con xarrampión ni viruela, en Ecuador todavía hay eso. Pero aquí muy poco. Si hay pero muy poco..."

E: ¿Creéis que teníais mejor salud en Ecuador?

EH5: "Yo creo que aquí mejor, mucho mejor, porque una persona cuando viene le facilitan la tarjeta sanitaria, puede ir ya al médico de cabecera..."

Entendre el funcionament del sistema sanitari equatorià no ha estat gens fàcil, ja que entre els discursos dels diferents informants hem trobat contradiccions i diferències segons la zona de procedència d'aquests. El que hem pogut detectar és que el sistema sanitari públic en moltes zones del país es troba col·lapsat i, a més, disposa de pocs recursos.

ED3: "Caí enferma allí con un cólico que me moría... Yo lloraba con el dolor. Tuve que ir a una doctora particular y pagar 50 dólares para que me atendieran, pero ni siquiera me hicieron nada. Me pusieron tres inyecciones y vaya a casa..."

E: En Ecuador, aunque haya esta mejora, si no tienes dinero...

ED3: "si vas a la seguridad social te mueres..."

ED8: "yo hablo de Quito, la capital...y mi madre estaba enferma y yo conocía a la doctora, mira la doctorcita, la conozco... y así que mi madre es mi madre y le digo mira pasa esto y pasa...y es la verdad, es la verdad...lamentablemente hay personas ahí tiradas en la cama, hay personas de maternidad que daban a luz en los pasillos...porque estaba colapsado...ahora que haya mejorado...seguro que ha mejorado...porque se han preocupado un poco mas...pero allí todo es pagando, la persona que tiene dinero se cura..."

Com ja s'intueix en la darrera cita presentada, hem detectat que els contactes personals i la capacitat econòmica dels usuaris a l'Equador esdevenen imprescindibles per poder accedir als seus serveis sanitaris i rebre una bona atenció mèdica en cas de patir un problema de salut.

ED8: es que hay algunos sinvergüenzas que se lucran de la situación para que lo atiendan antes y yo

te doy esto por debajo y yo te pongo primero que los demas...

ED3: hay que decirlo, desgraciadamente en nuestro país hay mucha gente que esta mentalizada y no se basa en lo humano, sino en lucrarse y es que es así...

ED6: yo creo que depende del sitio también...y los principios con que la gente este formada...aunque nos duela hay que decirlo...me refiero, por ejemplo, yo he nacido en la costa...y a mi me comentaba que en Guayaquil, en no se que hospital...que tenía que, para que el trabajador de salud le atienda tenía que darle dinero para que le atienda y sino era como cualquiera de la calle tirado allí, no, no...es la verdad...

A banda, alguns dels nostres informants indiquen que en les zones més allunyades dels principals nuclis urbans (principalment en les zones rurals) la cobertura del sistema equatorià és molt pobre i aquest fet també genera desigualtats d'accés als serveis sanitaris.

ED8: "en el oriente se mueren porque salen por canoas no? hay dos horas de canoa no hay...la gente con una enfermedad, tranquilamente se muere porque no hay servicio sanitario..."

E: la cobertura...

ED5: "no hay cobertura..."

Accés i ús dels serveis sanitaris a Barcelona

Aquestes particularitats del sistema de salut equatorià fan que les persones entrevistades valorin molt positivament el sistema sanitari d'acollida. L'atenció mèdica gratuïta i que el sistema no faci distincions de cap tipus en el moment de l'accés als serveis així com que hi hagi els recursos mèdics suficients (medicaments i tecnologies necessàries) per atendre a l'usuari que pateix un problema de salut, són aspectes molt ben valorats per la població de nacionalitat equatoriana resident a Barcelona.

ED3: "en este sentido, aquí tenemos un privilegio...el año pasado mi marido y yo nos enfermamos y gracias a dios que era al final de estar en nuestro país y sabes lo que hicimos, y se refiere el tema...incluso, por de...poder comprar medicinas que allá es súper mas cara...venimos aquí y como aquí de momento es gratis, es la sanidad pública en todos los sentidos fuimos a aquí a hacernos tratar...porque allá nos costaba...y como ya estábamos en los últimos días pues ya...honestamente el

dinero se estaba terminando y aquí a mi marido le hicieron todos los análisis completos que necesitaba cuando allá para hacerse uno, uno de sangre básico...nos costó...nos cobraron una cierta cantidad cuando aquí nos lo hubieran hecho gratis..."

ED8: "es que en comparación con nuestro país, me duele decir...ver la pobreza que hay... de los inmigrantes que vamos allá y se encuentran con un tabú y ahora de mi visita que? no es un privilegio que aquí nos vamos y lo tenemos todo prácticamente y allá no...allá miden...en razón de que soy ecuatoriana vale, allí el que tiene dinero pues puede ir a la clínica y estará bien curado, pero el que no tiene, pues tu vas...y en cambio si dicen cuidado que esta señora que viene de España, y es la esposa de este...y esto no puede ser, por favor, tiene que haber igualdad para todos..."

ED4: "no, aquí tenemos el privilegio de hacernos los análisis que necesitamos y allá no...allá hay mucha gente que se puede morir porque no hay medicamentos en los hospitales...si algun medicamento se puede conseguir es con la trabajadora social eso si, si lo consigue y si no, se muere..."

El funcionament del sistema en acollida és aprés per part de la població equatoriana mitjançant la transmissió boca-orella a partir de l'experiència prèvia per part dels ciutadans equatorians que fa més temps que viuen a Barcelona.

E: "Vosotros, cuando llegáis aquí, ¿ya conocéis a alguien que te explica un poco los primeros pasos?"

EH2: "Aquí, entre paisanos, se le va comentando y aconsejando, de uno a otro."

E: Es de las primeras cosas que se hacen..."

EH1: Si

Tot i aquesta transmissió oral hem pogut detectar una manca de coneixement del funcionament dels serveis sanitaris, com, per exemple, dels drets que té una persona amb la TSI, en ocasions la informació institucional sobre el funcionament dels serveis sanitaris no arriba als ciutadans de nacionalitat estrangera, i en el cas que ens ocupa, a alguns ciutadans de nacionalitat equatoriana.

ED7: "lo que pasa es que cuando le dieron la tarjeta aún no le habian explicado como funciona la tarjeta y le agarró el dolor y se fue al médico que hay frente a su casa..."

M: como? No sabia a que tenía derecho con la tarjeta...(Mediadora equatoriana)

ED7: exacto, tampoco sabía hasta que punto tenía derecho..."

M: pero cuando llegas al CAP, la persona que te da información y te dice a que tienes derecho cuando estás aquí...ella te dice a que tienes derecho..." (Mediadora equatoriana)

En general, es percep un fàcil accés als serveis de la societat d'acollida. Hem observat com, en molts casos, la porta d'entrada a Barcelona ha estat el CAP amb la finalitat de poder tramitar la targeta sanitària individual.

E: "Ese sería el problema principal, la demora del tiempo. La primera vez que fuisteis al médico en Barcelona, ¿a que servicio fuisteis?"

EH3: "A sacar la tarjeta sanitaria lo primero."

E: ¿Todos?

EH5: "Sí, es lo que indican."

Els usuaris de nacionalitat equatoriana, s'adecoren habitualment al CAP. Molts asseguren que no accedeixen als serveis d'urgències hospitalàries si realment no pateixen un problema de salut urgent o hi van derivats pel metge de família.

E: "Es decir, cuando estás enfermas vais al Centro de Atención Primaria?"

ED2: "Sí, al CAP"

E2: "Hay gente en Barcelona que directamente se dirigen a urgencias."

ED1: "Nosotros creo que no. Depende del criterio de cada uno, no voy a usarlo si hay gente que lo necesita realmente."

ED5: "yo quiero decir una cosa...urgencias es cuando uno, de verdad, te encuentras mal...es que no hay comparación entre una atención urgente e irte a un medico de cabecera...y yo prefiero...no es que prefiera, es que una emergencia es una emergencia, y punto y ya está y después se hace el seguimiento en el CAP..."

Com ja hem indicat anteriorment el fet de parlar castellà facilita molt la interrelació de les persones de nacionalitat equatoriana amb la societat d'acollida, en contra del que succeeix amb la resta de col·lectius d'aquest informe. Per a ells la llengua esdevé un facilitador d'accés als serveis.

De tota manera, altres obstacles d'accés identificats en molts col·lectius estrangers, també emergeixen entre el col·

lectiu equatorià. Les condicions laborals de molts membres, com el fet de disposar de contractes laborals precaris, o treballar en l'economia submergida, fa que moltes persones no es puguin permetre absentar-se del seu lloc de treball. Aquests fets dificulten l'accés als serveis sanitaris i en concret al metge de família i especialistes.

EH2: "Yo tengo problemas con un ojo y me dieron cita para casi a los nueve meses y justo esos días estuve trabajando y no puede ir, luego hablé y casi me dieron para un año más."

RE: "Si, puede que si, puede que sí, porque por ejemplo hay ambulatorios que cierran a las ocho de la tarde y obvio, hay ambulatorios que si hacen turnos de guardia, cosa que no lo hacen todos los ambulatorios..entonces si el ambulatorio está cerrado entonces tendrás que ir a urgencias..." (Representant equatorià)

Els informants expliquen, d'altra banda, que a fi d'estalviar-se la cua de persones i la la demora de temps que implica ser visitat pel metge de família opten, en moltes ocasions, per automedicar-se. Aquesta automedicació, implica una visita habitual a la farmàcia. En cas que el medicament que prenen no els faci l'efecte desitjat, llavors és quan decideixen anar al metge.

EH3: "No creo, uno si va al de cabecera y ya sabe lo que le dirá casi mejor comprar el medicamento."

EH1: "Si piden cita para una consulta para el médico de cabecera, le dan para tal fecha, el de cabecera le da otra fecha más larga para el especialista, y luego nuevamente al de cabecera, porque el especialista no le manda el medicamento. Ay que volver al médico de cabecera para ver los resultados."

E: Consideráis que es un circuito lento y difícil, no?

EH5: "Si, más complicado."

EH1: "Demasiado largo. Uno con ver eso se decepciona y deja de acudir."

EH4: "A mi me ha pasado y no he ido al médico."

EH1: "No mira el otro día estuve enfermo con la gripe y fiebre, y si voy al medico me da cita si voy a urgencias tengo que esperar una cola, entonces voy a la farmacia "oye tengo esto" y me automedico."

També ens indiquen que per malalties conegudes i habituals fan ús, a vegades, de remeis casolans o medecines tradicionals.

EH3: A veces lo que he hecho es con medicina natural.

E: ¿Utilizáis la medicina natural generalmente?

EH123: Sí

E: ¿Para enfermedades que conocéis o probáis?

EH3: No, uno ya sabe lo que necesita... unas hierbas...

E: Estos remedios, ¿vosotros los conocéis o son más las mujeres?

EH2: Yo por toda mi familia lo conozco todo...

EH1: Yo lo comento con la familia de allá, nos van dando ideas, indicaciones.

EH2: Llamas allá y les dices, les explicas...

E2: Que hacéis con la gripe?

ED2: Te pones el jugo de un limón te lo bebes y te hechas en la cama bien tapado. Y la piel del limón hervida con canela.

Els prejudicis entorn els problemes de salut mental que té la majoria de la població de nacionalitat equatoriana també esdevenen un obstacle pràcticament insalvable d'accés als serveis de psicologia i psiquiatria. Hem pogut detectar que molts residents a Barcelona viuen angoixats i manifesten un gran malestar psicològic, fruit sobretot de les renúncies familiars que han hagut d'assumir al dur a terme el seu projecte migratori i les condicions precàries que viuen en destinació; d'altra banda, observem un escàs ús dels serveis específics de salut mental.

ED8: "allá por ejemplo la psiquiatría, tenemos una mentalidad muy mala, si va al psiquiatra es que está muy mal, mal de la cabeza y no es así porque...es un médico...que es normal, pero en cambio allá...es un tabú... es un tabú porque lo escondemos...lo esconden las familias...si va al psiquiatra cuidado..."

ED7: "si, si es que es así..."

ED4: "lo llamábamos la melancolía o..."

ED8: "pero es aquello, o te medicas...dices mañana ya te pasará..."

ED3: "antes no se tomaba como un tema de enfermedad..."

ED7: "es que de esto no te morías..."

ED3: "por eso digo que no era un tema de enfermedad..."

E: psicólogos en ecuador, se utilizan...

ED8: "si, existe pero no como acá...acá existe un 100% allá un 20%..."

ED7: "la persona tiene que estar ya muy, muy..."

ED3: "loco..."

Pel que fa l'especialitat de ginecologia, veiem que algunes dones de nacionalitat equatoriana no havien efectuat mai cap revisió ginecològica en el seu país d'origen, però, en canvi, sembla que si que les han efectuat en destinació.

E: "Y vosotras, como mujeres, ¿hacéis las revisiones de ginecología?"

ED1: "Sí"

E: "¿En Ecuador lo hacíais?"

ED1: "No, nunca la hice..."

ED2: "Si te apetece la haces, si no, no."

El fet que el metge de l'especialitat de ginecologia sigui un home o una dona, no és viscut com un obstacle, tot i que preferirien que fos una metgessa.

E: Si es un ginecólogo hombre, hay mucha gente que no quiere ser atendida...

ED1: Me da un poco de pudor, que te estén mirando, pero da igual...

E2: Eso depende de cada persona

ED2: Con una mujer una se siente más cómoda.

E: En el caso pakistaní, el hombre no dejará que su mujer la vea un ginecólogo, una cosa es el pudor y la otra es que no te dejen...

ED2: Nosotras no.

Les persones de nacionalitat equatoriana assimilen el concepte de prevenció de la salut a un coneixement puntual del seu estat de salut i, en aquest sentit, és habitual en els discursos dels homes equatorians la idea d'efectuar una revisió mèdica anual per tal de conèixer el seu estat de salut.

ED2: "(accede a los servicios sanitarios) muy poco, él (el marit) se hace de toda la vida un chequeo general al año. Por otras cosas no va."

EH3: "El latino pocas veces le ves a un hospital, el latino va cuando se siente realmente enfermo".

EH2: "Asiste por un dedo cortado, etc."

EH3: "Cada año me hago un chequeo, lo hago porque me cuido, yo me cuido".

EH2: "Como digo hay gente de todo, pero yo no. Enfermarme poco enfermo. El clima también me ha ayudado, mi trabajo es como deporte porque a veces es como si jugaras un partido de volei tienes que comer y descansar y venga porque el día siguiente vuelta..."

Lligat a una actitud d'autodiagnòstic i una voluntat d'auto-mediació, hem trobat, per part d'algunes persones, com-

portaments molt exigents i demandants vers als professionals sanitaris quan la medicació que creuen necessitar per guarir el seu problema de salut requereix recepta mèdica i, per tant, no poden accedir directament a la farmàcia.

ED7: "te voy a explicar un caso que me sucedió... me cambiaron el doctor porque cambié de zona y fui al nuevo...y le dije que ya se lo que tengo...y me dijo: usted es doctora?, le digo no, es que he cambio de doctor porque he cambiado de residencia pero deme ese medicamento porque es lo que me daba el otro doctor...tengo una infección, tengo una fiebre y necesito clamoxil...no...es que en la farmacia ya no te dan el clamoxil a menos que tengas receta médica, antes podías comprar y yo lo pasaba bomba...pero ahora ya necesitas receta médica porque esto es lo que alcanzó el señor zapatero, porque es un antibiótico...es un antibiótico (...) y a parte del clamoxil necesito que me de la pomada, por favor, porque yo ya me conozco..."

Una observació que fan bona part de les persones de nacionalitat equatoriana al professional sanitari és que els metges espanyols (i en concret els metges de família) no fan revisions exhaustives dels seus pacients ("chequeos"). A l'Equador és habitual rebre aquestes exploracions per part del metge que els atén. Cosa que en destinació fa que siguin especilament demandants en rebre aquestes revisions, en especial, quan són visitats pel metge de família.

EH1: "hay una cosa que comentan mucho, que el doctor en España no te revisa, y el doctor extranjero te mira de pies a cabeza y te ve lo que te duele. El español solo te mira. Yo lo he escuchado en críticas de gente..."

EH6: "Allá te miden, toman peso, temperatura, presión... Luego va a la doctora. En cambio aquí te mandan ibuprofeno y a la calle."

En aquest sentit, hem obtingut alguns discursos que diferencien la praxis professional dels professionals de la salut del sistema sanitari de Barcelona segons la nacionalitat d'aquests. Alguns ciutadans equatorians afirmen que els professionals de la salut que treballen en el sistema sanitari català de nacionalitat estrangera fan les revisions exhaustives mentre que les professionals de la salut autòctons no ho fan.

EH2: "Es diferente en todos los países... la revisión de pies a cabeza, es diferente... En la Vall de He-

brón ahora hay muchos extranjeros que hacen los chequeos como te digo yo ahora."

E: ¿De arriba a bajo?

EH2: "Sí de arriba a bajo, como ellos saben..."

Els pacients de nacionalitat equatoriana, en moltes ocasions, dubten de la capacitat del metge de família. Una de les possibles raons d'aquesta manca de confiança és la imatge que tenen del professional de la salut a l'Ecuador. És una persona que diagnostica en la primera visita (és alhora metge de família i especialista).

ED4: "No, si quiero hacerme una revisión del ojos o del oído, a veces vas al de cabecera y se le explica y a veces no quiere mandar a... Lo buenos sería coger lo que cada uno necesita."

E: A parte de esto, ¿alguna otra cosa?

ED1: Cuando vine al ambulatorio me chocó que los médicos no vayan vestidos todos de blanco... en Ecuador ves un doctor con su camisa blanca, pantalón, cinturón zapatos chaqueta etc.

ED1: En mi país un medico es como dios, el protector...

E: "Cosas que deberían mejorar. Las prioritarias..."

EH1: "Que te manden directamente al especialista, sin pasar por el de cabecera."

El temps d'espera és un altre dels aspectes pitjor valorats. Tan l'espera al servei d'urgències hospitalàries, com la demora per accedir al metge especialista, o per obtenir la citació per ser intervingut, són aspectes molt mal valorats per aquest col·lectiu.

EH7: "Hay mucha demora en urgencias. Yo he entrado por la tarde y salimos por las 2 de la mañana. Depende de la urgencia, enfermedad. Yo se que cuando va un accidente hay que esperar... En cosas pequeñas se demoran mucho, hay uno o dos horas para urgencias."

EH8: "Lo que no me gusta es que te den tarde la cita, tarda mucho la cita. A veces he pedido cita y me han dado por un mes y entonces le digo a la chica y si mañana me muero?"

Bona part dels ciutadans equatorians s'han sentit, en alguna ocasió, discriminats en l'atenció mèdica pel fet de ser immigrants. Alguns denuncien actituds dels professionals de la salut basades en prejudicis i diferències de tracte en l'atenció respecte dels usuaris autòctons (per exemple, en el temps que dura la consulta).

ED8: "yo me encontré una, y me cambié de médico no? mira, me dio una receta y tal, y digo, doctora, me ha dado una receta mal...y si no me daba cuenta yo...entonces la doctora me agarró...me cogió así...y yo le dije...perdone doctora pero que es lo que hizo...y me contestó...gracias a Dios que te hago...que te hacemos aquí porque en tu puta país...perdóname, pero así...yo le di una gran queja y le dije que no sabe con quien se topó y vino llorándome porque los catalanes me apoyaron mucho, los catalanes mismos...porque hablo fuerte...entonces...al final hablamos y le dije...mire usted me dio esto y usted me podía matar...yo sólo vengo para que me cure...y sabe que, que cambio de médico y punto y ya está...pero no me diga que en tu puto país..."

EH3: "Creo que hay un poco de discriminación. Nos dan hora para atendernos, si somos el nº 4, si hay 3 españoles delante... en ellos se demoran unos 15 minutos y cuando vamos nosotros con 5 minutos ya está."

Una de les principals suggerències de millora que proposen està relacionada amb la reducció del temps d'espera a l'hora d'accedir als serveis sanitaris, sobretot, un cop han estat derivats al metge especialista.

RE: "lo tiene la sanidad aquí que pone vía urgente, vía normal o vía general, por la vía general te atienden en un año, por la vía normal seis meses y por la vía urgente en un mes...aquí existe...entonces...eh...ya podríamos suprimir por lo menos la vía general...que te hacen esperar un año...para que te pongan la vía normal no?" (Representant equatorià)

Finament, la valoració que fan la majoria de persones de nacionalitat equatoriana entrevistades envers el sistema sanitari català és positiva. Destaca el fet que tothom sigui igual davant de la consulta, la qualitat dels serveis i la gratuïtat d'aquests.

E: antes de empezar me comentabas que una de las cosas que te parecía muy bien del sistema era que todo el mundo tenía que esperar lo mismo...

RE: "si, eso si, en el momento de la atención cuando vamos al médico, o sea tenemos que esperar esté delante un chino o un catalán o quien esté, tienes tu hora de llegada y no hay preferencias y el médico se acoge a su horario de visitas, o sea, el médico de cabecera para mí, excelente" (Representant equatorià)

ED3: "en este sentido, aquí tenemos un privilegio... el año pasado mi marido y yo nos enfermamos y gracias a dios que era al final de estar en nuestro país y sabes lo que hicimos, y se refiere el tema... incluso, por de... poder comprar medicinas que allá es súper mas cara... venimos aquí y como aquí de momento es gratis, es la sanidad pública en todos los sentidos (...)"

EH3: "Si el día de mañana me llevo a ir de aquí voy a extrañar la seguridad y la salud de España, lo único."

5.5. El col·lectiu de nacionalitat espanyola

El fet d'incloure en aquest estudi una aproximació qualitativa sobre la relació que s'estableix entre el col·lectiu majoritari, el de nacionalitat espanyola, vers els serveis sanitaris a Barcelona, respon a la voluntat de que aquesta aproximació ens serveixi com a grup control i ens permeti observar i identificar similituds i diferències respecte dels col·lectius de nacionalitat estrangera.

Així, hem seleccionat persones autòctones residents en un barri de Barcelona (Poble Sec) que tenen permanent contacte amb població de diferents col·lectius de nacionalitat estrangera (principalment pakistanesos i marroquins). El fet que aquest barri tingui un alt percentatge de població de nacionalitat estrangera fa que, en hipòtesi, les persones de nacionalitat espanyola entrevistades ocupin un espai similar en l'estructura social de la que ocupen els membres dels col·lectius de nacionalitat estrangera estudiats de la ciutat i facin ús dels mateixos equipaments públics del barri, i per tant, utilitzin els mateixos serveis sanitaris.

Condicions de vida i relació amb la població estrangera

Les principals preocupacions que assegurin tenir bona part de les persones de nacionalitat espanyola entrevistades residents al Barri del Poble Sec són, sobretot, preocupacions de caire econòmic i de manca de treball, degut, principalment, a la situació de crisi econòmica en la qual la societat occidental està immersa actualment.

AH2: yo creo que la mayoría de gente tiene ahora preocupaciones, ara económicas, bueno problemas de trabajos y eso, yo creo que ésta es la primera preocupación. (...) La inseguridad, pues si por la

noche a veces sobre todo por esos barrios de aquí a veces es bastante complicada.

AH1 i AH3: estoy de acuerdo con esto.

AD2: yo también...els preus...

AD3: "si, si los precios que hay para nada estan acordes con los salarios...o la vivienda que no es nada accesible..."

AD2: los precios son desorbitadísimos...aquí en Barcelona ser mileurista ahora es una suerte...pero ser mileurista en Barcelona no es ninguna suerte... es vivir casi en la indigencia...sin exagerar..."

Una altra preocupació assenyalada per moltes de les persones entrevistades de nacionalitat espanyola està relacionada amb la inseguretat ciutadana i la desprotecció, sobretot en el barri on viuen. En molts casos, s'atribueix aquesta inseguretat al fet de conviure, en el mateix barri, amb persones de moltes nacionalitats diferents. En aquest sentit, la immigració és assenyalada com un problema per part de la majoria dels informants entrevistats.

AD1: yo mas que esto...me siento bastante insegura...en Barcelona eh...vas en el metro...y tienes que ir con cuidado...o sea...el otro día a mi cuñado le rodearon cinco árabes para robarle la maleta porque venía de viaje...o sea...sabes...sensación de inseguridad...

H2: I de vegades la inseguretat que hi ha al barri sobre tot aquí a drassanes que hi ha el centre aquest de drogoaddicció i per la tarda sobretot quan han donat la metadona i s'escapen. Jo tinc el pàrquing a les tres xemeneies i en aquesta part ja no pots baixar...

H4: Però també des de que va passar lo del tema de que venia gent de fora i la gent generalitza però hi ha petits grups de col·lectius de marroquins, de paquistanesos, de sud-americans en general... No és tothom però hi ha alguns que al carrer Fontrodona pel fet que hi ha aquesta discoteca Plataforma, L'Apol·lo, tot això és tota la nit que van passant per Fontrodona i la "lien" (...) sobretot perquè hi ha un locutori, que no està permès això tenen que tancar de deu a dotze, i aquest tanca a les 2 de la matinada i té tot el vecindari que no ens deixa dormir

E: delincuencia...

AD3: si i hi ha gent que no s'adapta...una mica... també nosaltres particularmente no?

AD4: yo me adapto porque estoy acostumbrada a vivir aquí...

AD3: *yo me adapto también pero me refiero que hay calles que...*

AD4: *a bueno si...*

AD3: *la calle Blai mismo...*

AD4: *porque está llena de gente extranjera y clara...y...es diferente...son costumbres diferentes...*

La relació entre la població de nacionalitat espanyola i la resta de col·lectius de nacionalitat estrangera que viuen en el barri doncs, no és gens satisfactòria des del punt de vista dels autòctons entrevistats. La relació entre les persones de nacionalitat espanyola i les persones nouvingudes és, en molts casos, inexistent.

AD1: *yo encuentro que las diferencias de ellos a nosotros es que ellos...como explicar...estan adaptados a ayudarse entre ellos y a nosotros nos tienen hacia un lado...estan viviendo aquí pero...*

AD2: *ellos tienen sus costumbres pero no respetan las nuestras...o sea que prácticamente...*

E: *como si fueran dos mundos en uno...no hay relación...*

AD1: *si...yo tengo pakistaníes en mi bloque...han venido a vivir hace poco...y que va...algunos ni te saludan...*

D2: *bueno, yo tengo chinos en mi bloque...y tampoco...pasan así...*

AH2: *La gent que ens coneixem i som del barri està molt bé però n'hi el problema és que la gent que ha vingut de fora no s'ha volgut integrar... No se volen integrar ni desintegrar (...). Ni les interessa...*

AD: *"y veo que el barrio se ha degenerado bastante...a mi hija al cole la llevo fuera del barrio porque los coles públicos que me tocaban...yo quería llevar a mi hija a un colegio laico y me he visto obligada a llevarla a un colegio fuera del barrio porque los que me tocaban...pues el nivel...ya no por el racismo ni nada...quiero decir...a veces críticas a los extranjeros y ya te llaman racista y no...pero se han formado guetos en los colegios y claro...en un colegio que por ejemplo que me decían que no servían cerdo en el comedor porque la mayoría de los alumnos son árabes...pues...no voy a llevar a mi hija a una escuela donde ella parezca la extranjera no?"*

Els prejudicis de la població autòctona envers aquests col·lectius, en el sentit que fan un sobre ús dels equipaments públics o que realitzen accions fora de la legalitat genera, en alguns casos, un rebuig que posa de manifest un con-

flicte latent, existent entre les persones autòctones i alguns col·lectius de nacionalitat estrangera.

EH1: *Allà al carrer Lleida la maestra em va dir que aquesta gent té preferència per entrar al cole abans que la teva filla que es d'aquí del barri...*

EH2: *Però també el problema és una altra qüestió: són els barems que ens han posat. Realment si tu mires lo que aquest senyor té i lo que tens tu encara que tu tinguis una merda ell sempre té menys i por lo tant sempre va primer i això és una cosa que no tindria que ser així perquè a fi de comptes això ho hem pagat nosaltres, es una putada dir això a la gent però es que ho hem pagat nosaltres...*

EH4: *A mi el col·lectiu que em preocupa més de tots o el més perillós de tot, o el perillós, és el romanès, que es posa al carrer Vila i Vilà amb Nou de la Rambla i (...) són perillosos. Passes a prop i un mínimo roce i...*

E: *Et busquen...? Et busquen una mica les pessigolles?*

EH4: *Sí, sí, la resta si no s'adapten tal i qual... la resta de sud-americans ens estem acostumant... però els romanesos es com si vinguessin aquí a passar tot el dia a fer negoci amb el robatori de cartes i tal i a liar-la i després a la nit ja se'n van i llavors es queden la resta que es queden aquí però...*

EH1. *La immigració en si, si està... ben "encorsada". Jo crec que no tindria que ser un problema. El problema és que entre cometes per sobreviure ha vingut lo millor de cada casa... Ens col·lapsen la justícia, en col·lapsen el sistema sanitari. Moltes vegades només venen per solucionar aquest problema i després se'n tornen, altres vegades miren d'agafar-se ajuts socials i llavors clar, la gent s'enfada amb raó perquè aquesta gent no aporta res i només sostreu.*

La salut, la malaltia i l'accés als serveis sanitaris

Moltes de les persones entrevistades de nacionalitat espanyola i especialment les dones, un dels aspectes clau que s'assenyala per disposar d'una bona salut és cuidar bé l'alimentació diària i la realització d'exercici físic de manera habitual.

AD3: *yo voy al gimnasio...y lógicamente la alimentación...miro que no tenga grasas, siempre pienso en cuidarte, en mi caso si...todo en principio...todo lo que hago, lo que me alimento, procuro que me*

beneficie...que sea saludable...es que si me pongo a pensar quizás es obsesivo...

AD7: a nivel físico, una buena alimentación, hacer deporte y que te de el sol cada día...es muy importante

EH1: jo caminar... jo almenys camino, havia de fer natació però.. això m'agrada (caminar) i pujo i baixo escales...

EH2: fer una mica d'activitat física..

EH4: Sí, jo estic parlant de les persones que ja són grans que ... tu estaràs treballant i això és una altra cosa, però les persones que realment ha deixat de tindre una activitat, si no es fa algo...

AD7: si, toda la alimentación, el hacer deporte, soy бага...estaria mas cómoda delante de la tele pero me esfuerzo porque es saludable.

Algunes de les persones entrevistades, quan se'ls ha plantejat quines són les pràctiques que afavoreixen disposar d'una bona salut assenyalen aspectes relacionats amb el benestar psicològic. Per exemple, poder sortir de la rutina setmanal i exercitar la ment són dos aspectes assenyalats per millorar la salut mental.

AD6: "si, exacto...y en casa también hago cosas... hago crucigramas, leo mucho...que ayuda mucho a tener una buena salud mental..."

AD2: "si, pues con cosas...salir los fines de semana...con hacer actividades que te hagan salir de la rutina...pues con todo esto...con ser feliz...un poquito... porque...el estrés diario...eh...en mi caso...el trabajo...la hija, la casa...y tengo la ayuda del 50% de ayuda de mi marido...pero el estrés diario...es que no disfrutamos de las cosas porque vamos muy rápido cada día...si...levántate, trabajar...que no llego, corre...tal...ese estrés que llevamos yo creo que hace que mentalmente estemos ahí ralentizados y nos afecte bastante..."

Els estils de vida i concretament el fet de fumar i consumir alcohol, en canvi, són dos aspectes assenyalats com a perjudicials per a la salut. El fet, o no, de consumir tabac i alcohol fa emergir, a més, en els discursos dels nostres informants el valor de la prevenció en l'àmbit de la salut. La crítica que fan alguns interlocutors a les persones, per exemple, que són fumadors habituals, és que, en moltes ocasions, aquest estil de vida perjudicial no es canvia fins que efectivament es manifesta una malaltia ocasionada com a conseqüència d'aquest hàbit perjudicial.

AD8: hombre claro... a ver...según como te cuides tu también...porque si fumas...si bebes...todas estas cosas también influyen mucho claro...luego si trabajas también mucho, en exceso...influye también...

AH3: S'acaba el problema per la solució però estaria bé la solució perquè no vingués el problema

E: Prevenir

AH1: Prevenir si... (...)

AH3: Es com els que fumem fins que li passi algo i la gent fins que noti que te un problema que li passa algo i després deixa de fumar...

AH1: També portes raó...

Pel que fa a l'accés als serveis sanitaris, moltes de les persones de nacionalitat espanyola entrevistades han afirmat que miren d'evitar, sempre que sigui possible, l'accés als centres de salut.

AH4: "(...) no es pot vindre per qualsevol cosa sinó coses molt puntuals no? perquè i per exemple pateixo un problema de pell, una dermatitis i tal, sí que vindré i em derivaran a un altre metge especialitzat o el mateix metge de capçalera i llavors si no és molt greu no tinc costum de vindre. Ha de ser algo que em molestés molt o m'interessí"

E: "cuando estais enfermos...una enfermedad típica como una gripe, un constipado...normalmente vais al médico o..."

AD1: "normalmente yo no voy al médico"

AD2: "yo tampoco"

E: "no vais al médico..."

AD1: "me gusta muy poco ir al médico..."

E: para enfermedades así...

AD1: "normales no voy al médico..."

Una raó que explica aquesta voluntat d'evitar l'accés als serveis sanitaris llevat que realment el problema de salut necessiti l'atenció d'un professional sanitari, és la idea de que l'absència de visita mèdica (poder aguantar sense accedir als serveis sanitaris) s'atribueix a menor gravetat de la malaltia, i per tant, a millor estat de salut. Potser també, a la fortalesa de la persona en el sentit que accedir als serveis sanitaris és un signe de debilitat de la persona.

AH2: "Yo por lo menos tengo la tendencia que cuanto menos vengo al médico, mejor. Yo sigo esa norma."

AH1: "No porque tengamos un mal criterio del médico, si no porque demuestra que estamos bien, no?"

Un altre motiu que explica aquest intent d'eludir l'accés als serveis sanitaris sempre i quan no sigui estrictament necessari, és evitar el temps que cal esperar abans de ser atès, tan si es concerta una visita amb el metge de família, com si s'accedeix als diferents serveis d'urgències:

AH5: *"Es que si ho mires bé és una tonteria anar allà (al servei d'urgències hospitalàries) per una xorrada i que tens que esperar 4 o 5 hores"*

AH3: *"Si tens un constipat o grip i triguem una setmana al final t'hauràs de prendre el xarop o el Gelocatil i quan vinguis al metge se t'haurà passat la febre i tot... Jo vaig anar a Manso i em van agafar i punt, és la forma... Però si triguem una setmana per una grip i això... si triguem una setmana... ja se t'ha passat el constipat o t'has mort..."*

Algunes persones de nacionalitat espanyola, com aquesta informant, expliquen que utilitzen algun símptoma com a indicador de la necessitat, o no, d'accedir als serveis sanitaris. La presencia de febre, per exemple, és concebut per algunes persones com un símptoma que indica la gravetat del problema i per tant, la necessitat d'accedir als serveis sanitaris:

AD2: *"a mi marca la fiebre, por ejemplo no?, yo soy una persona que puedo estar muy costipada y no tener fiebre y en el momento que veo que tengo fiebre digo uy! Me voy para allá(àl CAP)..."*

Els motius que acabem d'exposar amb els quals s'argumenta perquè s'intenta evitar l'accés als serveis sanitaris, confirmen alhora, que és força habitual l'automedicació per a fer front a malalties conegudes, lleus, o habituals.

AH2: *"Jo utilitzo molts medicaments"*

E: *Us automediqueu molt?*

AH4: *"Home si és un gelocatil...o una aspirina i tot això sí..."*

E: *"Però tens la grip... vens aquí i demanes cita o com que saps que es un grip..."*

AH4: *"Si és una grip lleu em prenc un gelocatil i intentes aguantar i a veure si se't passa"*

AH2: *"A fin de cuentas si vens et diuen el mateix..."*

E: *y que utilizas?*

AD3: *"pues todo, si tengo una infección antibiótico el que me recete el médico de cabecera, si tengo un dolor rápidamente tiro de algo para no sufrir...gelocatil o espdifren o...todo esto si...medicamentos..."*

E: *medicamentos que sabes como funcionan y...*

AD3: *si, si...*

AH6: *"Con la faringitis estoy tan acostumbrado que no me hace falta ni ir al médico para eso... Yo tengo alergia al polen y a las plantas también, pelo de animales... Entonces prefiero ir a la farmacia y tomarme el medicamento que me dan siempre, un antihistamínico, y ya lo arreglo para que me empiecen a hacer pruebas me voy a tirar 3 o 4 meses y se me ha pasado lo del polen"*

El fet que en l'actualitat s'hagi endurit la dispensació de medicines sense recepta i aquesta sigui necessària per poder adquirir, per exemple, qualsevol antibiòtic a la farmàcia, ha fet augmentar l'accés al CAP d'alguns ciutadans de nacionalitat espanyola, mentre que abans quan l'ús de la recepta mèdica no era tan rígid, moltes persones adquirien la medicació i se l'administraven sense cap pauta mèdica.

En el mateix sentit, una pràctica comuna observada és accedir al CAP per obtenir la recepta mèdica i abaratir, d'aquesta manera, l'import d'un medicament que sense prescripció mèdica resulta molt més car.

AH2: *"bueno, últimament ja contacto directamente perquè no me'l donen i he de passar primer per aquí...he d'agafar recepta...però abans el tràmit era directe ... ara vaig al metge i em diu...ui! estàs molt carregada necessites antibiòtic...i dic, sí..."*

AH1: *"Siempre que no sea caro el medicamento si es caro o es un ansiolítico, no tienes mas remedio de pedir receta... Pero si no, vas a la farmacia y ya está. O el remedio de la abuela."*

Pel que fa a l'accés i l'ús dels serveis d'urgències detectem dues actituds diferenciades per part de la població de nacionalitat espanyola. D'una banda hem copsat discursos de persones que afirmen evitar l'accés a als serveis d'urgències i només hi accedeixen quan consideren que realment és necessari fer ús d'aquest servei. El servei sanitari habitualment usat és el metge de família del CAP:

EH4: *"Però nosaltres, els d'aquí, no acostumem a anar a urgències per qualsevol coseta."*

EH2: *"Es que si ho mires bé és una tonteria anar allà per una xorrada i que tens que esperar 4 o 5 hores"*

EH4: *"jo almenys em poso en la situació del metge que deu estar saturat amb molta gent d'urgències"*

i si no és molt greu m'espero a demà i me'n vaig al metge de capçalera. Però hi ha gent que ho fa"

AD5: "sí, sí, a urgències si es pot s'evita..."

E: només aniries a urgències només per algo urgent de veritat?

AD5: "molt urgent...jo només he anat una vegada a urgències i amb ambulància. Per l'accident de moto...ah, i el dia que em vaig quedar amb un spa-guetti aquí dintre..."

AD2: "de unos años para aquí he venido mas...pero supongo que también con la edad vas necesitando mas atención...y con la cría...pero no soy la típica madre que uy! Un estornudo y ya voy a urgencias... analizo...primero me vengo al Cap normalmente...a no ser que me pille en plena noche y esté a cuarenta, que también me ha pasado...y bueno...si veo que no es algo muy urgente me vengo al CAP para que me digan exactamente...oye vete a urgencias o aquí mismo te atendemos..."

Alguns informants de nacionalitat espanyola asseguren que fan un ús habitual dels serveis d'urgències quan tenen qualsevol problema de salut.

Els arguments que expliquen aquest comportament són diversos. La primera raó assenyalada és que mitjançant l'accés als serveis d'urgències s'asseguren el mateix dia una visita mèdica, un diagnòstic i una recepta per anar a la farmàcia i començar un tractament. L'accés als serveis d'urgències doncs, es considera com una drecera per a ser visitat per un professional de la salut el mateix dia.

AD1: "en urgencias te miran....tardarás un rato pero tu sales de allí con lo que tienes y te dan un medicamento que puedes comprar ya tu... y te medicas..."

AD2: y si necesitas radiografías la te las hacen allí..."

AH2: "(...) Pero creo que si que nos aprovechamos, yo últimamente me pasó algo parecido y me di cuenta que urgencias era una vía rápida en vez de esperar, y más de una vez lo he hecho."

AH5: "el problema ya es más grave, pues coges una dinámica que para una resonancia ya son dos meses, o sea, o se te cura o se te fastidia solo. O sea antes de que te den un diagnostico tengo que esperar cuatro meses entre radiografía, resonancia... Ahora, por ejemplo, me han

dado visita para el lunes pero la otra vez me dieron para un mes, según como va, o se te fastidia o se te cura por si solo. Es demasiado... Entonces, si realmente es grave, con el CAP no cuento porque no me sale a cuenta, es tontería no?"

Persones que han tingut alguna mala experiència amb el diagnòstic donat per un metge de família o d'un metge especialista i han hagut d'accedir als serveis d'urgències com a conseqüència d'un error mèdic, o per l'agreujament d'una malaltia ja diagnosticada, asseguren canviar el seu patró de comportament i usar també els serveis d'urgències com a servei sanitari d'accés habitual en detriment del metge de família.

AH3: "yo cuando estoy enfermo..., te pondré un ejemplo, tenía un problema en el ojo y el médico de cabecera me envía al especialista de Manso. El especialista dice "esto nada, un colirio". Al llegar la noche estaba viendo lucecitas por el ojo, todo asustado porque no veía casi nada. Cogí un taxi para urgencias. Tal como entré, me sube y me intervienen, me sacaron una piedrezita y asunto solucionado. Y me dijo "esto no es de hoy, esto lleva tiempo incrustado y se metía más adentro". Que pasa, cuando tengo un tema serio directamente a urgencias"

Els usuaris que per un motiu o altre accedeixen habitualment als serveis d'urgències, és probable que facin ús del CAP i els seus professionals, per a tràmits burocràtics (altes i baixes laborals) o per obtenir receptes mèdiques, com ja apuntàvem anteriorment, però no fan servir el metge de família com a servei sanitari habitual per tractar-se un problema de salut.

AH6: "Yo el CAP lo tengo para las recetas, o para alguna tontería... Si no es una tontería paso del CAP"

E: El circuito sería: estoy enfermo, voy a urgencias...

AH6: "Si la urgencia es grave me atienden al momento y si no, se que me espero 4 o 5 horas y me lo miraran."

Pel que fa a la salut mental, dels discursos dels ciutadans de nacionalitat espanyola es desprèn que la figura del psicòleg i del psiquiatra és considerada, cada vegada més, com un perfil professional normalitzat dintre de les diverses especialitats de la medicina. Aquests professionals són utilitzats pels usuaris de nacionalitat espanyola amb naturalitat quan han tingut un problema de salut que ha necessitat atenció psicològica o psiquiàtrica:

AD1: *(el psicòleg) per mi és un metge normal...*
 E: *si teniu un problema de salut mental accediu a un psicòleg sense problema?*
 AD3: *de la misma forma que vamos a un traumatólogo...no?*
 D1: *si, si...*

AH5: *"mirando el lado positivo yo estoy encantado con este CAP de las Hortas, porque un problema con el trabajo, de estrés i mobbing, pretendían... me querían echar pero también me estaban haciendo presión para que me fuera... Vine al médico, le expliqué el caso i me dijo que estaba en una época de estrés postdepresión... tal y cual y fui a ver al psiquiatra y el psiquiatra a través del los médicos del CAP me derivaron a una fundación..., no una fundación, un centro que hay en el Sortidor... allí se preocuparon también por que tengo un hermano dependiente, que depende de mi, de hacerme unas reuniones con mas gente que tiene gente dependiente a su cargo y luego también me asignaron un psicólogo de una fundación que se llama Psicólogos sin fronteras..."*

En referència a l'atenció ginecològica trobem que el gènere del professional de ginecologia no suposa cap obstacle en l'accés a aquest servei sanitari, encara que algunes dones asseguruen que en cas que poguessin escollir, preferirien que el professional d'aquesta especialitat fos una dona. El fet que el ginecòleg sigui un home no esdevé, en cap cas, un obstacle en l'accés a aquest servei.

E: *si, vosotras teneis algun tipo de problema si el médico es hombre?*
 AD2: *yo prefiero una mujer...por comodidad, no por nada...porque pienso que es mas comodo para mi..*
 AD4: *yo también...*
 AD7: *a mi me da igual...*
 E: *i si es un home... us impediria acceder?*
 Totes: *no, no...*
 E: *hi aniríeu, potser...no tan a gust...però accediríeu igualment no?*
 Totes, *si si*

E: *y si el ginecóleg es un home us molesta?*
 AD6: *a mi me da igual*
 AD8: *a mi m'és igual...*
 E: *no teniu cap problema...*
 AD8: *no...*

AD2: *si porque tu vas al médico incluso cuando estas enfermo a la clínica...y tienes que estar atendido por la noche y te toca un hombre...pues si viene el hombre es igual...ya te acostumbras y ya no...*
 E: *pero tu cuando vas para allá no piensas ojala sea una mujer...*
 AD2: *no, no...*

Una queixa que les dones de nacionalitat espanyola exposen pel que fa al funcionament del servei de ginecologia i obstetrícia és sobre la freqüència de les visites d'aquesta especialitat. Les campanyes publicitàries alertant de la necessitat d'efectuar revisions ginecològiques periòdiques, sobretot, a partir d'una edat concreta no lliuen amb la periodicitat proposada pel sistema.

Segons les nostres informants, el sistema efectua menys revisions de les necessàries per reduir costos.

AD2: *es que ho fan cada tres anys per un problema de pressupost, pero lo normal seria cada any...porque para una persona sana, a partir de cierta edad está recomendado cada año y aquí lo hacen cada tres por un problema económico, me entiendes...*

AD7: *es que tantos anuncios de televisión y tanta propaganda y despues las pacientes que tenemos problemas de verdad tenemos que estar detrás...y esto da mucha rabia...que salga en la tele...hágase si tiene mas de 40 años la mamografía, yo tengo 45 años...*

AD2: *en el tema ginecológico si tuviera que dar del uno al diez daria un siete...a mejorar en el aspecto por ejemplo como las campañas de televisión...a partir de tal edad hay que hacerse la revisión anual o cada dos años y luego vienes aquí o...al Sistema y te dicen...a pero si tu ya te hiciste una revisión hace un año...no hace falta...eso cada dos años...eres muy joven...sabes? Que le quitan la importancia que por otro lado le estan dando en los medios no? y la atención ginecológica mm...nunca me ha acabado de...yo la verdad es que he ido combinando un poco la visita privada ginecológicamente...es lo único que he hecho en plan privado...la parte privada con la parte pública...*

La conscienciació de la necessitat de realitzar periòdicament aquestes revisions ginecològiques promoguda pels professionals sanitaris juntament amb les dificultats per poder-se visitar habitualment en el sistema, fa que algunes dones, com ja indica la darrera cita, optin per accedir

a la xarxa de salut privada per ser ateses d'aquesta especialitat.

AD5: "pues mira, yo hablando de esto...yo pago una privada...total que jo tenia un metge que no creia amb mi i no vaig tornar més...de hecho en clínica me han dicho que tengo derecho a pedir que no me manden mas al Sagrat Cor, que tengo derecho a escoger y que se lo tengo que decir al metge de capçalera y decirle manadame a..."

D3: "yo lo que hecho es cambiar, aquí en el Cap he canviado de ginecologo, me han puesto otra ginecóloga, y he cambiado porque es que no, es que no...no podía ser, es que yo no puedo estar cada tres años haciéndome una citología porque tengo unos problemas..."

AD7: "pues que...que...que para mi no va muy bien...yo tengo un problema, he tenido, bueno un problema, y no me hacen las citologías cada año...quieren hacermelas cada tres años...las mamografías también he tenido unos tumores...me derivan a Manso...tengo de insistir, no estan pendientes ellos de hacermelas...yo he tenido un problema de base, una enfermedad, y no estan pendientes, no estan pendientes de mi seguimiento...bastante desgracia tengo de tener una enfermedad que tengo que estar yo pendiente de...del seguimiento y aún así insistiendo, no me quieren hacer las citologías, dicen que cada tres años...a ver, yo he tenido un problema de células atípicas, antes me encontraba en el hospital y ahora con esta nueva orden tiene que ser en el Cap la ginecología y aquí, las veces que he venido, pues no estoy nada, nada contenta con el tema de la ginecología de aquí...pero nada...o sea...pago una privada y voy a la Quiron, solamente por el tema ginecológico...la verdad es que he tenido unos problemas y no..., esto se lo he comentado al medico de cabecera y el no puede hacer nada...pero, o sea...por todo lo demas perfecto..."

Quan es planteja a les persones de nacionalitat espanyola si existeix algun obstacle que pugui dificultar l'accés als serveis sanitaris, la primera resposta és majoritàriament negativa. El fet de poder fer algunes gestions per telèfon o de forma telemàtica, sense la necessitat de desplaçar-te al CAP, accentua aquesta sensació d'absència de dificultats d'accés als serveis sanitaris:

E: *considerarias que existe algun tipo de dificultad que os impida ir y usar los servicios sanitarios?*

AD2: "hoy en día...no no...realmente no...además ahora con la facilidad que hay para hacerlo por Internet o por telefono o tienes un bus de barrio que te lleva hasta la puerta..."

Tot i aquesta primera i estesa sensació d'absència de dificultats d'accés als serveis sanitaris trobem més d'una veu que assegura que el fet que, per exemple, els metges especialistes visitin majoritàriament en horari de matí pot dificultar l'accés dels usuaris a les especialitats, ja que obliga a aquests pacients a absentar-se unes hores de la feina.

EH5: *Hombre... Los especialistas siempre son por la mañana...*

EH1: *Los especialistas siempre tienes permiso de la empresa para que vayas...*

EH5: *Yo cada mes tengo que llevar un control a la empresa...y tal y como esta la situaciones la laboral... interesaría que fuera mas amplio, por lo menos una tarde*

EH3: *Aquí siempre n'hi ha, hores al matí i a la tarda, a mi m'és igual perquè no treballo però la meva dona que si moltes vegades quan demana metge i li donen l'hora que vol...*

La previsió que els servei d'urgències estiguin col·lapsats, també pot influir en la decisió de no accedir a aquests serveis.

AH5: "...Pero que las hagan antes, ellos si eres pobre que vas a hacer pues venir aquí a que te vean el medico, y es cierto que la colapsan, se vienen por cualquier chorrada, no se te ocurra ir a urgencias porque te puedes tirar 4 horas y allí están por cualquier pija-da... Pero no es su culpa, si son pobres e incultos"

De tota manera, hem copsat que el fet que una persona s'hagi d'esperar unes hores als serveis d'urgències, hagi d'esperar un cert temps després de concertar una visita amb el metge de família o amb el metge especialista, esdevé un obstacle d'accés que comporta, en molts casos, com hem vist, la automedicació si el problema de salut presenta símptomes coneguts.

AH1: *"A veces para pedir el doctor de familia y hago todas las peticiones por Internet, a veces sale ya dos semanas. Dentro de dos semanas ya no se si me dolrá..."*

AH2: *"Entonces prefiero ir a la farmacia y tomarme el medicamento que me dan siempre, un antihista-*

mínico, y ya lo arreglo... para que me empiecen a hacer pruebas me voy a tirar 3 o 4 meses y se me ha pasado lo del polen"

Pel que fa a la continuïtat assistencial i a la continuïtat de tractament trobem, entre la població de nacionalitat espanyola, dues posicions diferenciades. Un grup assegura seguir totes les indicacions del professional sanitari i un altre grup de persones que, quan la malaltia és un problema de salut habitual o conegut, interpreta subjectivament la prescripció mèdica:

AD2: yo si, a mi me dan un medicamento y termino hasta el final...y después si tengo que repetir un poco repito...pero es que no se me olvida el medicamento, así como personas que les han recetado un medicamento, se toman el mismo día cada ocho horas, y al segundo día ya no se acuerdan...a lo mejor se toman una vez al día...yo no, yo no me lo tomo...

AD1: yo si que me acuerdo pero no lo tomo...

E: y perquè...

AD1: no...no...

E: no en vols prendre...

AD1: primero que no se me tragar las pastillas y después que no...que no...

AD2: pues yo por desgracia tengo que tomar al día seis pastillas...

AD1: yo de momento gracias a dios...toco madera...

AD2: y las tengo que tomar...porque sino...

AD1: es que hombre yo creo que si me encontrase...digamos...así...me las tendría que tomar, eso por descontado...por ejemplo cuando me operaron de la nariz me dieron medicación y por narices me la tenía que tomar ya era una obligación...pero para una gripe o así...no...

E: Cuando un doctor os dice "tenéis que tomar esto tantos días", "venir a hacer una revisión al cabo de 15 días"... ¿Todo esto lo seguís normalmente o cuando os parece que estáis bien ya pasáis de todo?

AH1: "No vale la pena, para eso ya te automedicas y has venido aquí para que te den una pauta y la sigues. Si no el médico dirá "si viene y hace lo que usted quiere para que viene, no?"

AH2: "A ver si estás bien no vienes. Hombre, si te han dicho que hay que seguir una pauta, sí."

Aquestes persones que interpreten subjectivament les prescripcions mèdiques són molt més disciplinades tan amb la continuïtat de tractament com en la continuïtat

assistencial, i més si la persona que té el problema de salut és una persona depenent que està al seu càrrec, com pot ser un fill o una filla.

AD2: yo me lo salto un poco conmigo...ahora con mi hija no...parece mentira eh...con uno mismo...pero con una personilla que depende de ti dices...a mi lo que me digan...y en cambio con uno mismo a veces...

AD2: "automedicarme no suelo hacerlo y menos des de que tengo a mi hija porque bueno...creo que es arriesgado...que nos creemos que sabemos lo que hacemos y realmente no...si usas antibiotico todo el mundo sabe que después no va a hacer el efecto que te tiene que hacer o sea que el médico es quien tiene que marcar la pauta..."

La principal debilitat del sistema assenyalada per les persones espanyoles entrevistades són, sense cap mena de dubte, les llistes d'espera sobretot a l'hora d'accedir a la consulta del metge especialista, com la demora en la sol·licitud de visita i la visita al metge de família.

AH2: "El problema consiste en que no hi ha tu tia hi ha una llista d'espera si a tu et tenen que derivar a algun lloc i en aquest lloc et miren i no et toca fins al febrer collons!"

AH3: "El especialista es esto... d'any en any. Yo tengo el especialista del corazón y llevo casi 15 años con él y cuando me ve me dice: ¿Estas bien o estás mal?"

AH4: "Allò que demanes hora i et donen per una setmana..."

AH2: "L'única solució seria que el metge tingués menys pacients i que els pacients no es posessin malalts alhora..."

AH4: "Si tens un constipat o grip i triguen una setmana al final t'hauràs de prendre el xarop o el Gelocatil i quan vinguis al metge se t'haurà passat la febre i tot..."

AH1: "A veces para pedir el doctor de familia y hago todas las peticiones por Internet, a veces sale ya dos semanas. Dentro de dos semanas ya no se si me dolerá"

Algunes persones fan una valoració negativa del fet que des del sistema públic es derivin alguns casos a centres sanitaris considerats com a privats (concertats), ja que hi

ha la sospita que en aquests centres es fan més proves de les necessàries. Alguns pacients afegeixen que el tracte personal vers el pacient és pitjor en aquests centres privats que en els centres públics.

AD5: jo en hospitals i els caps he rebut molt bona atenció...el problema que hem trobo ara es que em deriven a llocs privats com el Sagrat Cor, que es una merda, perdona que t'ho digui, però hi ha uns metges allà que es pensen que són déus allà o alguna cosa així, però...no estic molt d'acord de que es derivi tant a un privat com el Sagrat Cor i d'aquí t'envien al Sagrat Cor cada vegada, i això em sembla una burrada i del Sagrat Cor de seguida a fer proves, a fer ecos, i a fer el que sigui...

Un altre aspecte assenyalat com a debilitat del sistema sanitari per part d'alguns ciutadans de nacionalitat espanyola és el temps de durada de les visites mèdiques, principalment amb els metges de família. Segons els mateixos usuaris aquesta brevetat en l'atenció mèdica és deu al gran volum de pacients que han d'atendre aquests professionals.

El poc temps que disposa el metge de família per a realitzar l'entrevista mèdica fa que molts pacients es quedin amb la sensació de no haver preguntat tot allò que haurien volgut i, fins hi tot, que surtin de la consulta amb la impressió de que no els han revisat amb prou profunditat.

AD2: se quedan cosas en el tintero siempre, y un poco mas de relax no estaria mal...tanto para el como para el paciente, yo creo, a el seguramente le daria tiempo a percibir mas cosas...y al paciente pues a relajarse y explicarle mas cosas tambien...es que es pim pam es que...clar no es un metge de familia, es un metge de burofax

E: i per què passa això?

AD1: perquè hi ha molta gent

AD2: perquè hi ha molta gent i perquè suposo que tenen la norma aquesta de que set minuts...

AD1: set minuts...

AD2: imaginat...no tens temps de percebre res...es que no tens temps ni de mirar la cara al pacient, pràcticament entre la recepta, mirar l'ordinador...es que ni et miren casi, no?

Tot i aquestes debilitats assenyalades, el sistema sanitari català és valorat força positivament pels usuaris de nacionalitat espanyola entrevistats, sobretot perquè t'assegura l'atenció immediata en cas de problema de salut greu i urgent:

AH3: Quan ja estàs dintre del sistema de que estàs "infartat" t'asseguro que vagis on vagis t'atenen instantàniament. O el metge que registra la gent, al metge quan vas urgències el que està a la porta, infart. De seguida t'atenen...

De fet, la majoria de ciutadans de nacionalitat espanyola entrevistats, després d'apuntar aquesta rapidesa en l'atenció quan hi ha una situació greu, consideren que el sistema sanitari està ben planificat i que el fet que alguns aspectes no acabin de funcionar tal com s'espera és, sobretot, conseqüència de la mala utilització que en fan la majoria dels ciutadans, que són finalment els que col·lapsen els serveis com a conseqüència d'aquesta mala utilització.

AH2: Realment no és tant greu, les esperes sinó que si estàs malalt de debò t'atenen. Les esperes no són...

AH3: En general el sistema funciona

AH2: El que passa és que moltes vegades hi ha gent que és massa espavilada i s'aprofita del sistema i això perjudica als demés...

E: No és tant el sistema sinó com l'aprofiten...

AH4: No és per els centres sinó per la gent. Quan truques per demanar hora ja et surt el contestador si tens que demanar hora i la tens que anular en un moment donat truca siusplau que hi ha persones que... és la gent que no...

AH2: I t'ho diuen en molts idiomes!!

AD2: yo creo que tiene una buena calidad del servicio...nos quejamos, claro, nos quejamos de todo, que si va muy rápido, que si no nos prestan atención...pero si tenemos en cuenta el volumen de gente que somos y el...el presupuesto sanitario yo creo que somos unos privilegiados porque yo nunca me he sentido no asistida en un momento que lo he necesitado...he podido esperar cuatro horas en urgencias igual que ha podido estar otra persona...pero creo que la asistencia...los medios son en el sistema público...son buenos...comparado con otros países son muy buenos...

Una opció proposada pels informants de nacionalitat espanyola a fi de millorar el funcionament del sistema sanitari i per tant, descongestionar-lo i reduir els temps i les llistes d'espera és la possibilitat de copagament. Molts usuaris entrevistats estarien, doncs, a favor que s'hagués de pagar una petita quantitat de diners a canvi de ser atès en el sistema públic de salut.

AD7: a mi, si mejorara el servicio no me importaría hacerlo...siempre que fuera una cantidad...si es para el

bien de todos...a mi no me importaría el copagament...los perjudicados van a ser los médicos también porque van a llegar muchos pacientes con muchas exigencias...los pacientes van a llegar, eh, pago, mas de tal...entonces habría un problema ahí...pero bueno, este es otro cantar...a mi no me importaría si yo...si el servicio iría mejor...pero...no me importaría...si hay que pagar un euro en cada visita...un euro, algo simbólico...si me dicen 20...ya no...no me importaría...

AD8: pero si ahora tenemos que hacer un esfuerzo mas...pues...yo estoy dispuesta, va, uno mas...hasta fijate, o sea, ya vale, ya lo pagamos...pero uno está dispuesto a todo, a ver, a ver...

AH2: Yo en cuanto a lo del copago, no se si la vía es copago o que es, pero que hay que hacer algo seguro. Yo también pago que el sistema de bienestar se nos va a tomar por saco. O se hacen medidas, no se si es el copago, algo de eso, yo si que estoy de acuerdo. No se puede sostener tal y como está, algo hay que hacer si no acabarán privatizando como hace el PP en Madrid, Valencia... De hecho esto es gestión privada, es un servicio público de gestión privada.

Tot i que també apareixen algunes opinions contràries a aquesta possibilitat de copagament.

AD6: "no has de pagar tu, però ha de pagar la seguretat social i la seguretat social ja l'he pagat jo...i això del copagament ho sento però es un timo com una catedral perquè nosaltres ja hem pagat la seguretat social, si paguem una altra vegada, haurem pagat dos cops..."

En la relació que s'estableix entre els professionals de la salut i els pacients de nacionalitat espanyola, la majoria d'usuaris entrevistats afirmen que, en general, s'estableix una relació satisfactòria, i només en alguns casos puntuals el tracte dels professionals vers els usuaris no és el més adequat. Aquesta darrera situació s'atribueix per part dels usuaris únicament al tarannà particular del professional (al caràcter de la persona), però la concepció general envers els professionals de la salut és positiva.

AH1: Yo en general pienso que tratan bien a sus pacientes, al menos yo las veces que he ido no he tenido ningún problema.

AH3: "Los que yo he tenido no. Por ejemplo, en Manso el traumatólogo ya normalmente ya sabemos quién corresponde el médico allá, es un déspota, un machista. Es algo increíble... A mi personalmente y

he ido yo y no he tenido ningún problema, y no sé o ya ve a la gente que viene o no... Y una mujer sola a tenido problemas, cambia la situación..."

E: A nivel personal relación médico-pacients?

AD2: siempre hay un médico que te gusta mas que otro...pero...por ejemplo

AD1: yo estoy encantada

AD2: yo con la pediatra de mi hija también...pero hay una doctora concreta que no me gusta con lo qual si me dan cita con ella digo no, dame otra hora...aunque tenga que esperar un poco mas dame con otra y punto...pero en general siempre nos tratan bien...

Els metges de família són els millor valorats a nivell de tracte personal. De tota manera, és lògic que sigui així ja que són els professionals de la salut amb els quals les persones de nacionalitat espanyola mantenen major relació, i, en general, asseguruen que estan satisfets amb el tracte rebut.

AH4: "El metge de capçalera és el que més funciona..."

AH2: "Si, és el que més toques habitualment"

AH4: "És una miqueta psicòleg per força, tots els metges són psicòlegs... Però actua com a psicòlegs i com a metge... de família"

E: Hi ha tracte personal...

AH4: "Hi ha tracte personal, al menys en el meu cas el Dr. Vila i el Dr. Cortés s'han portat súper bé amb mi"

AD3: "el médico de cabecera muy bien...luego, otros especialistas no tan bien...pero bueno...el medico de cabecera para cosas sencillas..."

Per les debilitats que hem anat assenyalant des de la perspectiva de les persones de nacionalitat espanyola entrevistades, les propostes de millora més repetides per aquests informants estan relacionades amb la reducció de les llistes d'espera ampliant els horaris d'alguns serveis sanitaris, o fins hi tot, proposant que s'augmenti la plantilla de professionals sanitaris

AH4: Principalment penso que seria de lo que em parlat: el temps d'espera en visites del metge o especialista i un servei especial per caps de setmana perquè jo trobo que és important...

AH2: "Les llistes d'espera..."

AH5: "Los horarios por la tardes... solo un día por la tarde..."

AH4: "No m'ha passat mai en cap de setmana però hi ha servei d'urgències "

AH2: "Dissabtes al matí..."

AH4: "Haurien de ser dissabte i diumenge... Que no tinguis que anar a l'Hospital Clínic o a un hospital central. Si fos tot això al barri, dissabte i diumenge seria genial..."

AH2: "Però dissabte al matí ja està..."

AH4: "Jo parlo de dissabte la tarda..."

AH2: "Això obert a la nit com no posessis a la Guàrdia Civil em sembla..."

AH4: "Amb un guarda de seguretat... Però que estigués obert com si fossin urgències..."

AH2: "Però no és un servei d'urgències és un CAP"

AH4: "Ja, ja,... Però a més a més tenir un servei d'urgències seria genial..."

AH1: "Això desconcentraria el Clínic, l'Hospital del Mar..."

E: i la última... quines propostes de millora faríeu, pel sistema sanitari?

AD1: "molt fàcil, jo trauria més policia del carrer i posaria més metges..."

I relacionat amb aquesta proposta d'augmentar el nombre de professionals sanitaris, aquest informant ens indica que caldria millorar les condicions laborals dels professionals per tal d'evitar la fuga de cervells.

AH1: "Incluso a nivel de médicos y emergencias dicen que hay un problema. Es verdad, porque se van de Barcelona porque están mal pagados y mal reconocidos y aquí hay licenciados de sobras. Los buenos se han ido. Es un problema estructural porque están muy mal pagados y no reconocidos."

Cal esmentar que alguns informants entrevistats són molt crítics amb aquells professionals que han tingut alguna negligència en la seva praxis professional i demanen al sistema sanitari que posi algun tipus de mesura per tal de que els professionals negligents o bé no puguin tornar a exercir o bé, que demostrin d'alguna manera que són suficientment competents.

AD7: claro, y hay médicos que se equivocan brutalmente...y entonces no debería seguir ejerciendo esta profesión...no se...lo que no puede ser es que en este colectivo, la gente que mete la pata siga trabajando y no pasa nada...y se cometen muchos fallos y nunca ves un médico que le hayan retirado... muy raro, aquel de la hepatitis b que se xutava ants...pero casos muy novelescos...pero normalmente el que mete la pata sigue ejerciendo y esto hace daño a la sociedad...un policia que mete la pata se

le quita del cuerpo...un no se que...si yo no hago bien el trabajo estoy fuera...porque un médico no?

AD2: jo els metges que s'equivoquen o que no són professionals, o que no estan entregats, o no fan la seva feina, deberían pasar por unas pruebas, unos exámenes o que...o pagar de alguna manera...o sea...si hay un error, un error grande, no cubrirse tanto de unos a otros, porque aquí hay mucho corporativismo en este colectivo de la sanidad y se tapan mucho...si hay fallos...yo tengo uno cerca en mi familia, una persona fallecida por fallo médico...y no hemos podido hacer nada...yo tengo mi madre fallecida por una rotura de una pierna por no ponerle neferina...y no hemos podido hacer nada...es que hay un corporativismo terrible i cuando tiene un error...yo, en mi trabajo me echan...porque en medicina no?

AD1: muy de acuerdo...

Per últim, una darrera proposta de millora estaria relacionada en millorar la intimitat dels pacients hospitalitzats. Els usuaris són conscients del gran nombre de persones que s'atenen, però indiquen que valorarien molt positivament el fet, per exemple, de disposar d'habitacions individuals.

AD2: "en general yo lo que veo que falta un poco, por ejemplo en la hospitalización, es que falta un poco de intimidad como persona...me explico...yo cuando estuve ingresada estuve en urgencias dos días y estaba en el pasillo y claro...estaba en el pasillo porque había overbooking...es lo que digo...no hecho la culpa al médico ni a la enfermera ni nada...es el sistema...somos muchos y hay alguna cosa en la gestión que necesitaría mejorar...entonces estaba eh... con el oxígeno en el pasillo y...era cómico...triste y cómico a la vez porque yo estaba a la puerta de un box, en la columna y entonces venían a hacerle una radiografía y me tapaban con un parapeto...y decías... vale...detrás había un señor muy grave que gritaba y la familia llorando...mmm y dices...que pena...que poca intimidad para esa persona que esta pasando un mal momento y para ti que es una tontería"

AD5: "Poca intimidad...y luego en el tema de las habitaciones...bueno...a todo el mundo nos gustaria tener nuestra habitación para tus cosas...y el que diga que no miente porque cuando tu estas así...ni estas en tus mejores condiciones ni quieres que te vea nadie que no te conoce...y quieres una intimidad...no puede ser...yo lo entiendo porque somos muchos...pero..."

6. Discussió

6.1. Contextualització

Algunes motivacions que impulsen el projecte migratori

En les quatre nacionalitats estrangeres estudiades, la comunitat xinesa, la comunitat pakistanesa, la comunitat marroquina i la comunitat equatoriana, hem copsat que el principal motiu que explica perquè les persones entrevistades han iniciat un projecte migratori ha estat per **millorar unes condicions de vida molt precàries** en els respectius països d'origen¹. Les causes d'aquestes situacions precàries que obliguen a emigrar a les persones de cada nacionalitat són similars (la crisi econòmica que va assolar l'Equador l'any 2000 o les elevades taxes d'atur i pobresa a la zona del RIF al Marroc, per posar dos exemples) mentre que la manera de dur a terme el projecte migratori, com hem pogut comprovar mitjançant els resultats presentats i com veurem més endavant, són diferents. La finalitat última però, és idèntica en tots els col·lectius analitzats.

Un segon aspecte comú que hem pogut detectar entre els diferents col·lectius seleccionats i que explica, en part, l'arribada de tots ells a Barcelona, és **l'efecte crida de compatriotes que ja viuen a la ciutat**⁶. En totes quatre comunitats hem enregistrat discursos explicant com el fet que un familiar o un amic ja visqui a Barcelona ha animat i facilitat l'arribada d'altres compatriotes a la ciutat i ha provocat que poc a poc (juntament amb els reagrupaments familiars) hagi augmentat el nombre de persones de cadascun dels col·lectius a Barcelona. Les persones que fa més temps que viuen a Barcelona, en general, monitoritzen els primers passos dels nousvinguts en la societat d'acollida i els faciliten, en la mesura del possible, l'assentament en destinació⁵⁶.

Una altra motivació comuna que explica l'arribada de la població immigrant de les nacionalitats estudiades a excepció de la nacionalitat xinesa, a Barcelona és la **imatge idíl·lica i distorsionada** que es té en l'imaginari d'aquests països sobre el món occidental, en general, i de Barcelona, en particular. Informants tan pakistanesos, com marroquins, com equatorians asseguren que la imatge que es té en origen d'Europa no té res a veure amb la realitat un cop es troben en la societat d'acollida. El fet que moltes persones d'aquestes nacionalitats quan viatgen als seus països d'origen ho facin mostrant una imatge

ge exitosa del seu projecte migratori (en molts casos irreal) sumat a les difícils condicions de vida de moltes persones que viuen en origen, alimenta aquesta imatge distorsionada de la societat occidental per part de la població autòctona d'aquests països i fomenta el desig per part de molts joves d'emprendre una aventura migratòria cap a latituds occidentals.

Els xinesos entrevistats, en canvi, no tenen una imatge prefixada de Barcelona. Segons els seus discursos, la majoria ja arriben a la ciutat amb contractes de treball i no tenen especialment una imatge idíl·lica de la ciutat com succeeix amb la resta de comunitats estudiades.

Principals protagonistes del projecte migratori

Els principals protagonistes del projecte migratori difereixen segons la nacionalitat estudiada⁵⁷. D'aquesta manera observem, per exemple, que en el cas pakistanès, són únicament els homes els principals protagonistes del projecte migratori⁵⁸. Com hem pogut comprovar en l'apartat de resultats d'aquest col·lectiu, la societat pakistanesa és una societat que es caracteritza per una divisió sexual del treball molt marcada, on els homes són els encarregats d'aportar els recursos econòmics a la llar, mentre que les dones tenen encomanades les tasques de cura dels infants i de la llar. Els rols que desenvolupen els homes i les dones en una societat patriarcal com la pakistanesa explica doncs, que siguin els homes els que emprenen el projecte migratori mentre que és en un segon moment, un cop aquests s'han instal·lat i han aconseguit una certa estabilitat econòmica, quan es reagrupen les dones i els fills.

Un cas ben diferent és l'equatorià. Segons els resultats obtinguts i recolzats per la literatura consultada^{1,57}, en el col·lectiu equatorià són, en molts casos, les dones les principals protagonistes del projecte migratori. El principal argument que explica aquest protagonisme femení és que les dones equatorianes tenien durant la primera dècada del segle XXI més facilitats per trobar un lloc de treball en destinació que els homes. La demanda de llocs de treball tradicionalment molt feminitzats com ho són la cura de persones dependents o la realització de tasques domèstiques^{11,57} ha estat la principal raó que explica que hagin arribat a Catalunya i Barcelona dones emigrants de

nacionalitat equatoriana com a principals protagonistes del projecte migratori equatorià.

Aquesta demanda de llocs de treball en la cura de persones i en la realització de tasques domèstiques també són la raó per la qual durant aquests primers anys del segle XXI algunes dones marroquines hagin emprés totes soles el projecte migratori. En el cas marroquí tradicionalment el protagonista del projecte migratori ha estat l'home⁵⁷ i en l'actualitat ho continua sent, però, en els darrers anys, moltes dones han decidit també emigrar soles del Marroc cap a Barcelona liderant un projecte migratori.

Una característica remarcable del projecte migratori del col·lectiu marroquí és que aquest esdevé un projecte familiar (col·lectiu) en el sentit que són molts els esforços i les esperances dipositades per part de la família en aquesta aventura i tota aquesta responsabilitat recau a la persona que realitza el projecte migratori¹.

Pel que fa al col·lectiu xinès no hem trobat cap patró clar de comportament pel que fa al protagonisme del projecte migratori. Hem vist que en ocasions són els homes els que arriben en primera instància mentre que en d'altres ocasions són les dones les primeres en arribar, o, fins hi tot, ambdós a l'hora¹.

Condicions de vida en destinació

Lligat a la imatge idíl·lica que es té en l'imaginari dels països d'origen de les comunitats estudiades sobre les societats occidentals, una de les principals conseqüències de topar amb la realitat un cop a Barcelona és el **desencantament vers la societat d'acollida** per part de moltes persones de les diferents comunitats (a excepció dels xinesos) al poc temps d'instal·lar-se en destí.

Lluny del que havien imaginat en origen, **la situació laboral dels diferents col·lectius estudiats és molt precària** en destinació^{10,12,59}. Hem constatat que la majoria de persones de les nacionalitats estudiades (a excepció dels xinesos) s'han inserit en els segments més baixos del mercat de treball i han desenvolupat feines poc o gens qualificades, generalment amb contractes laborals temporals i precaris. També hem trobat molts informants de totes tres nacionalitats (pakistanesos, marroquins i equatorians) que assegurin que, en moltes ocasions, han treballat sense contracte, en l'economia submergida.

A més, aquesta situació ha estat agreujada en els darrers dos anys per la crisi econòmica a la qual s'han vist immer-

sos bona part dels països occidentals, on Catalunya i Barcelona no han estat cap excepció.

Molts dels informants entrevistats s'han vist directament afectats per aquesta crisi econòmica quedant-se sense feina, i alguns d'ells, esgotant, fins hi tot, el subsidi d'atur, fet que ha agreujat més, si cap, una situació econòmica i social, ja d'entrada, precària per la majoria de persones d'aquests col·lectius⁶⁰.

En el mateix sentit, les persones de nacionalitat espanyola entrevistades també assenyalen la manca de feina i l'atur, degut a la crisi econòmica, com una de les seves principals preocupacions actuals⁶¹.

El cas del col·lectiu xinès és particular. La majoria de persones de nacionalitat xinesa quan arriben a Barcelona ja arriben amb un lloc de treball assegurat que desenvoluparan en algun negoci o empresa de compatriotes seus. Per, més endavant, un cop hagin retornat els diners que els ha costat el fet d'haver pogut emigrar, poder muntar el seu propi negoci. Una característica fonamental dels xinesos és que tots i totes tenen per objectiu aconseguir ser treballadors autònoms, propietaris d'una empresa o d'un negoci en destí^{1,62}. Tot i aquestes característiques particulars del col·lectiu xinès, però, aquests comparteixen amb la resta de col·lectius una característica en l'àmbit laboral: les precàries condicions de treball, que en el cas dels xinesos es concreten sobretot en unes jornades laborals molt llargues i l'inexistència de temps d'oci en destinació.

Molt relacionat amb aquestes condicions laborals descrites, una altra característica pròpia dels quatre col·lectius estrangers estudiats són **les condicions precàries de l'habitatge** de que disposen en la societat d'acollida^{11,33}. En tots els col·lectius hem trobat discursos assenyalant situacions d'amuntegament en algunes llars. Els pocs recursos econòmics obliga a viure moltes persones en una mateixa llar, que en el millor dels casos són familiars i, en el pitjor dels casos, i sobretot al principi, són desconeguts. Aquestes situacions de precarietat en l'habitatge són més presents i més accentuades en els inicis del projecte migratori.

Una altra característica comuna en tots quatre col·lectius i que afecta, sobretot, al benestar emocional de les persones immigrades és el **desarrelament familiar** que duu implícit qualsevol projecte migratori. Informants de tots els col·lectius assenyalen l'absència dels familiars i els amics com la principal causa del seu malestar psicològic en destinació^{2,13,17,20,49}. En aquest sentit són, per exemple, rellevants els testimonis d'algunes dones equatorianes

que han emigrat a Barcelona amb la perspectiva d'estar-s'hi relativament poc temps (dos o tres anys) i després de viure a Barcelona molts més anys dels previstos, no han pogut reagrupar els seus fills, que han crescut amb els avis i àvies en origen⁶³.

Finalment un altre aspecte destacat que afecta a les condicions de vida en origen i, és clar, condiciona la inserció social en destinació són les **diferències culturals** existents entre les persones immigrades de les comunitats estudiades respecte dels costums i creences de la societat d'acollida^{19,36,38,41}. En aquesta línia, trobem que el col·lectiu equatorià pel fet de tenir com a llengua materna el castellà, o el col·lectiu marroquí, per la seva proximitat geogràfica respecte a Barcelona (tenen nocions de la llengua i coneixen algunes pautes culturals de la societat d'acollida), aquestes diferències, tot i que també existents, són molt menors en comparació amb la distància cultural de la societat d'acollida respecte dels col·lectius pakistanès (major encara amb les dones pakistaneses) o del col·lectiu xinès.

Els xinesos tenen, per sobre de tot, un handicap molt difícil de superar a l'hora d'inserir-se socialment a la comunitat d'acollida: la gran dificultat que tenen la majoria de persones del col·lectiu en aprendre tan el castellà com el català. L'estil de vida de la majoria de xinesos basat en treballar el màxim d'hores possible, l'absència de temps lliure i el fet que la comunitat xinesa s'ocupa principalment en negocis i empreses ètniques, disminueix la necessitat (i la voluntat) de contacte d'aquest col·lectiu amb la comunitat autòctona, dificultant l'aprenentatge de la llengua i reduint la interacció d'aquest col·lectiu amb el grup majoritari a situacions molt puntuals.

En el cas pakistanès trobem diferències importants per sexe. És manifest que hi ha trets culturals pakistanesos molt divergents respecte d'algunes pautes culturals autòctones, però aquesta distància cultural es fa encara molt més evident entre les dones pakistaneses. D'una banda perquè els homes pakistanesos quan arriben a Barcelona tenen la necessitat de treballar i aquest fet els obliga, per un costat, a comunicar-se amb persones de nacionalitat espanyola i, per altre costat, adoptar algunes pautes de comportament pròpies de la comunitat d'acollida. D'altra banda, la cultura (i la religió) pròpia de la comunitat pakistanesa és més normativa i exigent a l'hora de regular el comportament femení que no pas el masculí. El fet que les dones arribin en un segon moment a Barcelona, quan els seus marits ja fa temps que viuen a la ciutat i que en destinació es mantinguin els rols de gè-

nere establerts en origen, fa que moltes dones pakistaneses interactuïn molt poc amb persones de la comunitat autòctona i moltes d'elles siguin dependents dels seus marits (sobretot en el primer temps de ser a Barcelona) a l'hora de realitzar qualsevol tràmit que impliqui interacció amb la societat d'acollida.

6.2. L'accés als serveis sanitaris

Coneixement dels serveis sanitaris

Pel que fa al coneixement del funcionament del sistema trobem que la majoria dels ciutadans de nacionalitat equatoriana, pakistanesa i marroquina consideren que tenen un ampli coneixement del funcionament dels diferents serveis. Molts ciutadans del col·lectiu xinès, en canvi, asseguren que no coneixen gens bé com funciona el sistema (hem trobat alguns ciutadans que no sabien diferenciar, per exemple, entre el centre d'atenció primària i l'hospital).

La transmissió del funcionament del sistema sanitari d'acollida es fa mitjançant el boca-orella entre els membres d'una mateixa comunitat que viu a Barcelona. D'aquesta manera doncs, és la xarxa social de cada col·lectiu la que facilita la informació a les persones que fa menys temps que han arribat a Barcelona^{56,64}.

D'altra banda, mitjançant els testimonis d'algunes persones entrevistades hem detectat que, tot i aquest aparent bon coneixement que asseguren tenir la majoria de ciutadans de les nacionalitats esmentades (menys els xinesos), alguns ciutadans assenyalen explícitament que el col·lectiu immigrant no sap com funcionen els serveis i que troben a faltar informació institucional de com s'han d'utilitzar els serveis sanitaris^{17,64,65}. Per tant, es detecta que malgrat la informació existent, aquesta no arriba i/o no és assimilada pels usuaris. L'exemple paradigmàtic al qual s'han referit algunes persones entrevistades tan diverses com usuaris xinesos i usuaris equatorians i que il·lustren aquesta dificultat de comunicació i de transmissió de la informació és que alguns ciutadans de nacionalitat estrangera obtenen la TSI (TSI) sense, segons ells, ser instruïts de com l'han de fer servir en l'accés als diferents serveis.

La porta d'entrada al sistema sanitari

Una de les primeres recomanacions que fan els ciutadans de cada comunitat que fa més temps que viuen a Barce-

lona és aconsellar a les persones nouvingudes que tramitin el més aviat possible la TSI. Per aquest motiu, en molts casos el CAP esdevé el primer contacte que un nouvingut té amb els serveis sanitaris d'acollida.

En aquest sentit, per exemple, la comunitat pakistanesa el que recomana als seus compatriotes nouvinguts és que aprofitant la gratuïtat del sistema d'acollida, a banda de la TSI, es facin un reconeixement exhaustiu del seu estat de salut. Hem detectat que aquesta pràctica és també molt habitual entre la població marroquina que acaba d'arribar.

Algunes dones de les diverses comunitats asseguruen, de tota manera, que el seu primer contacte amb els serveis sanitaris ha estat un servei d'urgències hospitalàries^{17,18}, normalment, a conseqüència d'un embaràs⁶⁶.

Molts xinesos, per la seva banda, el primer contacte que tenen amb els serveis sanitaris d'acollida, en moltes ocasions, és la farmàcia. La majoria de ciutadans de nacionalitat xinesa ens han assegurat que quan arriben a Barcelona ho fan amb una farmaciola plena de medicaments. Quan se'ls acaben, si encara no els han pogut reposar, es dirigeixen a la farmàcia per mirar d'adquirir algun medicament similar al seu homòleg xinès, per mirar de guarir el seu problema de salut.

Obstacles d'accés als serveis sanitaris

Els factors que dificulten l'accés als serveis sanitaris per part de la població de nacionalitat estrangera dels col·lectius estudiats els podem agrupar segons diferents naturaleses: *els factors individuals, els factors comunitaris, els factors institucionals i els factors institucionals-professionals*.

Factors individuals

D'una banda, trobem uns **factores individuals** que poden esdevenir en facilitadors o obstacles en el moment d'accedir als serveis sanitaris en la societat d'acollida: *el sexe, l'edat, el temps de residència en la societat d'acollida, el nivell d'estudis, la situació administrativa en destinació, el número d'experiències d'accés als serveis sanitaris, la situació familiar, etc*^{38,41}.

Totes aquestes característiques, que d'alguna manera o altra, han anat apareixen en els discursos dels informants de totes les nacionalitats estudiades, afecten, és clar, en la relació que s'estableix entre una persona nouvinguda i l'accés i l'ús dels serveis sanitaris. Per exemple, aquelles persones de qualsevol de les quatre nacionalitats que fa

més **temps que viuen a Barcelona**, majoritàriament tindran un grau d'inserció social major que les persones nouvingudes des de fa relativament poc temps. Aquest major temps d'estada en la societat d'acollida permet conèixer millor la llengua (en el cas que la llengua materna sigui diferent de la que s'usa en destí), hauran pogut desxifrar més codis de la cultura d'acollida, i en definitiva, coneixeran millor com funcionen les diferents institucions públiques i, en concret, els serveis sanitaris (probablement hi hauran accedit més cops i, per tant, tindran un major nombre d'experiències d'accés). En resum, el temps d'estada és un element clau^{18,19,38,41,67}.

Una altra variable individual clau des del prisma de la nacionalitat estrangera és la **situació administrativa** de les persones nouvingudes^{17,41}. El fet de residir en la societat d'acollida de manera irregular, afecta, és evident, a la inserció social d'aquests individus, i, per tant, a l'accés i l'ús dels serveis sanitaris de la societat d'acollida. En la nostra recerca, aquesta variable ha quedat força invisibilitzada. En els diferents grups efectuats han participat algunes persones que es trobaven en situació irregular, però no hem copsat discursos i pràctiques divergents respecte de la resta de participants. La bibliografia revisada, però, s'encarrega d'evidenciar aquestes diferències que s'estableixen en la relació de la població immigrant en situació irregular amb el Sistema sanitari. Viure en situació irregular en la societat d'acollida disminueix la probabilitat d'accedir als serveis sanitaris i afavoreix l'ús dels serveis d'urgències hospitalàries en cas de necessitat de salut extrema.

La **situació familiar** de les persones de nacionalitat estrangera també és una variable que pot ajudar a explicar el comportament de les persones nouvingudes respecte dels serveis sanitaris^{4,41}. Així, per exemple, el fet que una persona arribi sola a Barcelona amb l'únic objectiu d'incorporar-se al mercat de treball, segurament farà un ús dels serveis sanitaris puntual, només davant de situacions greus, ja que probablement la salut quedarà relegada a un segon terme; mentre que el fet de viure tota la família en destinació (fet que indica una major estabilitat social i econòmica de les persones nouvingudes) facilitarà una relació més propera amb els serveis sanitaris i un accés més semblant a l'establert pel Sistema, sobretot, en la cura de la salut dels fills i filles.

Un altra variable d'índole individual que influeix en la inserció social a la societat d'acollida i, per tant, en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris és **el nivell d'estudis**^{33,38,41} de les persones nouvingudes. Disposar, d'aquesta manera, d'un nivell d'estudis més elevat facilita, per exemple, l'aprenen-

tatge de la llengua, relacionar-se amb més facilitat amb la població autòctona i conèixer més aviat i millor el funcionament del Sistema sanitari d'acollida.

Factors comunitaris

D'altra banda, existeixen i hem pogut detectar, una sèrie de **factores d'abast comunitari** que faciliten o dificulten la inserció social dels diferents col·lectius i, en definitiva, afecten, en un sentit o altre, l'accés i l'ús dels serveis sanitaris per part dels membres de cada col·lectiu.

Dintre d'aquests factors comunitaris, que com els factors individuals assenyalats, poden esdevenir facilitadors o obstacles d'accés als serveis sanitaris, els que han emergit en més força han estat: l'idioma (i la corresponent comunicació amb els professionals sanitaris), les condicions laborals en destinació, les relacions de gènere, l'experiència en l'accés als serveis sanitaris d'origen, les diferències religioses o la distància cultural entre la cultura pròpia i la cultura d'acollida.

L'idioma i les dificultats de comunicar-se en destinació esdevé un dels principals obstacles d'accés als serveis sanitaris entre aquells col·lectius on la llengua pròpia és diferent de la llengua vehicular de la societat d'acollida^{4,38,41,68}.

El cas xinès és el més paradigmàtic en aquest sentit. Hem copsat mitjançant els discursos d'aquest col·lectiu, que la majoria de població xinesa té moltes dificultats per aprendre el català o el castellà (persones xineses amb més de deu anys vivint a Barcelona tenen veritables dificultats per comunicar-se en destí⁶⁹) i aquest fet esdevé un obstacle pràcticament insalvable per tots ells a l'hora d'inserir-se a la societat d'acollida i, és clar, a l'hora d'accedir a qualsevol servei sanitari. L'idioma doncs, en el cas xinès esdevé en la majoria de casos una barrera d'accés als serveis sanitaris.

Al costat oposat del xinès, trobem el col·lectiu equatorià que té com a llengua materna el castellà. Mitjançant els discursos d'aquest col·lectiu s'observa que, la llengua lluny de ser un obstacle esdevé un facilitador a l'hora de relacionar-se amb la societat d'acollida i, per tant, a l'hora d'utilitzar els serveis públics com són els serveis sanitaris^{4,64}. El fet de compartir llengua amb la societat d'acollida facilita, doncs, qualsevol interacció entre la població d'aquesta nacionalitat i la societat receptora.

En el cas marroquí trobem una gran heterogeneïtat entorn les dificultats o facilitats de comunicar-se en la societat d'acollida. D'entrada podem apuntar que, evidentment, tenen majors dificultats de comunicació que el

col·lectiu equatorià, però dit això, el cert és que una de les variables clau de les persones d'aquest col·lectiu a l'hora de ser capaços de comunicar-se en destinació, a banda de l'idioma, són els anys de residència en la societat d'acollida. La llengua⁶⁸ ha aparegut com una dificultat d'accés en els serveis sanitaris, sobretot en aquelles persones recent arribades a Barcelona, però a mesura que augmenten els anys de residència a la ciutat, aquest obstacle d'accés es va diluint.

En el cas pakistanès és molt rellevant diferenciar entre els homes i les dones. En el cas dels homes, que es desenvolupen en l'esfera pública i, per tant, necessiten interaccionar amb la població autòctona tenen un procés d'aprenentatge similar al col·lectiu marroquí i, per tant, tot i que en un principi tenen moltes dificultats de comunicació, a mesura que augmenten els anys que fa que aquest obstacle es vagi reduint i per tant sigui més fàcil l'accés als serveis.

Les dones pakistaneses, però, aquest procés d'aprenentatge de la llengua és molt més lent que en el cas dels homes. Les dones arriben per reagrupament familiar⁵⁸ quan els seus marits ja són capaços de relacionar-se amb la societat d'acollida, i a més, com que les dones es desenvolupen principalment en l'esfera privada, tenen una nul·la interacció amb la població autòctona, la qual cosa fa que moltes dones després de força anys vivint a Barcelona no siguin capaces de comunicar-se amb fluïdesa amb la societat d'acollida. La llengua esdevé, entre la població pakistanesa femenina, en un veritable obstacle a l'hora d'accedir als serveis sanitaris. Així, són generalment els marits els que les acompanyen i fan d'interprets entre el professional sanitari i la pacient.

Un segon obstacle que dificulta l'accés als serveis sanitaris dels quatre col·lectius estrangers estudiats i que, a més els afecta a tots quatre de manera similar, són **les condicions laborals precàries** que tenen la majoria en destinació^{10,12,36,41,59}.

En els col·lectius marroquí, pakistanès i equatorià hem trobat molts informants que asseguraven treballar amb contractes laborals molt precaris i fins hi tot treballar, en ocasions, sense contracte. El fet de viure amb aquesta inseguretat laboral i el conseqüent temor a ser acomiadats es converteixen en un obstacle d'accés als serveis sanitaris ja que tenen moltes dificultats per absentar-se de la feina i poder accedir a una visita mèdica. La conseqüència principal d'aquesta situació és un accés tardà als serveis sanitaris, quan la malaltia ja es troba en una fase molt avançada realitzant, en la majoria de casos, un accés majoritari al

servei d'urgències hospitalàries en horaris no laborals (encara que el problema de salut no sigui urgent)^{3,4}.

En el cas del col·lectiu xinès la situació és una mica diferent. Les condicions laborals dels xinesos són molt dures i a més, com hem vist, la majoria no parlen ni català ni castellà. Això, segons els informants entrevistats, fa que una persona que tingui problemes de salut s'automediqui i no consulti, ja que per accedir als serveis sanitaris necessita a algun compatriota que sigui capaç de comunicar-se perquè l'acompanyi. Per evitar fer perdre hores de treball a una altra persona xinesa només li demanarà aquest favor en cas de necessitat urgent.

El cas de les dones pakistaneses que majoritàriament no treballen en destinació, i per tant, a priori, no estarien afectades per les condicions i els horaris laborals a l'hora d'accedir als serveis sanitaris, trobem, però, una situació molt similar al cas xinès. Com que la majoria de dones pakistaneses tenen moltes dificultats per comunicar-se, la majoria necessiten accedir als serveis sanitaris acompanyades pels seus marits i, per tant, depenen, en molts casos, de la disponibilitat laboral d'ells.

Dintre dels grups efectuats amb la població autòctona, un dels pocs obstacles d'accés que ha emergit entre els discursos de les persones de nacionalitat espanyola ha estat precisament aquesta dificultat d'absentar-se del treball per accedir a una consulta mèdica quan es disposa d'un contracte laboral precari.

Un altre obstacle comunitari que dificulta l'accés als serveis sanitaris és la **distància cultural** entre un col·lectiu d'origen immigrant concret i la cultura de la societat d'acollida^{19,36,38,41}. En els discursos dels diferents grups de discussió realitzats hi ha per part dels diferents ciutadans nombrosíssimes referències a aquesta distància cultural. Nosaltres per valorar aquesta distància cultural però, hem escollit l'accés a dues especialitats mèdiques molt concretes que considerem com a paradigmàtiques de l'existència d'aquesta distància cultural: l'atenció psicològica i psiquiàtrica i l'atenció ginecològica dels col·lectius estudiats.

Efectuar un projecte migratori en si mateix, la manca de familiars i amics en destinació així com les difícils condicions de vida que, com hem vist, viuen molts dels ciutadans immigrants que hem entrevistat, afecten irremediablement a la salut mental d'aquestes persones⁴⁹. La salut mental és, però, un aspecte molt desconegut i un tema al qual s'atribueixen molts prejudicis en tots quatre col·lectius estudiats³ (l'atenció a la salut mental difícilment

existeix en els països d'origen). Mitjançant els discursos dels diferents informants sembla evident, a més, que en tots quatre col·lectius hi ha un cert rebuig a accedir a l'especialista, psicòleg o psiquiatra en destí. El problema de salut mental només es concep per bona part de les persones que conformen tots quatre col·lectius quan es tracta d'un trastorn mental greu o sever (proper a la bogeria), però, en canvi, no existeix en l'imaginari de cap de les quatre nacionalitats la possibilitat de ser tractat per problemes de salut mental intermedis com poden ser l'estrès, l'angoixa o fins hi tot la depressió. En totes quatre nacionalitats estrangeres el fet de tenir un problema de salut mental està molt mal considerat socialment³.

Tot i que majoritàriament la concepció de la salut mental és la que acabem de descriure, també hem trobat, per exemple, en el col·lectiu marroquí, unes dones d'origen urbà i amb un nivell d'estudis elevat que asseguren que en les principals ciutats del seu país d'origen, com pot ser la ciutat de Casablanca, s'aprecia un canvi de comportament en aquest sentit, i algunes persones marroquines quan tenen problemes de salut mental comencen a accedir al psicòleg. Entre la majoria de la població marroquina que ha emigrat a Barcelona, però, que prové principalment de zones rurals i té un nivell d'estudis baix, continuen considerant la salut mental com un tema tabú.

En les entrevistes i grups efectuats amb persones autòctones, en canvi, els problemes de salut mental de les persones estan molt més normalitzats i el fet d'accedir al psicòleg o al psiquiatra està molt interioritzat en l'imaginari col·lectiu, en comparació amb les persones de la resta de col·lectius estudiats. En la majoria de persones autòctones es considera doncs les disciplines de psicologia i psiquiatria com a dues especialitats més dins del ventall d'especialitats mèdiques existents en el Sistema sanitari català.

En la descripció d'aquesta distància cultural entre els col·lectius nous i la societat d'acollida cal aturar-nos també a analitzar l'accés i l'ús que fan les dones de les diferents nacionalitats estudiades amb el servei de ginecologia i obstetrícia.

L'anàlisi de l'accés al servei de ginecologia i obstetrícia s'ha de fer des de dos punts de vista. D'una banda hem detectat que moltes dones de nacionalitat pakistanesa, marroquina i algunes dones de nacionalitat equatoriana, asseguren no haver accedit mai a una visita ginecològica en origen, ja que difícilment en origen existeix la idea de prevenció sanitària⁶⁵ i, en concret de prevenció ginecològica. I en aquest sentit, les mediadores entrevistades as-

seguren que fan una feina important de sensibilització en aquesta direcció on les dones immigrades més joves, i aquelles que tenen un major nivell d'estudis són les més receptives.

Pel que fa pròpiament a l'accés al servei de ginecologia i obstetrícia en destinació hem detectat que, en molts casos, el primer contacte amb aquesta especialitat de la majoria de dones immigrades es dona en el darrer tram de l'embaràs. En aquest sentit, la bibliografia apunta que el percentatge de dones que realitzen almenys tres visites de control durant l'embaràs és alt, però menor en el cas de les dones immigrants respecte a les autòctones¹⁸.

A banda de que entre les dones immigrades estudiades no existeixi l'hàbit de la prevenció ginecològica perquè difícilment existeix aquesta idea en origen (cosa que també passava a Catalunya anys enrera)⁶⁵, cal afegir, dintre dels col·lectius pakistanès i marroquí, un obstacle d'accés a aquesta especialitat que ha generat més d'un conflicte en els centres sanitaris entre professionals i pacients: Moltes dones i molts marits d'aquestes de dues nacionalitats es neguen, en moltes ocasions, a ser visitades per un ginecòleg home. El fet de que el professional de ginecologia d'un centre mèdic concret sigui un home actua, doncs, com una barrera d'accés insalvable per moltes d'aquestes dones^{67,68}. Les dones de nacionalitat xinesa, en la seva majoria, tampoc són partidàries de ser revisades per un home.

Entre les dones equatorianes hem trobat que majoritàriament la preferència és que el professional de ginecologia sigui una dona, però que el fet de que sigui un home no actua com una barrera d'accés a l'especialitat.

En el cas de les dones de nacionalitat espanyola, el fet que el professional de ginecologia sigui un home no és, en cap cas, un obstacle d'accés a aquesta especialitat, si bé és cert, que moltes de les dones de nacionalitat espanyola entrevistades també ens han manifestat la seva preferència per ser ateses per una ginecòloga enlloc d'un ginecòleg, en cas de poder escollir.

Moltes dones de nacionalitat espanyola, en contraposició a la majoria de dones de la resta de col·lectius estudiats, critiquen al Sistema sanitari, en canvi, pel fet que no poden fer-se les revisions ginecològiques amb la periodicitat que desitjarien i algunes d'elles asseguren que accedeixen a la xarxa privada de salut per ser ateses d'aquesta especialitat. El fet que hi hagi informacions diverses vers la periodicitat i el rang d'edat entre professionals, adminis-

tracions, associacions, etc, fa que les dones desconfiïn del sistema⁶⁵.

Dit això, cal apuntar també, que, com ja hem anat veient la prevenció, i menys encara la promoció de la salut, pràcticament no existeix en l'imaginari de la persona immigrant, sinó que s'associa la salut pública únicament a l'atenció sanitària. Amb tot pel que hem pogut observar en les especialitats estudiades, l'atenció ginecològica i obstètrica és potser un dels principals espais on hi ha una intersecció entre la medicina preventiva i la medicina curativa⁷⁰. Un altre espai on probablement existeix aquesta interacció entre medicina preventiva i curativa és en l'especialitat de pediatria.

Factors institucionals

En els discursos de les persones entrevistades de nacionalitat estrangera hem detectat també una sèrie d'obstacles d'accés als serveis sanitaris que són atribuïbles al funcionament del propi sistema i per tant són **obstacles institucionals**⁴¹: El temps d'espera en les cites i les derivacions^{64,67}, les hores d'espera en els serveis d'urgències, els horaris dels CAP, la dificultat de transmissió de la informació⁶⁴ o els circuits establerts, en són els principals exemples.

Un dels principals obstacles d'accés que apunten els diferents col·lectius estudiats doncs, és el temps que pot tardar un usuari des que demana una cita amb el metge de família i, en especial, el metge especialista fins que aquesta es realitza⁶⁴. Aquest aspecte és la principal crítica que els ciutadans de les quatre nacionalitats estudiades fan i és un motiu que actua com a obstacle a l'hora d'accedir als serveis sanitaris.

Vinculat a les condicions laborals precàries que apuntàvem anteriorment, que dificulta a molts treballadors d'absentar-se del seu lloc de treball, els horaris tan dels CAP així com els horaris dels metges especialistes, que coincideixen amb els horaris laborals de la majoria de ciutadans, també és considerat com un obstacle d'accés als serveis sanitaris per part dels diferents col·lectius estudiats.

Hem detectat també, com algunes persones de nacionalitat espanyola assenyalaven aquests horaris⁴¹ com un obstacle d'accés pel fet de coincidir amb els horaris laborals. La incertesa laboral causada per la crisi econòmica fa que moltes persones, també autòctones, no tinguin tantes facilitats per absentar-se de la feina i per tant aquest horari dels CAP i dels especialistes, efectivament pot esdevenir un obstacle d'accés als serveis sanitaris.

Un altre obstacle que han apuntat alguns informants, la majoria ciutadans xinesos, però també alguns ciutadans equatorians o, fins hi tot el mediador marroquí entrevistat, és la manca d'informació vers el funcionament del sistema sanitari que tenen molts ciutadans de nacionalitat estrangera^{41,64,65}. Hem detectat en aquest sentit, doncs, una demanda de poder disposar de major informació oficial per tal de poder comprendre millor el funcionament del sistema (en concret de la TSI) i finalment, poder accedir i usar els serveis tal com estableix el sistema.

Un darrer obstacle assenyalat per molts, que no opera com un obstacle d'accés als serveis sanitaris pròpiament ja que es dona quan els usuaris ja són dins, però que dificulta sobretot la continuïtat assistencial dels pacients són els circuits interns establerts: les derivacions als especialistes, la necessitat d'efectuar-se proves mèdiques, haver de retornar al metge de família perquè revisi les proves, etc. fa que alguns ciutadans abandonin el procés.

Factors institucionals-professionals

Finalment, dintre dels obstacles d'índole institucional, n'existeixen uns que també dificulten l'accés als serveis sanitaris dels ciutadans de nacionalitat estrangera entrevistats: els obstacles que tenen a veure pròpiament amb els professionals sanitaris, això és, els **obstacles institucionals-professionals**.

En tots els grups de cadascun dels quatre col·lectius d'origen estranger efectuats hem recollit testimonis de persones que en un moment o altre s'han sentit discriminats en major o menor mesura en l'accés i durant la consulta mèdica⁷¹. Aquesta discriminació va des d'una sensació de manca de paciència per part dels professionals detectada, sobretot, per aquells pacients que tenen moltes dificultats de comunicació (per exemple, els xinesos) a l'existència de prejudicis per part dels professionals vers el col·lectiu que representa el pacient estranger, fins arribar a la percepció d'una manifesta discriminació per part d'alguns professionals enfront aquests usuaris pel simple fet de ser immigrants.

Aquestes actituds xenòfobes percebudes pel que fa a les actituds d'alguns professionals sanitaris, no són en cap cas, segons assegurin la majoria d'usuaris entrevistats, la situació habitual quan un pacient de nacionalitat estrangera es posa en contacte amb qualsevol servei sanitari. El fet, però, que la majoria d'usuaris entrevistats afirmen haver patit en alguna ocasió una situació de discriminació en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris fa pensar en la presència d'aquestes actituds per part d'alguns professionals sanitaris. I aquestes situacions actuen, evidentment com

a obstacles d'accés als serveis sanitaris en aquelles persones que han s'han sentit discriminades.

En aquest sentit és important assenyalar també, que els ciutadans de les quatre nacionalitats estrangeres estudiades en cap cas consideren al sistema català com discriminatori o xenòfob, sinó tot el contrari, ja que la majoria de ciutadans de nacionalitat estrangera estudiats valoren molt positivament la gratuïtat i la universalitat en l'accés^{64,68}. D'aquesta manera, atribueixen aquestes situacions de tracte discriminatori a actituds individuals d'alguns professionals sanitaris (personal d'atenció a l'usuari, infermers i metges), però en cap cas al propi sistema.

Aquesta atribució individual a actituds més o menys xenòfobes que apunten diferents informants de les quatre nacionalitats estrangeres té un punt de concordança amb els testimonis d'alguns usuaris autòctons que assenyalen haver trobat professionals sanitaris amb deficiències en el tracte personal vers els seus pacients. És probable que algunes actituds despectives per part d'alguns professionals sanitaris vers els seus pacients siguin viscudes per usuaris de nacionalitat estrangera com actituds discriminatòries per raó d'origen mentre que per part d'usuaris autòctons siguin viscudes com atribucions del caràcter del professional sanitari. Sigui com sigui, el fet que una persona de nacionalitat estrangera visqui aquesta actitud com una actitud del professional sanitari com a xenòfoba actua com un obstacle d'accés als serveis sanitaris, mentre que la majoria d'autòctons asseguren sol·licitar canvis de professionals per ser atesos en properes ocasions quan es troben situacions d'aquest tipus.

Els sistemes sanitaris d'origen

Tot i les evidents especificitats de cadascun dels sistemes sanitaris de referència de cadascuna de les nacionalitats estrangeres estudiades, hem pogut detectar força característiques comunes entre ells, que, al cap i a la fi, ens ajuden a comprendre el comportament que tenen aquests ciutadans davant d'un problema de salut un cop són a la societat d'acollida. Cal recordar que el sistema sanitari d'origen també és un element que condiciona la relació amb el sistema sanitari d'acollida⁴¹.

Segons els discursos dels informants de les diferents nacionalitats, els sistemes sanitaris de referència són uns **sistemes sanitaris precaris**⁶⁵ des d'un punt de vista de finançament públic així com des d'un punt de vista de recursos tan materials com humans.

D'aquesta manera, molts dels usuaris entrevistats, per exemple, els marroquins o els pakistanesos, denuncien que per poder rebre una bona atenció mèdica en els respectius països d'origen cal accedir a la xarxa sanitària privada. Això significa que només una petita proporció de ciutadans poden accedir-hi ja que la majoria de la població, d'ambdós nacionalitats, no disposa dels recursos econòmics suficients per accedir a la medicina privada.

El sistema xinès es basa en el copagament mentre que a l'Equador tot i que en algunes zones existeix una xarxa pública que a priori és d'accés universal, el sistema està molt saturat i el capital social i econòmic esdevenen claus per rebre finalment atenció mèdica. En aquest sentit estem davant doncs sistemes sanitaris **poc accessibles**⁶⁵ ja que gran part de la població de cadascun dels països no disposa dels recursos econòmics suficients per poder accedir-hi de manera habitual, quan tenen un problema de salut.

Finalment, una altra característica comuna dels sistemes sanitaris de referència és la seva **manca de cobertura** sobretot en les zones rurals i més allunyades dels centres urbans més importants d'aquests països⁶⁵. Amb la qual cosa, bona part de la població d'aquests països difícilment pot accedir-hi.

Les característiques dels sistemes d'origen tenen algunes conseqüències en els comportaments dels ciutadans d'aquests països vers la malaltia i ús dels serveis sanitaris⁴¹: L'ús habitual de remeis i medecines tradicionals per guarir la majoria de problemes de salut (visites a curanderos) i contactes puntuals amb alguns serveis sanitaris privats quan aquests remeis tradicionals no són suficients per guarir la malaltia, sempre i quan econòmicament sigui viable.

Comportament davant la malaltia

Una de les pràctiques habituals en la majoria de persones de les quatre nacionalitats estudiades, i també en moltes de les persones de nacionalitat espanyola entrevistades, és l'**automedicació**, sobretot en aquelles malalties que són comunes i aquells problemes de salut ja coneguts.

A banda, molts dels ciutadans estrangers entrevistats també ens han indicat que per guarir aquests problemes de salut comuns i coneguts fan servir, també en destinació, alguns dels **remeis tradicionals** que ja usaven en origen. És interessant destacar que tot aquest coneixement de medecines tradicionals tan en la comunitat pakistanesa com en la comunitat marroquina és un coneixement bàsicament femení i per tant, mentre elles són en origen, els seus marits no les fan servir en destinació i s'inclinen molt més per l'automedicació mitjançant medecines adquirides a les farmàcies.

Tot i aquest ús de les medecines tradicionals, un argument que reforça la idea de que en destinació aquests remeis casolans s'usen menys que en origen és, per exemple, el fet que les dones pakistaneses afirmen que fan servir aquests remeis tradicionals per guarir algunes malalties que pateixen elles mateixes o que tenen els seus marits, però en cas que la persona que té el problema de salut sigui un fill o una filla, s'escull majoritàriament com a única opció l'accés als serveis sanitaris.

D'altra banda, hem detectat mitjançant alguns discursos d'alguns homes pakistanesos i marroquins que el fet d'usar aquestes medecines tradicionals s'associa com un costum arcaic que no lliga amb la modernitat i el fet de viure a Europa, i en aquest sentit, es prefereix l'automedicació mitjançant medecines pròpies de la societat d'acollida.

El col·lectiu equatorià fa també ús habitual de l'automedicació i per tant és freqüent que aquestes persones accedeixin a les farmàcies per adquirir les medecines que necessiten. La principal explicació que donen a aquesta pràctica habitual és el fet d'evitar la demora de temps que suposa entrar en contacte amb els serveis sanitaris en destinació.

Aquests arguments són similars als que raonen les persones de nacionalitat espanyola entrevistades. Algunes persones autòctones afirmen també automedicar-se davant de malalties conegudes amb l'objectiu d'evitar la visita mèdica.

El fet que darrerament calgui una recepta mèdica per poder adquirir a la farmàcia alguns medicaments ha provocat que moltes persones que generalment accedien a la farmàcia a comprar aquests medicaments per auto administrar-se'ls ara hagin d'accedir als CAP per què el metge de família els faci la recepta. Hem recollit aquesta resignació de necessitar la recepta mèdica sobretot en discursos de ciutadans equatorians i autòctons.

Comportament davant la malaltia: el cas xinès

El cas xinès, el comentem de manera específica perquè és particular. Els nostres informants així com la mediadora entrevistada, asseguren que la majoria de població xinesa s'automedica molt quan té qualsevol problema de salut.

A banda, els xinesos també fan ús de la seva medicina oriental per pal·liar molts dels problemes de salut que tenen. En aquest sentit hem detectat alhora un alt coneixement per part de les persones entrevistades de les tècniques de la medicina oriental.

Un altre element interessant que cal assenyalar propi del col·lectiu xinès és que segons ens indiquen alguns informants, existeixen a Barcelona clíniques xineses privades clandestines. Algunes de les persones entrevistades asseguren haver-hi accedit i els arguments que expliquen aquest accés són principalment les dificultats de comunicació que tenen per comunicar-se amb els professionals de la salut i evitar la demora de temps que implica l'accés a aquests serveis sanitaris. Accedir a aquestes clíniques xineses privades té un cost econòmic però les persones xineses que hi accedeixen no tenen problemes de comunicació i a més són ateses al moment.

Una darrera característica del col·lectiu xinès que viu a Barcelona i que fa evident una baixa confiança d'aquests envers els serveis sanitaris d'acollida⁶⁵, és que molts informants asseguren que habitualment, si tenen un problema de salut greu enlloc de ser tractats en el sistema sanitari català, prefereixen viatjar a la Xina per ser tractats per professionals de la salut xinesos, tot i la despesa econòmica que significa tant el viatge com l'atenció mèdica en origen⁶⁵.

Ús habitual dels serveis d'urgències hospitalàries

Una gran part de la població de nacionalitat estrangera de les quatre nacionalitats estudiades, així com una part de la població de nacionalitat espanyola, asseguren que generalment accedeixen als serveis d'urgències hospitalàries quan tenen un problema de salut, encara que aquest no sigui un problema de salut urgent⁷².

Tot i aquesta generalització trobem, però, algunes diferències en aquest accés segons, com a mínim, dues variables (entre els col·lectius de nacionalitat estrangera): la nacionalitat i els anys de residència a Barcelona.

Pel que fa a la nacionalitat veiem que gran part de les persones de nacionalitat equatoriana entrevistades asseguren que la seva primera opció davant d'un problema de salut, sempre i quan aquest no sigui urgent, és el CAP. De tota manera els nostres informants ens asseguren també que molts dels seus compatriotes fan un ús habitual dels serveis d'urgències hospitalàries.

En el cas marroquí, hem copsat que aquelles persones que fa més temps que resideixen a Barcelona són les que en major mesura accedeixen als CAP de manera habitual. De tota manera, hi ha moltes persones que assenyalen la seva preferència per accedir als serveis d'urgències hospitalàries en detriment del metge de família per la rapidesa en l'atenció⁷².

En aquesta línia, és clar, que les persones que duen un major període de temps vivint a Barcelona doncs, tenen un major coneixement del funcionament dels serveis sanitaris d'acollida i fan un ús dels serveis més aproximat a l'establert pel sistema, que inclou un major accés als CAP davant d'un problema de salut i l'accés als serveis d'urgències hospitalàries, tan sols davant d'un problema de salut urgent.

De tota manera, hem constatat mitjançant les entrevistes efectuades que molts ciutadans de totes les nacionalitats (inclosos els autòctons) usen prioritàriament els serveis d'urgències hospitalàries per ser atesos davant d'un problema de salut. Aquestes persones de nacionalitat espanyola que usen majoritàriament els serveis d'urgències hospitalàries així com algunes persones de nacionalitat estrangera amb un bon coneixement del sistema sanitari d'acollida, que actuen de la mateixa manera, expliquen, d'altra banda, que fan servir el CAP per a realitzar diferents gestions (tramitar altes i baixes laborals, consultar resultats de revisions mèdiques, gestionar receptes, etc) però en cas de malaltia prefereixen l'accés directe als serveis d'urgències hospitalàries. Les causes d'aquest major accés al servei d'urgències hospitalàries són diverses:

- D'una banda, alguns dels informants entrevistats asseguren, com ja hem vist, que la **incompatibilitat entre els horaris^{41,72} dels CAP** i els seus horaris laborals dificulten molt la visita al metge de família, i en molts casos s'accedeix al servei d'urgències hospitalàries ja que aquests serveis estan oberts les 24 hores del dia.
- Un altre factor que explica aquest major accés als serveis d'urgències hospitalàries assenyalat pels nostres informants es la **rapidesa en l'atenció⁷¹** als serveis d'urgències en comparació amb el metge de família. Accedir als serveis d'urgències es concebut doncs com una drecera en l'objectiu de ser visitat per un professional sanitari. El fet que no sigui necessari sol·licitar una cita prèvia per accedir a aquest servei actua, doncs, com un facilitador d'accés.
- Un altre argument que podria explicar part d'aquest major accés als serveis d'urgències hospitalàries (en els

diferents col·lectius de nacionalitat estrangera) és que el **funcionament** d'aquest servei és **similar** a l'ús que la majoria de persones de nacionalitat estrangera estudiats efectuaven en els seus països d'origen: visita al professional de la salut i obtenció de diagnòstic i tractament el mateix dia de la visita (salvant les diferències entre els serveis sanitaris d'origen i els serveis d'urgències hospitalàries de destí, la lògica d'ús dels serveis és similar).

- Una darrera explicació d'aquest major accés als serveis d'urgències hospitalàries respon a que moltes de les persones de nacionalitat estrangera dels col·lectius estudiats (i també molts autòctons), com hem vist, s'automediquen i fan servir remeis tradicionals habitualment per guarir molts dels problemes de salut coneguts. Si mitjançant l'automedicació i els remeis casolans no se soluciona el problema de salut és llavors quan s'accedeix als serveis sanitaris i específicament als serveis d'urgències hospitalàries³.
- D'altra banda, hem vist que en moltes ocasions la principal prioritat de la majoria de les persones nouvingudes es treballar un cop són a Barcelona i, en aquest sentit, la salut en ocasions queda relegada en un segon terme⁶⁵.
- Ambdós factors (l'automedicació que no ha fet l'efecte esperat i relegar la salut en un segon terme) provoquen finalment que, en moltes ocasions, **s'accedeixi als serveis sanitaris quan la malaltia es troba en un estat avançat**³. I en aquest cas, el servei sanitari indicat per rebre atenció mèdica són els serveis d'urgències.

6.3. Valoració dels serveis sanitaris

En general, les valoracions que realitzen la majoria de les persones entrevistades dels quatre col·lectius estudiats vers el sistema sanitari d'acollida són valoracions molt positives^{64,68}. El sistema d'acollida surt, de la comparació amb els diferents sistemes sanitaris d'origen, en línies generals, molt ben valorat.

A grans trets, les característiques que per damunt de tot valoren els usuaris dels quatre col·lectius estrangers estudiats són, d'una banda, la **gratuitat** en l'accés als diferents serveis sanitaris, en contraposició als costos econòmics que suposa l'accés als sistemes sanitaris d'origen. Els usuaris dels quatre col·lectius valoren molt positivament que el fet de ser atès no suposi, una despesa econòmica a l'usuari.

En la mateixa línia, també es valora molt positivament el fet que sigui **d'accés universal**. Es considera un punt

fort del sistema el fet, per exemple, que una persona amb situació irregular pugui ser sigui atesa davant d'una urgència mèdica en comparació a l'exclusivitat dels serveis sanitaris de referència.

Una tercera característica molt ben valorada pels diferents col·lectius estudiats és la **igualtat en l'accés** que garanteix el sistema sanitari català en el sentit que, per exemple, al servei d'urgències hospitalàries es respecten els torns segons dos criteris, la gravetat del problema de salut i, en segon terme, l'ordre cronològic d'arribada al servei. Aquesta característica també es contraposa amb els diferents sistemes sanitaris de referència on la capacitat econòmica i el capital social dels usuaris estableixen l'ordre de preferència en l'atenció mèdica.

Els metges de família són els professionals sanitaris que reben més crítiques per part dels pacients de nacionalitat estrangera. El fet que després de concertar una cita i l'usuari accedeixi a la consulta del metge de família i que aquest després de l'entrevista mèdica derivi el pacient a un altre servei sanitari xoca frontalment amb l'imaginari del perfil de metge forjat en origen que tenen la majoria de persones dels col·lectius estrangers estudiats. Com hem vist, en els diferents països d'origen, generalment el professional de la salut en la primera visita ja estableix el diagnòstic i indica el tractament a seguir per solucionar la malaltia (són metges generalistes) mentre que el metge de família després d'una entrevista mèdica decideix, en cas que sigui necessari, a quin especialista deriva el seu pacient. Aquesta situació fa que molts informants entrevistats considerin que els professionals de la salut dels seus països d'origen tinguin majors coneixements (i major experiència) que els metges de família del Sistema sanitari d'acollida, perquè, des del seu punt de vista, detecten la malaltia a la primera visita, cosa que en moltes ocasions no fan els metges de família.

Reforça aquesta idea el fet que, en canvi, no hem detectat crítiques per part dels usuaris de nacionalitat estrangera cap als professionals de les diferents especialitats ni tampoc cap als professionals que treballen en els serveis d'urgències hospitalàries. Segurament perquè tan uns com els altres assenyalen el problema de salut i estableixen els passos a seguir per guarir-los, i, en aquest sentit respon al rol de professional sanitari que tenen assumit aquests pacients.

En la mateixa línia, una crítica que realitzen els usuaris de nacionalitat equatoriana als metges de família és que la majoria d'aquests realitzen l'entrevista mèdica però tenen la percepció que no revisen/exploren els seus pacients ("chequeos"), o, com a mínim no ho fan amb la profun-

ditat en que els usuaris equatorians estan acostumats⁶⁴. Anant, encara, una mica més enllà, alguns d'aquests informants de nacionalitat equatoriana perceben que mentre que alguns metges del Sistema sanitari català que són de nacionalitat estrangera si que realitzen aquestes revisions, amb més o menys profunditat, els de nacionalitat espanyola no ho fan tant i indiquen el tractament o deriven els pacients als metges especialistes sense haver dut a terme aquesta revisió exhaustiva.

Des del punt de vista de les persones de nacionalitat espanyola hem detectat alguns missatges entorn la manca de temps de que disposa el pacient (i el professional) en la visita del metge de família⁶⁵. Algunes persones assenyalen que en ocasions s'han quedat sense la possibilitat de preguntar tot allò que consideraven necessari en la consulta i la sensació de que el metge de família no té prou temps per inspeccionar amb profunditat al seu pacient.

Aquesta sensació de que la visita amb el metge de família és molt curta es fa encara més evident entre aquelles persones de nacionalitat estrangera que tenen dificultats de comunicació. I en aquest sentit, és probable que una part de la manca de paciència que alguns informants xinesos atribueixen als professionals sanitaris, i en especial als metges de família, tingui que veure amb aquesta rapidesa en l'atenció. I també amb la sensació que apuntàvem, que tenen molts usuaris equatorians, de que els metges de família no realitzen els "chequeos" suficients en les visites.

Demandes i propostes de millora

La principal demanda que han efectuat les persones entrevistades de nacionalitat estrangera que tenen dificultats de comunicació és la possibilitat de que en els diferents centres sanitaris existeixi **la figura del mediador o la mediadora cultural**. Aquest perfil professional esdevé un facilitador d'accés als serveis sanitaris per aquells ciutadans xinesos, pakistanesos i marroquins que tenen dificultats de comunicació i, és clar, són alhora un suport molt important pels professionals sanitaris ja que disposar d'aquest professional permet a aquests darrers assegurar-se de que els seus pacients han comprés tan el problema de salut que pateixen com els tractaments que han de seguir per solucionar-lo^{3,4,40}. A banda de facilitar la comunicació el mediador o la mediadora cultural també és una figura clau que escurça la distància cultural que existeix entre alguns usuaris i els serveis sanitaris. Un bon exemple d'aquest escurçament de la distància cultural el trobem, tal com ens expliquen algunes mediadores entrevistades,

en el fet que moltes dones de les diferents nacionalitats estrangeres no tenen incorporat l'hàbit de la prevenció ginecològica quan arriben a Barcelona i després de poder contactar amb aquestes mediadores, poc a poc, moltes d'elles van canviant la seva pauta de comportament i accedeixen més habitualment a aquest servei sanitari.

Per col·lectius és evident que la demanda de mediadors i mediadores culturals és una demanda generalitzada del col·lectiu xinès, que com ja hem comprovat, és el col·lectiu que té unes majors dificultats de comunicació. També és una demanda generalitzada entre les dones de nacionalitat pakistanesa. Per aquestes dones pakistaneses el fet que en els serveis sanitaris usats habitualment existeixi la figura de la mediadora cultural augmenta la seva autonomia personal ja que el seu accés no depèn de la disponibilitat del marit per accedir-hi. A més, hem detectat que moltes d'aquestes dones prefereixen accedir soles als serveis sanitaris que amb els seus marits per una raó d'intimitat i, per tant, la figura de la mediadora cultural és per aquestes dones una figura clau en l'accés i us dels serveis sanitaris d'acollida.

En el mateix sentit de facilitar la comunicació entre el professional sanitari el pacient alguns informants de nacionalitat estrangera consideren oportú que els metges disposessin en la seva consulta de **materials traduïts** amb l'objectiu de facilitar la comunicació amb el pacient, en cas que aquesta no sigui fluïda i no es disposi d'un mediador o mediadora cultural⁴⁰.

Una altra petició molt generalitzada que fan els usuaris de totes les nacionalitats estudiades, inclosa la espanyola, és poder **reduir el temps d'espera**⁶⁵ sobretot entre el moment en que se sol·licita una cita amb el metge de família i es produeix la visita, i el temps d'espera entre que el metge de família deriva al seu pacient a un especialista i es realitza aquesta visita. Una altra demanda, també relacionada amb el temps d'espera és el fet de poder reduir les hores que generalment han d'esperar els usuaris en els serveis d'urgències hospitalàries.

La solució que proposen alguns usuaris de nacionalitat espanyola per reduir aquest temps d'espera és **augmentar el nombre de professionals** sanitaris en les plantilles dels diferents serveis. Una altra solució des del punt de vista dels usuaris de nacionalitat espanyola per tal de mirar de descol·lapsar el sistema i reduir el temps i les llistes d'espera és la possibilitat del **copagament**. Molts usuaris entrevistats asseguren estar disposats a pagar una petita quantitat de diners per cada visita, si realment això significués una millora en el funcionament.

Una altra demanda que emergeix relacionat amb el temps d'espera i la manca de professionals sanitaris és que cada usuari pogués ser atès pel temps que fos necessari, això és, que el professional sanitari no es veiés limitat a fer la visita en uns pocs minuts.

Una altra petició detectada a partir dels discursos d'alguns informants, tot i que no ha estat emesa directament com a petició, sinó més aviat com a debilitat del sistema d'acollida és que no arriba als pacients de nacionalitat estrangera la informació oficial (institucional) sobre el funcionament dels diferents serveis que conformen el sistema sanitari català.

Algunes demandes específiques que també hem pogut copsar són, per exemple, en el cas de les dones pakistaneses, que proposaven que en els hospitals hi pogués haver algun servei tipus *guarderia* en que poguessin cuidar els infants en cas que les mares hagin de ser hospitalitzades.

Els equatorians, per la seva banda, realitzen dues demandes també particulars. Una és que l'usuari pogués contactar directament amb el servei especialitzat sense la necessitat de ser derivat pel metge de família, amb la voluntat d'escurçar el circuit habitual un cop s'accedeix als serveis sanitaris. Una altra, que els metges de família facin exploracions exhaustives als seus pacients quan aquests accedeixen a les seves consultes.

Una proposta de millora exposada pels alguns usuaris de nacionalitat espanyola seria millorar la intimitat dels pacients hospitalitzats, i per fer-ho, una de les propostes recollides era la possibilitat que en cas d'hospitalització les habitacions enlloc de ser dobles fossin individuals.

7. La percepció dels professionals vs l'opinió dels usuaris

Després de presentar els resultats obtinguts per part dels ciutadans de les diverses nacionalitats estudiades i comparar-los entre ells, es proposa, en darrer terme, confrontar les percepcions que tenen els professionals sanitaris entorn l'accés i l'ús dels serveis sanitaris dels diversos col·lectius de nacionalitat estrangera a partir dels resultats de l'estudi efectuat pel Consorci Sanitari de Barcelona des de la perspectiva dels professionals sanitaris entre els anys 2007 i 2008^{3,4} amb les troballes més importants que acabem de descriure, des de la perspectiva dels ciutadans.

Gran augment del nombre de pacients immigrants d'origen estranger exceptuant els serveis específics de salut mental

De l'estudi efectuat des de la perspectiva dels professionals de la salut es despenia que la majoria de professionals sanitaris (metges i infermeres) de tots els centres de salut que es van estudiar (atenció primària, atenció hospitalària i atenció especialitzada) a excepció dels professionals de salut mental, coincidien a apuntar un augment molt important de pacients de nacionalitat estrangera en les diferents consultes mèdiques, a partir de l'any 2000 i en endavant.

Percepció, per part dels professionals sanitaris, de les dificultats socials i la precarietat econòmica en que viuen els col·lectius de nacionalitat estrangera en destinació i que afecten a la seva salut

D'altra banda, tal com hem pogut constatar mitjançant l'anàlisi de les diferents nacionalitats estrangeres estudiades, entre els professionals de la salut també és detectaven les difícils i precàries condicions socials i econòmiques en que viuen moltes de les persones d'aquests grups de nacionalitat estrangera a Barcelona.

Segons alguns professionals sanitaris entrevistats aquestes condicions socials i econòmiques desfavorables provoquen que moltes d'aquestes persones siguin més vulnerables a la malaltia. Altres professionals consideraven, contràriament, que aquests ciutadans d'origen estranger

no són, en general, més vulnerables a la malaltia que els autòctons. La majoria de professionals coincidien a afirmar, però, que aquestes condicions econòmiques i socials precàries en que viuen moltes d'aquestes persones en la societat d'acollida fa que tinguin majors dificultats per fer front a qualsevol malaltia que hagin adquirit o desenvolupat en destinació en comparació amb les persones de nacionalitat espanyola.

No percepció, des de l'òptica dels professionals, d'existència de dificultats per part de la població de nacionalitat estrangera per accedir als serveis sanitaris

Una altra de les principals idees que es despenia de l'estudi efectuat des de la perspectiva dels professionals sanitaris era que aquestes persones nouvingudes de nacionalitat estrangera tenen, segons aquests professionals, moltes facilitats per accedir als serveis sanitaris i per tramitar la TSI que permet l'accés als diferents serveis.

Des del punt de vista de molts professionals el gran augment de pacients de nacionalitat estrangera en els darrers anys s'explica pel fet que únicament amb el certificat d'empadronament aquests ciutadans poden tramitar la Targeta Sanitària Individual, per la gratuïtat del Sistema sanitari i perquè, a més, els serveis d'urgències són d'accés universal, això és, s'hi pot accedir sense la necessitat de disposar de la TSI ni estar regularitzat.

Analitzant amb major profunditat els discursos dels professionals sanitaris entrevistats ens adonàvem, però, que tot i l'existència d'aquesta percepció d'absència d'obstacles en l'accés per part dels usuaris de nacionalitat estrangera, els mateixos professionals, per explicar alguns comportaments d'aquests col·lectius com, per exemple, l'accés tardà al Sistema sanitari o les dificultats per realitzar el seguiment assistencial, assenyalaven factors relacionats amb la situació econòmica i laboral d'aquests col·lectius, identificaven aspectes relacionats amb la inclusió social d'aquestes persones o apuntaven característiques pròpies de la cultura sanitària d'origen. Arguments que els usuaris dels diferents col·lectius de nacionalitat estrangera estudiats han identificat com a obstacles d'accés als

serveis sanitaris de la societat d'acollida i que els professionals atribueixen a dificultats d'utilització dels serveis per part d'aquests usuaris.

Percepció, des del punt de vista dels professionals, de desconeixement dels serveis sanitaris per part de la població estrangera

Els professionals de la salut, consideraven que la majoria de persones immigrants de nacionalitat estrangera disposen de la TSI, però, per contra, els mateixos professionals tenien la percepció de que la majoria no coneixen bé el funcionament dels serveis sanitaris de la societat d'acollida. Exceptuant els professionals d'aquells centres ubicats en barris on la presència d'un col·lectiu determinat és molt important.

Aquesta percepció manifestada pels professionals sanitaris es contraposa amb l'opinió de molts ciutadans pakistanesos, marroquins i equatorians que asseguren conèixer molt bé el funcionament del sistema sanitari de destinació. Els xinesos, en canvi, si que manifesten un gran desconeixement del funcionament del sistema sanitari de la societat d'acollida, en la línia que apunten els professionals.

Aquesta percepció de desconeixement del funcionament dels serveis sanitaris per part de bona part dels professionals de la salut, de la població estrangera, tot i que contradiu l'opinió de molts usuaris (que asseguren conèixer el funcionament del sistema sanitari gràcies a la xarxa social de que disposen, i per tant, gràcies a experiències prèvies d'altres compatriotes que fa més temps que viuen a Barcelona), recolza, en canvi, el fet que la informació oficial del funcionament del Sistema Sanitari no disposa, sembla ser, dels canals de comunicació suficients i adequats per arribar a la població de nacionalitat estrangera. I en aquest sentit, hem detectat alguns discursos de ciutadans de diverses nacionalitats (xinesos, marroquins i equatorians) assenyalant aquesta manca d'informació institucional.

Percepció, des de l'òptica dels professionals, de l'existència de diferències en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris segons l'origen del col·lectiu de nacionalitat estrangera

D'altra banda, la majoria de professionals sanitaris identificaven diferències i característiques particulars entre els diferents col·lectius de nacionalitat estrangera i, fins hi tot, especificitats internes, a l'hora d'explicar el comportament

dels diferents col·lectius davant la malaltia així com en la relació que estableixen amb els serveis sanitaris d'acollida.

Mitjançant els discursos dels professionals sanitaris es constata, per exemple, que el col·lectiu xinès usa més aviat poc els serveis sanitaris i que fa servir molt la medicina tradicional xinesa per guarir la majoria de malalties comunes. Segons els professionals de la salut, aquest col·lectiu hi accedeix tan sols quan la patologia es greu o es troba en un estat avançat i la seva medicina tradicional no és suficient per solucionar el problema. En aquests casos, segons els mateixos professionals, el canal principal d'accés al sistema sanitari d'aquest col·lectiu són els diferents serveis d'urgències.

Aquesta percepció dels professionals vers el col·lectiu xinès lliga força amb la pràctica descrita pels propis ciutadans xinesos vers els serveis sanitaris a Barcelona. Mitjançant les entrevistes efectuades als usuaris de nacionalitat xinesa hem constatat doncs, l'ús de la medicina oriental i un accés als serveis d'urgències tan sols quan la malaltia és greu o es troba en un estat avançat. A més, però, hem copsat l'existència de clíniques clandestines xineses a Barcelona, on molts ciutadans xinesos accedeixen quan tenen problemes de salut. I, per últim, també hem observat la voluntat i preferència de molts xinesos de tractar-se en origen en cas que la malaltia sigui greu i la persona que la pateix s'ho pugui permetre econòmicament, evidenciant, d'aquesta manera, una manca de confiança vers els serveis sanitaris d'acollida d'aquest col·lectiu, fruit, en bona part, de la incomunicació existent entre els professionals sanitaris i els pacients xinesos.

Segons l'estudi efectuat des de la perspectiva dels professionals sanitaris, el col·lectiu marroquí i el col·lectiu pakistanès realitzen habitualment un accés tardà als serveis sanitaris. La percepció dels professionals és que aquest accés als serveis sanitaris quan la malaltia ja es troba en una fase avançada s'explica perquè molts individus d'ambdues nacionalitats tenen prioritats que anticipen a la salut a causa sobretot a les precàries situacions laborals i econòmiques en que molts d'ells sobreviuen en el país d'acollida. Alhora els mateixos professionals apunten que la porta principal d'entrada al sistema sanitari de destinació d'ambdues nacionalitats són els serveis d'urgències (opinió compartida principalment pels professionals que treballaven en aquests serveis). Els professionals dels CAP en que en la seva àrea d'influència hi habita un nombre important de persones de nacionalitat pakistanesa asseguraven, en canvi, que el CAP esdevé la porta principal d'accés als serveis sanitaris d'aquest col·lectiu.

Mitjançant l'anàlisi efectuat entre els usuaris d'ambdós col·lectius trobem, d'una banda, que la porta d'accés als serveis sanitaris tan de pakistanesos com de marroquins són, a diferència del que indicaven alguns professionals dels serveis d'urgències, i d'acord amb alguns metges de família, els CAP, ja que un cop en destinació, una de les primeres coses que hem detectat que realitzen les persones d'ambdues nacionalitats és tramitar la TSI i sol·licitar una visita mèdica exhaustiva per conèixer el seu estat de salut, aprofitant la gratuïtat del sistema sanitari d'acollida.

D'altra banda, també hem detectat, mitjançant l'estudi des de la perspectiva dels usuaris, que, si bé és cert que tan els pakistanesos com els marroquins, en els inicis del projecte migratori, la salut pot situar-se en un segon terme perquè hi ha necessitats com el treball que són prioritàries, a mesura que el procés d'assentament d'aquestes persones avança i es consolida, s'efectua un ús dels serveis sanitaris molt més proper al que està establert pel sistema. Aquest procés d'assentament lligat a uns hàbits d'accés als serveis sanitaris més propers als que estableix el Sistema sanitari enllaça perfectament amb l'opinió d'alguns professionals i d'alguns mediadors d'ambdues nacionalitats que apunten que un cop les famílies pakistaneses i les famílies marroquines han estat reagrupades, l'accés als serveis sanitaris és molt més habitual i correcte que quan és l'home sol el que viu a Barcelona, que, en general, realitza un ús dels serveis sanitaris molt més puntual, relacionat principalment amb problemes de salut greus i habitualment accedeix als serveis d'urgències.

En un sentit semblant, hem pogut constatar que quan és un infant el que pateix un problema de salut la prioritat de les dones marroquines com de les dones pakistaneses (que són les que habitualment es fan càrrec de la cura dels infants) és accedir als serveis sanitaris per tal que de que el fill o filla sigui atès. I en aquest sentit, hem observat com les dones d'ambdues nacionalitats valoren molt positivament els serveis de pediatria.

Aquesta major cura de la salut dels fills i filles es corrobora també per part d'alguns professionals sanitaris (majoritàriament infermers i infermeres) que apunten que quan es tracta de la salut dels infants, els usuaris de nacionalitat estrangera accedeixen molt abans als serveis sanitaris i són molt més estrictes tan en la continuïtat assistencial com en el compliment del tractament preescrit.

Segons molts professionals sanitaris entrevistats, els usuaris sud-americans, lligat a la facilitat que tenen per co-

municar-se en destí, realitzen un ús més apropiat dels serveis sanitaris que la resta de col·lectius de nacionalitat estrangera, sobretot pel que fa a l'accés als serveis. Segons els professionals entrevistats, els serveis d'urgències són una de les principals portes d'entrada dels membres d'aquest col·lectiu al sistema, però, tot i això, molts professionals asseguraven que aquests col·lectius utilitzen molt més l'accés als CAP i el metge de família que la resta de col·lectius de nacionalitat estrangera.

Per altra banda, la principal especificitat que apuntaven la majoria dels professionals entrevistats era que aquests pacients són molt demandants i sobreutilitzadors de recursos i serveis sanitaris en destinació.

Els usuaris de nacionalitat equatoriana asseguren que la seva porta d'entrada als serveis sanitaris és majoritàriament el CAP, amb la voluntat de tramitar la TSI i que posteriorment utilitzen el metge de família com a servei sanitari habitual (més que no pas els serveis d'urgències). En aquest sentit doncs, l'opinió dels professionals i la pràxis descrita pels usuaris de nacionalitat equatoriana vers els serveis sanitaris coincideix força. Com també coincideix la percepció que tenen els professionals de la salut que asseguren que els pacients d'origen sud-americà són molt demandants de recursos amb les actituds copsades de moltes persones de nacionalitat equatoriana que demanden, per exemple, revisions mèdiques molt més exhaustives de les que efectuen habitualment els professionals sanitaris autòctons.

La porta d'entrada als serveis sanitaris dels usuaris de nacionalitat estrangera segons els professionals sanitaris i l'accés habitual als serveis d'urgències

Com hem vist, la majoria de professionals sanitaris consideren que els serveis d'urgències són la principal porta d'entrada als serveis sanitaris dels usuaris de la majoria de col·lectius de nacionalitat estrangera i que, a més, les urgències són els serveis sanitaris utilitzats habitualment per aquests ciutadans.

Mitjançant els discursos de bona part dels usuaris de nacionalitat estrangera estudiats podem apuntar que la principal porta d'entrada als serveis sanitaris és, a diferència del que apuntaven aquests professionals, el CAP. Com hem vist, el fet que tots els col·lectius estudiats a excepció dels xinesos tramitin ben aviat la TSI un cop arribats a la ciutat, explica que el CAP esdevin-

gui la porta d'entrada als serveis sanitaris d'aquests col·lectius.

Pel que fa el col·lectiu xinès hem pogut determinar que el primer contacte que tenen força ciutadans d'aquesta nacionalitat amb els serveis sanitaris és la farmàcia, ja que molts xinesos quan se'ls acaben les medecines d'origen accedeixen a la farmàcia per adquirir-ne d'occidentals a l'espera que els arribin un altre cop, de la Xina, les seves medecines que usen habitualment per guarir els seus problemes de salut més comuns.

Com dèiem, els professionals sanitaris apunten també que els serveis d'urgències són els serveis majoritàriament usats pels usuaris de nacionalitat estrangera. I en aquest sentit arriben a la conclusió de que els serveis d'urgències estan sobresaturats i en moltes ocasions s'hi atenen problemes de salut que no són urgents i que s'haurien d'atendre en els CAP o en les consultes externes dels hospitals. Alguns dels metges d'urgències entrevistats s'afanyen a afegir, de tota manera, que bona part de la població autòctona també fa un ús incorrecte dels serveis d'urgències.

La recerca efectuada des de la perspectiva dels usuaris corrobora aquest accés habitual als serveis d'urgències que apunten la majoria de professionals sanitaris. Les característiques pròpies d'aquest servei fan que molts ciutadans de nacionalitat estrangera en facin un ús, en molts casos, inapropiat. Com que els serveis d'urgències estan oberts les 24 hores del dia, no es necessària una cita prèvia i la visita mèdica és el mateix dia, molts ciutadans conceben aquest servei com el més ràpid pel que fa a l'atenció i el més fàcil d'accedir pel que fa als tràmits (i a més, és el servei que més s'aproxima al funcionament dels serveis sanitaris d'origen de les principals nacionalitats estrangeres estudiades).

Aquest accés habitual als serveis d'urgències és també confirmat, però, com ja apuntaven alguns professionals, pels propis usuaris de nacionalitat espanyola que conceben aquest servei d'una manera similar a la descrita pels usuaris de nacionalitat estrangera: immediatesa en l'atenció sense la necessitat de sol·licitar una cita. Val a dir, però, que en les entrevistes efectuades als usuaris de nacionalitat espanyola, força informants feien referència a la sobreutilització del servei i asseguraven accedir als serveis d'urgències només en cas de necessitat de ser visitats urgentment, i no pas com a servei sanitari habitual.

Dificultats assenyalades pels professionals sanitaris en l'atenció mèdica a la població de nacionalitat estrangera

La principal dificultat que troben els professionals de la salut per atendre als pacients d'origen estranger és la comunicació quan usuaris i professionals no parlen la mateixa llengua i, per tant, la comunicació entre uns i els altres és deficitària. I en aquest sentit, el col·lectiu xinès és el col·lectiu assenyalat per la majoria de professionals sanitaris com el que presenta majors dificultats per ser atès.

Des del punt de vista dels usuaris, les dificultats de comunicació amb els professionals de la salut també s'han identificat com el principal obstacle d'accés als serveis sanitaris i els xinesos, efectivament, són els que en major mesura han indicat que l'idioma és pràcticament una barreira insalvable d'accés als serveis sanitaris.

De la mateixa manera, des de la perspectiva dels usuaris de nacionalitat equatoriana hem trobat, en canvi, que la llengua és un facilitador en l'accés als serveis sanitaris d'aquest col·lectiu.

Per solucionar aquests problemes de comunicació els professionals sanitaris indiquen que el recurs més utilitzat és el que consisteix en que un amic o un familiar del pacient que no parla l'idioma faci d'intèrpret i tradueixi les indicacions dels diferents professionals sanitaris. Aquest recurs molt utilitzat, per exemple, entre el col·lectiu xinès, però també entre el col·lectiu pakistanès o marroquí (sobretot quan els homes fan d'intèrprets a les dones que encara no parlen l'idioma vehicular de la societat d'acollida) no satisfà als professionals sanitaris perquè no poden adreçar-se directament al pacient i perquè la persona que fa d'intèrpret és alhora un filtre de la informació de totes dues direccions. Tot i això, però, davant de la impossibilitat de comunicar-se, en una primera visita, els professionals sanitaris, moltes vegades, conviden al pacient de nacionalitat estrangera a assistir a la segona visita amb algun amic o familiar que conegui la llengua per, almenys, poder establir una mínima comunicació amb el pacient.

El recurs més demandat i més valorat per part dels professionals sanitaris per facilitar l'atenció de pacients de nacionalitat estrangera és la mediació cultural. Des de l'atenció especialitzada es considera essencial, com a mínim, la presència d'un intèrpret presencial (la prioritat és entendre i fer-se entendre amb el pacient) sobretot, en aquells serveis com els serveis d'urgències, on es viuen situacions més extremes, mentre que segons aquests pro-

professionals, l'ideal és disposar d'un mediador cultural que a part de traduir l'idioma pugui interpretar els codis culturals del col·lectiu al qual pertany el pacient.

Des de l'atenció primària, el poc temps de que disposa el professional sanitari per atendre les visites fa minvar aquest entusiasme entorn la figura del mediador cultural, encara que també s'observa com un recurs vàlid per atendre els pacients de nacionalitat estrangera que no parlen la llengua o presenten algun tipus de distància cultural que dificulta la interacció amb el professional sanitari.

La proposta de que en els centres sanitaris hi hagi la figura d'un mediador cultural és també una de les demandes més efectuades pels ciutadans xinesos, pakistanesos i marroquins, ja que per a la majoria d'ells, el fet que hi hagi en el centre de salut una persona de la seva nacionalitat que els pugui fer d'interpret, i a més, els pugui orientar en tot allò relacionat amb la salut i l'ús dels serveis sanitaris, facilita molt l'accés d'aquests col·lectius al Sistema. Els usuaris asseguren que en aquells centres on existeix la figura del mediador cultural s'accedeix més assíduament als serveis sanitaris.

Un exemple paradigmàtic en aquest sentit és el cas de les dones pakistaneses. Per a la majoria d'elles el fet que en el seu Centre d'Atenció Primària habitual hi treballi una medidora de nacionalitat pakistanesa permet que aquestes dones accedeixin soles a les visites mèdiques i assumeixen les pautes de comportament vers els serveis sanitaris més properes a les pautes establertes pel Sistema sanitari.

Percepcions de la relació dels col·lectius de nacionalitat estrangera, des de l'òptica dels professionals, de dos àmbits específics de salut: la salut mental i la salut sexual i reproductiva

La salut mental

Segons els professionals de salut mental els pacients de nacionalitat estrangera, en general, utilitzen menys aquest servei del que seria d'esperar. Mentre que en la resta de serveis estudiats tots els professionals destaquen el gran nombre de persones d'origen immigrant que han d'atendre a les seves consultes, els professionals de la salut mental confirmen el baix us que fan molts dels col·lectius d'origen immigrant d'aquests serveis sanitaris.

Els motius per explicar aquesta absència de pacients d'origen immigrant a les consultes de psicòlegs i psiquiatres

són, segons afirmen els mateixos professionals, diversos. A vegades el problema de salut mental no es detecta en les consultes de l'atenció primària i per tant no es deriva el cas. D'altra banda, pot ser, que tot i que es detecti el problema de salut mental en l'atenció primària i es derivi el cas, el pacient no acabi arribant al professional de la salut mental al qual ha estat derivat. Aquest segon motiu enllaça amb el tercer ja que segons alguns professionals, des del prisma d'alguns col·lectius d'origen immigrant el fet d'anar al psicòleg o al psiquiatra està molt mal vist o perquè no existeix aquesta figura en origen o perquè no s'atenen en els països d'origen els problemes de salut mental lleugers que, en canvi, si que s'atenen en destinació.

La percepció dels professionals de la salut mental vers el col·lectiu sud-americà es però, en canvi, que aquests ciutadans estan molt habituats a anar al psicòleg i al psiquiatra en origen i, per aquest motiu, accedeixen molt més als serveis de salut mental en destinació que la resta de col·lectius.

Mitjançant els discursos dels diferents col·lectius podem corroborar que efectivament molts pocs pacients de les quatre nacionalitats estrangeres estudiades accedeixen als serveis sanitaris de salut mental. La figura del psicòleg i del psiquiatra pràcticament no existeix en origen i els problemes de salut mental són un tabú i es relacionen majoritàriament amb situacions properes a la bogeria en totes quatre nacionalitats estudiades.

D'altra banda, el fet que els professionals de la salut agrupin les diferents nacionalitats provinent de l'Amèrica llatina sota l'etiqueta de col·lectiu sud-americà comporta una generalització que no s'adiu amb la realitat de les nacionalitats específiques, per exemple, en el cas de la salut mental. Així, mitjançant l'anàlisi del col·lectiu equatorià hem detectat que la salut mental és un tema força tabú entre aquest col·lectiu i que la figura del psicòleg i el psiquiatra en origen és molt poc freqüent. Segons els nostres informants de nacionalitat equatoriana doncs, en l'imaginari del col·lectiu equatorià no hi ha incorporada la possibilitat d'accedir al psicòleg o al psiquiatra per tractar problemes com l'angoixa o la tristesa i per tant, en general no s'atenen els problemes de salut mental lleugers que en canvi són tractats habitualment en països com l'Argentina.

L'atenció a la salut sexual i reproductiva

Dos dels serveis sanitaris més freqüentats per la població d'origen immigrant són els centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i els serveis de ginecologia i obstetrícia. El fet que la majoria de persones que emprenen l'aventura migratòria siguin persones relativament

joves, en edat de treballar i procrear, i que els patrons culturals de reproducció d'origen siguin diferents dels patrons culturals de reproducció autòctons (el nombre mitjà de fills per dona és molt més alt en la majoria de col·lectius de nacionalitat estrangera que entre les dones autòctones) explica perquè tant els ASSIR com els serveis de Ginecologia i Obstetrícia siguin dos dels serveis on s'atén una major proporció de persones d'origen immigrant.

L'atenció a la salut sexual i reproductiva als diferents col·lectius d'origen estranger i concretament a les dones d'aquests col·lectius, presenta, segons els professionals d'aquestes especialitats, diferències que tenen molt a veure amb el paper que juga el gènere femení en cadascuna de les cultures.

D'aquesta manera, les llevadores entrevistades destacaven que les dones sud-americanes, que en moltes ocasions han immigrat soles (bolivianes, equatorianes...) tenen per prioritat en destinació treballar i, per tant, l'horari laboral les condiciona molt alhora de complir amb les visites tot i que s'assegura que la majoria fan un bon seguiment de l'embaràs. Probablement degut a aquests horaris laborals que realitzen, el principal problema que presenten aquestes dones té a veure amb la puntualitat. I després, com hem assenyalat repetides vegades, les llevadores i les ginecòlogues també denuncien el perfil hiperdemandant d'aquest col·lectiu.

Pel que fa a les dones xineses, les llevadores coincidien a apuntar que la seva prioritat també és el treball i que són les dones d'origen immigrant que menys complien, sobretot al principi, però que a mesura que augmenta el temps d'estada a Barcelona, van fent un millor control de l'embaràs. El fet que a la Xina el control de l'embaràs sigui molt menor del que es fa en destinació, com ens assenyala una medidora d'origen xinès entrevistada, fa que, en un principi, les dones xineses no facin tot el seguiment tal i com està pautat, però en segons embarassos sembla que cada vegada més, les dones xineses s'adaptin al control de l'embaràs que es realitza en el país d'acollida.

Les dones pakistaneses, al contrari que les dones sud-americanes o les dones xineses, no treballen en el lloc d'acollida. El model patriarcal i la dificultat d'expressar-se en català o castellà de moltes d'elles en destinació fa que aquestes dones tot i la disponibilitat d'horari, s'hagin d'adaptar als horaris laborals del marit per accedir als serveis sanitaris, en general, i als serveis de ginecologia i obstetrícia així com als ASSIR, en particular, on pràcticament sempre hi accedeixen acompanyades per aquests marits i, per tant, no sempre que caldria.

Les dones d'origen marroquí, tot i que moltes treballen i tenen més relacions socials fora del seu propi col·lectiu que fa que dominin més l'idioma que les dones d'origen pakistanès (entre altres factors, fa més anys que són a Catalunya i Barcelona), també segueixen pautes semblants a les dones pakistaneses pel que fa a l'accés als serveis d'ASSIR o als serveis de ginecologia i obstetrícia, ja que pràcticament sempre hi accedeixen acompanyades del marit.

D'altra banda, el fet que moltes de les dones i homes sobretot de nacionalitat pakistanesa (i força homes i dones marroquines) no acceptin que el professional sanitari que hagi d'atendre la dona sigui un home és una de les principals fonts de conflicte entre aquests col·lectius i els professionals sanitaris d'aquestes especialitats.

Segons les dones dels diferents col·lectius entrevistades hem determinat que efectivament, la majoria de dones pakistaneses no volen ser ateses per un ginecòleg home i el fet que el professional sanitari d'aquesta especialitat sigui un home actua com una barrera infranquejable d'accés a aquest servei.

En el cas marroquí trobem que les dones que provenen de les zones rurals i que tenen uns nivells d'estudis més baixos tenen un comportament molt similar al que acabem de descriure per les dones pakistaneses. Les dones, en canvi, que provenen de zones urbanes i tenen un major nivell d'estudis, no tenen un comportament tan radical en aquest sentit. Tot i que majoritàriament prefereixen ser ateses per una dona, el fet que el professional de ginecologia sigui un home no impedeix aquest accés al servei. El fet que sigui un home pot actuar com un obstacle però no actuarà, en aquests casos, com una barrera d'accés.

En el cas xinès, si bé, la situació no és tan extrema com en el cas pakistanès també hem pogut determinar, mitjançant algunes de les entrevistes efectuades, que el fet que el professional d'aquest servei sigui un home pot operar com un obstacle en l'accés.

Pel que fa les dones de nacionalitat equatoriana, així com la majoria de dones de nacionalitat espanyola, tot i que preferentment prefereixen ser ateses per una ginecòloga dona, en cas que el ginecòleg sigui un home, aquest fet, no suposa cap tipus de conflicte ni cap canvi en la pauta d'accés a aquests serveis.

Enllaçat amb aquest accés als serveis de ginecologia i obstetrícia (encara que aquest situació també succeeix en d'altres serveis sanitaris), pels professionals de la salut,

que la dona no s'expressi en la consulta i que el professional sanitari s'hagi de dirigir al marit per poder-se comunicar amb la pacient, o que en ocasions el marit no expliqui tot el contingut del que ha manifestat el professional sanitari a la pacient (o com a mínim, a vegades, els professionals sanitaris tinguin aquesta sensació en la consulta), o que el marit prengui decisions en nom de la pacient sense preguntar-li a la dona que en pensa sobre un fet determinat, són algunes de les situacions descrites pels professionals valorades com a inacceptables i que generen incomprensió, impotència, resignació als professionals i fins hi tot conflictes entre els professionals i pacients. En aquest sentit, és també important la figura del mediador o medidora cultural pel professional sanitari, ja que quan aquest disposa d'aquest perfil professional en la visita amb una persona de nacionalitat estrangera té la certesa de que s'està comunicant tot allò que vol comunicar, i que les respostes dels usuaris arriben al professional sanitari en la seva totalitat.

8. Conclusions

Per cloure aquest estudi pretenem, en aquest darrer capítol, posar de manifest les principals reflexions que provenen del treball realitzat on hem pretès estudiar la relació que s'estableix entre les persones de nacionalitat estrangera de quatre nacionalitats concretes (xinesos, pakistanesos, marroquins i equatorians) amb els serveis sanitaris de Barcelona.

En primer lloc apuntar que aquesta recerca, d'un marcat caràcter exploratori, s'ha apropiat des d'una perspectiva qualitativa a la realitat vers els serveis sanitaris dels quatre col·lectius esmentats. Considerem que el treball de camp efectuat ha estat prou ampli com per detectar i enquadrar els principals aspectes de la problemàtica plantejada en el context més ampli del fenomen, i a més, ens ha permès donar una pinzellada de les especificitats pròpies de cada col·lectiu estudiat, sense arribar a profunditzar en cadascuna d'elles.

D'altra banda, els resultats obtinguts mitjançant els grups i les entrevistes efectuades han permès aconseguir, en bona mesura, els objectius que ens plantejàvem en els inicis de la recerca. Així, i sense entrar en el detall dels objectius específics que varem definir, hem pogut aportar informació rellevant sobre:

- a. Els principals problemes que troben els diferents col·lectius immigrants en l'accés als serveis sanitaris. Tant problemes intrínsecs del col·lectiu immigrant concret com problemes relacionats que tinguin a veure amb el sistema sanitari.
- b. L'opinió i la valoració que fan els diferents col·lectius d'origen immigrant dels diferents serveis sanitaris i del Sistema sanitari públic, en general.
- c. Els principals elements facilitadors i les principals barres que troben els diferents col·lectius d'origen immigrant en la seva relació amb els professionals sanitaris

Dit això, mirem d'analitzar les principals conclusions que es desprenen de l'estudi efectuat:

La investigació evidencia que els col·lectius d'origen estranger estudiats presenten característiques diferents segons l'origen, i que també són molt heterogenis en la seva composició interna. La variable estranger és, doncs, massa imprecisa per estudiar el comportament dels diferents col·lectius d'origen estranger amb els serveis sanitaris.

Una primera reflexió que ja s'apuntava en l'estudi efectuat des de la perspectiva dels professionals sanitaris^{3,4} i que s'ha fet evident en aquest treball, malgrat algunes característiques comunes detectades entre els diferents col·lectius de nacionalitat estrangera estudiats, és que les persones de nacionalitat estrangera presenten diferències importants segons el seu origen alhora que cada col·lectiu és també heterogeni en la seva composició interna. En aquest sentit, la variable dicotòmica autòcton/estranger és una variable massa imprecisa per estudiar les relacions que s'estableixen entre les persones provinents de països estrangers amb els serveis públics i amb els serveis sanitaris, en concret. Agrupar sota una mateixa etiqueta (estranger) una persona d'origen xinès, una persona d'origen marroquí i una persona d'origen equatorià és, en molts casos, com mirar de dibuixar amb una brotxa grossa enlloc d'utilitzar el matís del pinzell prim, doncs probablement la única cosa que, de partida, tenen en comú aquestes persones és el fet d'haver emigrat a Barcelona per millorar les condicions de vida que tenien en origen així com les dificultats d'assentament a la societat d'acollida. Però, la manera d'afrontar aquestes dificultats, així com les perspectives de futur que tenen en destí, o les relacions que estableixen amb la societat d'acollida, per posar tres exemples, són, efectivament, molt diverses entre els diferents col·lectius, i fins hi tot diferents segons algunes característiques individuals dels individus d'un mateix col·lectiu (sexe, nivell d'estudis, origen rural/urbà, any d'arribada, situació administrativa, etc).

Les desigualtats socials i econòmiques dels diferents col·lectius estudiats vers el grup majoritari fa pensar que afecten a la salut i dificulten la manera d'afrontar les malalties adquirides.

Mitjançant els testimonis de bona part dels ciutadans de les diferents nacionalitats estudiades hem confirmat que una bona part de tots ells viuen en destinació en unes condicions de vida molt precàries (molt pitjor del que havien previst en origen) i que la crisi econòmica ha afectat de ple el segment del mercat de treball on la majoria estan inserits (a excepció dels xinesos que majoritàriament treballen en negocis ètnics i no fan referència en cap moment als problemes derivats de la crisi econòmica). Aquest fet ha agreujat unes situacions socials i econòmiques, ja des de bon principi força vulnerables. D'aquesta

manera, en moltes persones d'aquests col·lectius, la salut pot no ser una de les prioritats principals excepte quan impedeix treballar.

En la mateixa línia, els professionals sanitaris tenien opinions divergents en si aquests ciutadans de nacionalitat estrangera eren més vulnerables o no a la malaltia respecte la població autòctona. Si que hi havia consens, en canvi, en que, en cas de patir un problema de salut, la majoria d'aquestes persones tenen majors dificultats per a eradicar-lo. Els professionals vinculaven aquestes majors dificultats de fer front a la malaltia a les condicions socioeconòmiques que bona part de les persones d'aquests col·lectius tenen en destinació.

Les dificultats socials i econòmiques en que viuen molts dels ciutadans de les quatre nacionalitats estrangeres estudiades doncs, com també indicaven els mateixos informants, poden afectar directament a la seva salut, fent emergir malalties com a conseqüència d'aquestes situacions precàries en que viuen (amuntegament en pisos, jornades laborals molt llargues, etc) o, com asseguraven els professionals i també podem deduir dels discursos dels ciutadans, condicionen la manera d'afrontar una malaltia. Les dificultats per accedir als serveis sanitaris, o, com ja apuntàvem anteriorment, el fet que hi hagi prioritats que passen per davant de la salut, afecten alhora de fer front a una malaltia. I poden explicar part de l'accés tardà als serveis sanitaris, quan la malaltia es troba ja en una fase avançada, o explicar part de l'accés habitual als serveis d'urgències que hem detectat, així com explicar part de la discontinuïtat assistencial i de tractament que hem pogut copsar.

Totes aquestes consideracions ens duen a concloure, en la mateixa línia que ho fa la tesi de Mota²⁰, que no podem establir una relació causal entre ser una persona immigrant de nacionalitat estrangera i patir més o majors patologies, sinó que cal entendre tota aquesta casuística descrita com un indicador clau de l'existència de desigualtats socials en la nostra societat. La hipòtesi que s'amaga al darrere d'aquestes afirmacions és que si sotmetéssim a la població autòctona a les mateixes circumstàncies i condicions de vida en les que viuen aquestes persones immigrades a Barcelona, les conseqüències en termes de salut serien molt similars a les que descrivim avui per a aquests col·lectius.

Una altra estratègia per comprovar si efectivament les condicions socioeconòmiques són determinants, com pressuposem, seria estudiar la relació que s'estableix entre col·lectius d'origen estranger provinents de països de-

sevolupats i comparar-los amb la població diana del nostre estudi.

El sistema sanitari és concebut per part de la majoria de persones dels quatre col·lectius estudiats únicament en clau d'ajut o d'auxili: com un espai de curació però rarament es concebut com un espai de prevenció i manteniment de la salut.

Per altre costat, hem determinat que els sistemes sanitaris de referència dels diferents col·lectius estudiats tot i tenir cadascun les seves especificitats, presenten unes característiques comunes en comparació amb el Sistema sanitari de la societat d'acollida. Els sistemes sanitaris d'origen són precaris (des del punt de vista dels recursos) i poc accessibles per als ciutadans (la seva utilització suposa una despesa econòmica i la cobertura és escassa) la qual cosa implica que per part de la majoria de persones de tots quatre col·lectius es percep el Sistema sanitari únicament en clau d'ajut o d'auxili, això és, com un espai de curació però en cap cas de prevenció i manteniment de la salut (i molt menys de promoció de la salut)⁷⁰. Aquesta concepció es trasllada en destinació. A més, les situacions socials i econòmiques descrites per a la majoria de col·lectius estudiats (precarietat laboral, precarietat en l'habitatge o prioritats que passen per davant de la salut) reforcen, en molts casos, aquest ús puntual dels serveis sanitaris així com les discontinuïtats assistencials o de tractament.

Tot i que també hem comprovat que a mesura que les persones dels diferents col·lectius estudiats fa més temps que viuen a Barcelona, fan un ús més adequat dels serveis sanitaris, aquest fet no treu però, que la concepció del sistema sanitari tan sols com un espai destinat a la curació es mantingui temps després de viure en la societat d'acollida.

L'únic moment d'intersecció entre curació i prevenció l'hem observat d'una manera més o menys incipient en els serveis de ginecologia i obstetrícia, quan les mediadores culturals aconsegueixen implicar les dones del seu col·lectiu en les revisions ginecològiques i de l'embaràs. Hem vist que la majoria de dones de tots quatre col·lectius en molts casos no havien efectuat mai cap revisió ginecològica en origen, però el fet que accedeixin als serveis sanitaris com a conseqüència d'un embaràs es aprofitat per moltes mediadores culturals (i també pels professionals sanitaris) per involucrar-les en la prevenció sanitària.

Entre els homes hem observat que majoritàriament l'accés als serveis sanitaris és puntual amb l'objectiu de solucionar un problema de salut concret.

Valoració molt positiva del sistema sanitari d'acollida en comparació amb el sistema sanitari d'origen. La percepció de discriminació és percebuda puntualment i atribuïda al professional (individu), en cap cas al sistema.

Una altra conclusió que emergeix dels resultats obtinguts és la valoració positiva que efectuen els col·lectius de nacionalitat estrangera estudiats (encara que els xinesos amb menys intensitat) respecte del sistema sanitari d'acollida. Els usuaris entrevistats valoren molt positivament algunes característiques del Sistema sanitari català com són la gratuïtat en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris, la universalitat en l'accés als serveis sanitaris i la igualtat en l'atenció sanitària (l'atenció per ordre d'arribada o per la gravetat del pacient). És lògic que aquestes tres característiques siguin destacades per bona part dels usuaris entrevistats perquè contrasten amb els sistemes sanitaris d'origen que, en línies generals, són molt precaris, de pagament, sense cobertura per a tota la població i, a més, en molts casos existeix el tràfic d'influències en l'accés als serveis.

Tot i aquesta valoració positiva del sistema sanitari d'acollida per part de la majoria de ciutadans de nacionalitat estrangera entrevistats existeixen algunes crítiques al voltant del seu funcionament. La principal crítica de tots els usuaris (inclosos els de nacionalitat espanyola) són els temps d'espera en cadascun dels serveis sanitaris tan per accedir, com un cop dintre del circuit. Sobretot a l'hora de concertar cites amb els metges de família i amb els especialistes, així com les esperes per a la realització de proves mèdiques o el temps d'espera per a intervencions quirúrgiques. En aquest sentit, la lentitud del sistema genera incomprensió i davant de malalties més o menys habituals i conegudes aquesta demora de temps actua com un obstacle d'accés als serveis sanitaris i fomenta l'automedicació dels ciutadans.

D'altra banda, hem observat que tots els pacients de les quatre nacionalitats estrangeres estudiades han percebut episodis de discriminació per part d'alguns professionals sanitaris en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris. És important remarcar que en cap cas es considera al sistema sanitari com un sistema xenòfob (el fet que es valori molt positivament que en els serveis d'urgències, per exemple, l'ordre de visites sigui per ordre d'arribada o per la gravetat del problema reforça aquesta percepció de que no és discriminatori). Així aquestes actituds discriminatòries són atribuïdes als professionals sanitaris com a individus. Els usuaris entrevistats coincideixen a apuntar que aquestes actituds no són habituals però que existeixen.

El coneixement del sistema es transmet mitjançant el boca-orella a partir d'experiències prèvies d'accés als serveis sanitaris per part d'aquells ciutadans que fa més temps que viuen a Barcelona. Es despren que la informació institucional del funcionament del sistema sanitari no arriba amb claredat als usuaris de les diverses nacionalitats.

Una altra conclusió que es desprèn de l'estudi efectuat és que tan el col·lectiu pakistanès, com el col·lectiu marroquí, així com el col·lectiu equatorià, consideren que coneixen perfectament el funcionament dels serveis sanitaris (el col·lectiu xinès admet que no coneix com funciona). Aquest coneixement prové d'una transmissió oral entre les persones que fa més temps que viuen en destinació i les persones novingudes. Per tant, és un coneixement que es basa sobretot en l'experiència en l'accés als serveis sanitaris de les persones que fa més temps que viuen en destinació. Aquesta experiència però, no té perquè comportar un accés i un ús dels serveis sanitaris tal i com estableix el propi sistema, sinó que, segurament, més aviat es transmet un ús funcional que satisfà els usuaris (que en hipòtesi podria explicar una part de l'accés habitual als serveis d'urgències).

S'ha evidenciat, per exemple, en aquest sentit, que la informació institucional del funcionament dels serveis no arriba en molts casos als usuaris de nacionalitat estrangera i algunes de les persones que asseguren conèixer perfectament el funcionament dels serveis sanitaris no coneixen quins són, per exemple, els drets i els deures que implica disposar de la TSI. Manca en aquest sentit doncs, uns canals de comunicació més efectius per tal de poder informar i formar els usuaris sobre el seu funcionament.

Tot i que majoritàriament la porta d'entrada als serveis sanitaris és el CAP, el servei més utilitzat és el servei d'urgències hospitalàries.

Tot i que majoritàriament la porta d'entrada als serveis sanitaris és el CAP per tramitar la TSI (a excepció dels xinesos) i fer-se una revisió exhaustiva de l'estat de salut en que es troben (pakistanesos i marroquins), els serveis sanitaris més utilitzats són els serveis d'urgències, principalment, els serveis d'urgències hospitalàries. Hi ha tres raons bàsiques que expliquen aquest major ús dels serveis d'urgències (també entre molts usuaris de nacionalitat espanyola): possibilitat d'accedir-hi les 24 hores del dia, no cal concertar una cita prèvia i és garanteix l'atenció mèdica el mateix dia.

Si afegim a aquestes tres raons clau, que són els serveis que més s'aproximen a la manera de funcionar dels serveis sanitaris d'origen, que en molts casos si accedeix tan sols quan la malaltia es troba en un estadi avançat (prioritats que passen davant de la salut, automedicació, obstacles d'accés als serveis, etc) o que els horaris laborals i els horaris del CAP són incompatibles, en moltes ocasions, com ja denunciaven molts professionals³, als serveis d'urgències s'atenen casos no urgents i per tant el servei està molt i, moltes vegades mal utilitzat (també per usuaris autòctons).

La farmàcia, primer contacte amb els serveis sanitaris de destinació de molts xinesos, i espai molt freqüentat per molts usuaris de tots els col·lectius com a sistema de curació alternatiu: l'automedicació.

La farmàcia ha esdevingut un element clau en la relació que estableixen els usuaris amb la salut i la malaltia en destinació. Hem copsat, per exemple, que per a molts ciutadans xinesos és, moltes vegades, la primera aproximació que tenen vers la medicina occidental, doncs, si se'ls acaben les seves medicines orientals accedeixen a la farmàcia per poder adquirir algun medicament que pugui solucionar el seu problema de salut.

D'altra banda, hem observat que en tots els col·lectius (també entre els autòctons) està molt estesa l'automedicació. Hem vist que entre els col·lectius estrangers estudiats, molt habituats a fer ús de medicines tradicionals en origen, un cop en destinació es van substituint per medicines occidentals (aquest fenomen es fa evident entre els homes pakistanesos i marroquins, doncs el coneixement dels remeis tradicionals és bàsicament femení). Aquesta automedicació entre els diversos col·lectius s'explica per diverses raons: perquè la majoria de persones a causa de les dificultats d'accedir als serveis sanitaris en origen estan acostumats a automedicar-se i aquest patró de comportament es trasllada a la societat d'acollida per a fer front a malalties habituals o conegudes o perquè la demora de temps existent entre que se sol·licita una cita i el dia de la visita fa que els usuaris mirin de guarir els seus problemes de salut mitjançant l'automedicació.

Cal apuntar també que el fet que en els darrers temps s'hagi endurit l'adquisició de medicaments a les farmàcies sense recepta mèdica s'ha viscut amb resignació per molts usuaris i ha fet augmentar l'accés als CAP amb l'objectiu d'obtenir aquestes receptes que els permetin adquirir o abaratir els medicaments.

Per tot plegat sembla que la farmàcia podria ser un bon espai com a punt estratègic d'informació dels serveis sanitaris, ja que, com hem indicat, és un lloc molt freqüentat pels diferents usuaris de nacionalitat estrangera⁷⁰.

La presència de fills i filles en la llar intensifica l'accés als serveis sanitaris. L'estabilitat familiar doncs, facilita un accés i un ús dels serveis sanitaris més proper al que està establert pel sistema.

Com ja hem apuntat en diverses ocasions, la primera prioritat de moltes persones de nacionalitat estrangera immigrades és poder-se establir en la societat d'acollida (aconseguir una feina i tenir una mínima solvència econòmica) amb l'objectiu de poder efectuar el reagrupament familiar (sobretot entre pakistanesos i marroquins). Durant aquests primers compassos d'assentament l'accés als serveis sanitaris és molt puntual i tan sols s'efectua quan el problema de salut els impedeix treballar. Així, la presència dels fills i filles en destinació estabilitza uns primers compassos més convulsos en la societat d'acollida i facilita un accés més adequat als serveis sanitaris. Una mostra d'aquest major accés és que hem comprovat com, tan les mares pakistaneses com les mares marroquines, es mostren molt satisfetes del servei dispensat per part dels professionals de pediatria vers els seus fills i filles. El fet que les dones pakistaneses en destinació no usin els remeis tradicionals per mitigar els problemes de salut dels seus fills (apliquen aquests remeis a elles mateixes i als seus marits) i optin com a única alternativa l'accés als serveis sanitaris és un bon exemple de que la presència dels fills intensifica l'accés d'alguns col·lectius als serveis sanitaris. De la mateixa manera, en la continuïtat assistencial i de tractament quan es tracta d'un fill o una filla són molt més curosos, i així també ho confirmaven alguns professionals d'infermeria entrevistats en l'estudi des de la perspectiva dels professionals³.

El metge de família, el professional més proper per als usuaris de nacionalitat estrangera que alhora genera, en molts casos, incomprensió pel rol que juga dintre del sistema sanitari.

Per altre costat, hem pogut detectar que les percepcions de molts usuaris d'aquests col·lectius entorn el metge de família són força contradictòries. Tot i que en molts casos el metge de família és considerat com el professional més proper al pacient, massa sovint no s'acaba de comprendre el paper que juga en l'entramat del sistema sanitari. Les

entrevistes mèdiques sense reconeixements mèdics exhaustius (des del punt de vista dels usuaris equatorians) i sobretot, el fet que en molts casos el metge de família derivi el cas a un especialista genera incomprensió per la majoria d'usuaris de tots els col·lectius. Quan això succeeix es pensa que el metge de família no proporciona cap solució mèdica al pacient (el professional sanitari no satisfà el que l'usuari esperava d'ell) i aquesta praxis no encaixa amb l'imaginari (d'origen) que tenen la majoria de persones de tots els col·lectius del metge de família com un metge generalista que després de visitar al pacient diagnostica la malaltia i indica el tractament per guarir-la. Aquestes derivacions del metge de família als metges especialistes fan minvar la confiança d'alguns usuaris vers el sistema sanitari. Reforça aquesta idea d'incomprensió i dubtes que genera el metge de família el fet que en cap cas ha estat criticat cap professional d'urgències ni cap professional d'especialitat perquè tan els uns, com els altres, intervenen directament per posar remei al problema de salut (i per tant, responen a les expectatives dels pacients).

La salut mental és un tema tabú en tots quatre col·lectius de nacionalitat estrangera estudiats. En origen no es tracten els problemes de salut mental entre mitjos i, per tant, aquests col·lectius no tenen interioritzat la possibilitat d'accedir al psicòleg o al psiquiatra en cas de patir problemes de salut mental.

El simple fet d'emigrar comporta uns costos emocionals importants (desarrelament familiar, dificultats d'assenament, societat d'acollida diferent de la projecció efectuada en origen, etc) que poden afectar a la salut mental d'aquestes persones. I les condicions de vida que hem descrit, en que viuen moltes d'aquestes persones, poden agreujar encara més aquests problemes de salut mental. La realitat és, però, que ja els mateixos professionals de salut mental (psicòlegs i psiquiatres) apuntaven un ínfim accés d'aquests col·lectius a aquests serveis. I aquesta no utilització dels serveis de salut mental ha estat confirmada pels mateixos usuaris entrevistats. Des de la perspectiva d'aquests col·lectius la malaltia va lligada únicament a la vessant física però no a la vessant emocional. En origen no s'atenen els problemes de salut mental lleugers i, per tant no hi ha el costum d'atendre'ls tampoc en destí. Els professionals de la salut mental asseguraven que tan sols atenien quadres psicòtics greus d'aquests col·lectius. La salut mental és, en definitiva, un tema tabú en tots quatre col·lectius i es vincula tan sols amb problemes de salut mental greus propers a la bogeria.

Necessitat de mediació evidenciada tant des del punt de vista dels usuaris de nacionalitat estrangera que no tenen com a llengua materna el castellà com des del punt de vista dels professionals de la salut.

La principal demanda efectuada per part dels col·lectius que tenen més dificultats de comunicació i una major distància cultural, com són el col·lectiu xinès i el col·lectiu pakistanès (especialment les dones pakistaneses) ha estat disposar d'un mediador o medidora cultural en els centres de salut. Aquesta demanda també va ser sol·licitada per bona part dels professionals de la salut per millorar l'atenció, precisament, a aquests col·lectius^{3,4}.

La presència d'un mediador o una medidora cultural esdevé doncs com un facilitador d'accés als serveis sanitaris per a aquestes col·lectius. Les dificultats de comunicació que tenen la majoria de persones de nacionalitat xinesa fa que aquest perfil professional esdevinguin clau per a què aquests usuaris accedeixin als serveis sanitaris i també és fa molt necessari per tal de que els professionals sanitaris s'hi puguin comunicar.

La figura de la medidora cultural és també un element bàsic per facilitar l'accés als serveis sanitaris de les dones de nacionalitat pakistanesa. Com hem vist el rol de la dona en el si de la societat pakistanesa es redueix a l'esfera privada i aquest model és transportat a Barcelona. Això fa que les dones pakistaneses generalment accedeixin acompanyades als serveis sanitaris acompanyades pels seus marits. L'existència d'una medidora pakistanesa permet a aquestes dones accedir soles als serveis sanitaris i per aquest motiu la demanda d'aquesta figura ha estat explícita en la majoria d'elles.

9. Bibliografia

1. Carrasco S (Coord.). Immigración, contexto familiar y educación. Barcelona: ICE. Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
2. Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la Salut. Barcelona: Direcció de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.
3. Estudi del fenomen migratori i els serveis sanitaris a Barcelona. Barcelona: Regió Sanitària Barcelona-Consorti Sanitari de Barcelona. CatSalut. Departament de Salut; 2008.
4. Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga A. El acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. Aten Primaria 2011. doi:10.1016/j.aprim.2010.11.01.
5. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). <http://www.idescat.cat>
6. Sanahuja R, Redón G. Documents d'anàlisi. Immigració i reagrupament familiar: característiques demogràfiques i socials dels sol·licitants de reagrupament a la ciutat de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 2008.
7. Camarero L, García I. Los paisajes familiares de la inmigración. Revista Española de Sociología 2004; 4: 173-198.
8. Sanahuja R, Rendón GE. El reagrupament familiar a la ciutat de Barcelona. A: Barcelona Societat núm 15. Barcelona: Observatori Social de Barcelona. Ajuntament de Barcelona; 2008.
9. Alcalde R, Solé C. Les migracions familiars a Catalunya i els seus efectes en les polítiques i en els serveis locals. A: Recerca i Immigració II. Convocatòria d'ajuts 2006. Col·lecció Ciutadania i Immigració. Núm 4. Barcelona: Secretaria per a la Immigració. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya; 2009.
10. García Gómez P. Estat de salut i condicionants de la utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya. Barcelona: Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra; 2007.
11. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.
12. Porthé V, Ahonen E, Vázquez ML, Vives A, Benavides F, Benach J. Les característiques de la precarietat laboral i la relació que té amb la salut de les persones immigrades. A: Recerca i Immigració II. Convocatòria d'ajuts 2006. Col·lecció Ciutadania i Immigració. Núm 4. Barcelona: Secretaria per a la Immigració. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya; 2009.
13. Marí-Klose P, Marí-Klose M, Granados F, Gómez-Grannell C, Martínez A. Informe de la Inclusión Social en España 2009. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya – Obra Social; 2009.
14. Aztarcoz L, Cortés I, Borrell C. Les desigualtats de gènere en la salut a Barcelona. A: Barcelona Societat núm 17. Barcelona: Observatori Social de Barcelona. Ajuntament de Barcelona; 2009.
15. Parella S. Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación. Barcelona: Anthropos; 2003.
16. Puigpinós R. La població immigrant. A: La població vulnerable a Barcelona. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública de Barcelona; 2006. Pàgs 65-78.
17. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2004.
18. Berra S, Elorza-Ricart JM. Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM Núm. 2007/08.

19. Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18 (Supl 1):207-13.
20. Mota P. Migracions i Salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2008.
21. Vall Combelles O, Garcia Algar O. Inmigración y salud. *An Pediatr. (Barc)* 2004; 60(1):1-2.
22. Borrell C, Pérez G, Ricart I, Rodríguez-Sanz M. Les desigualtats socials en Salut a Barcelona. A: La població vulnerable a Barcelona. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública de Barcelona; 2006. Pàgs 45-54.
23. Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb la immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Catsalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
24. Gómez SL, Kelsey JL, Glaser SL, Lee MM, Sidney S. Immigration and acculturation in relation to health and health-related risk factors among specific Asian subgroups in a Health Maintenance Organisation. *Am J Public Health* 2004;94(11):1977-84.
25. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004;59 (8):1613-1627.
26. Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Barrera VH, Jimenez-Garcia R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health* 2007;17(5):503-507.
27. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, de Miguel AG. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health* 2009;9:201.
28. Hernandez-Quevedo C, Jimenez-Rubio D. Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2009; 23(Supl 1):47-52.
29. Hernandez-Quevedo C, Jimenez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med* 2009;69(3):370-378.
30. Aerny N, Ramasco M, Cruz JL, Rodríguez C, Garabato S, Rodríguez A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.* 2010;24(2):136-144.
31. Garcia-Gómez P. Salud y utilización de recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autóctona. *Presupuesto y Gasto Público* 2007;49:67-85.
32. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med.* 2010; 71(9):1610-1619.
33. Vall-Ilosera L, Saurina C, Saez M. Inmigración y Salud: Necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la Región Sanitaria de Girona. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 291-307.
34. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz J. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit* 2009; 23(Supl.1):4-11.
35. Aday LA, Andersen RM. Theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1993; 9:208-222.
36. Vázquez ML, Terraza R, Vargas I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: Pla Director d'Immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007. Disponible en: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/doc12647.html.
37. Alonso E, Jansà JM. La salut dels immigrants a Catalunya, situació i perspectives. La immigració a Catalunya avui. Anuari 2003. Dir. Eliseo Aja i Mònica Nadal. Barcelona. Fundació Jaume Bofill: Mediterrània 2004.
38. Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas

- cas y de utilización de los nuevos espanyoles. Informe SESPAS 2008. Gac. Sanit 2008;22 (Supl 1):86-95.
39. Terraza-Núñez R, Vázquez ML, Vargas I, Lizana T. Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *Int J Public Health*. 2010; DOI: 10.1007/s00038-010-0223-7.
 40. Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2009;23(5):396-402.
 41. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006;23:325-348.
 42. Cots F, Burón A, Castells X, Riu M, García O, Vall O. Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis sanitaris. Ànàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant. *Hospital del Mar. Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Estudis d'Economia de la Salut* 2006;92-109.
 43. De Benito E. Los inmigrantes van al médico la mitad que los espanyoles. Publicat en Premsa (EL PAÍS) 2007.
 44. Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Rev Esp Salud Publica* 2008; 82(2):209-220.
 45. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002;16(5):376-384.
 46. Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Caño J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria* 2008;40(5):225-233
 47. García Campayo J, Gonzalez Broto G, Buil B, et al. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(6):371-376.
 48. Agència de Salut Pública de Barcelona. La tuberculosi a Barcelona. Informe 2009. Barcelona: Agencia de Salut Pública de Barcelona; 2010.
 49. Casal J, García M, Merino R, Quesada J. Aportaciones teóricas metodológicas a la sociología de la juventud desde la perspectiva de la transición. Barcelona: GRET de Recerca Educació i Treball. Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
 50. Spencer L, Ritchie J, Lewis J, Dillon L, National Center for Social Research. *Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence*. London: Government Chief Social Researcher's Office; 2003.
 51. Calderón C, Fernández de Sanmamed MJ. Investigación Cualitativa en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2008. p. 211-240.
 52. Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. *Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.
 53. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis, 2003.
 54. Amescua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica* 2002; 76: 423-436.
 55. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research *BMJ* 2000; 320(7226):50-52.
 56. Mena M, Pla M, Masip M. Análisis de redes de mujeres inmigradas en Cataluña: papel de las asociaciones en el mantenimiento de su salud. *PSICO* 2007; 38 (2): 117-124.
 57. Pla de Ciutadania i Immigració 2005-2008. Barcelona: Secretaria per a la Immigració del Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya; 2005.
 58. La població de nacionalitat pakistanesa a Catalunya. La immigració en xifres. Monogràfic del butlletí de

- la Direcció General per a la Immigració. Núm 9. Generalitat de Catalunya; març 2011.
59. Ahonen EQ, Porthé V, Vázquez ML, García AM, López-Jacob MJ, Ruiz-Frutos C, Ronda-Pérez E, Benach J, Benavides FG; ITSAL Project. A qualitative study about immigrant workers' perceptions of their working conditions in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(11):936-942.
60. Elias J. Immigració i mercat laboral: abans i després de la recessió. Documents d'Economia "la Caixa". Núm 20. Barcelona: La Caixa; març 2011. Disponible a: <http://www.lacaixa.comunicacions.com/se/pbde.php?idioma=cat&llibre=20>.
61. Centro de Investigaciones Sociológicas. Avance de resultados del estudio 2888 Barómetro de mayo de 2011. Disponible a: http://www.cis.es/cis/opencms/ES/NoticiasNovedades/Documentacion_2888.html
62. Les persones de nacionalitat xinesa a Catalunya. La immigració en xifres. Monogràfic del butlletí de la Direcció General per a la Immigració. Núm 7. Generalitat de Catalunya; octubre 2010.
63. Sánchez-Vallejo MA. Nace la familia transoceánica. Article publicat a El País, dissabte 8 novembre 2008.
64. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health* 2010; 55(5):381-390.
65. Pons-Vigués M. Breast Cancer Screening: Social inequalities by contry of origin and social class and its impact on mortality. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2010.
66. Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:51.
67. Saurina C, Vall-Llosera L, Saez M. A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare Region. *BMC Public Health*. 2010;10:379.
68. Almagro MJ, Rojas MJ, Guix J, Garreta S, Ribot B, Arija V. Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. *Creencias sobre salud y enfermedad. Aten Primaria*. 2010;42(5):266-272.
69. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Serral G, Pasarín MI, Rodríguez D, Pérez G, Benet J, Casamitjana M, Borrell C. Knowledge, attitude and perceptions of breast cancer screening among native and immigrant women in Barcelona, Spain. *Psychooncology*. 2011 Mar 7. doi: 10.1002/pon.1940.
70. Instituto de Salud Pública. Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública 91. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2004.
71. Saura RM, Suñol R, Vallejo P, Lahoz S, Atxotegui J, El Manouari M. El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. *Gac Sanit*. 2008;22(6):547-554.
72. Pasarín M, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol E, Torné E, Torras MG, Guarga A, Plasència A. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit*. 2006;20(2):91-100.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**