

Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable

M^a Luisa Vázquez Navarrete

Rebeca Terraza Núñez

Ingrid Vargas Lorenzo



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Direcció de l'encàrrec

Tona Lizana Alcazo

Directora Pla director d'immigració. Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA)

Direcció de l'estudi

M^a Luisa Vázquez Navarrete

Equip d'investigació (Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut – CHC)

M^a Luisa Vázquez Navarrete

Rebeca Terraza Núñez

Ingrid Vargas Lorenzo

Barcelona, octubre de 2007



Estudi elaborat pel Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya per encàrrec del Pla director d'immigració dins la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut.

Índex

Resum executiu.....	5
Introducció	9
1 Antecedents	10
1.1 La població immigrant i la planificació de serveis sanitaris	10
1.2 L'accés als serveis sanitaris: marc teòric	12
1.2.1 L'accés potencial als serveis sanitaris	13
1.2.2 L'accés real als serveis sanitaris	15
1.3 Accés als serveis sanitaris per a la població immigrant	15
1.3.1 Determinants de l'accés als serveis sanitaris relatius a la població immigrant.....	16
1.3.2 Determinants de l'accés als serveis sanitaris relatius als proveïdors	19
1.4 Opinió del personal sanitari sobre l'atenció a l'immigrant.....	20
1.5 Justificació de l'enfocament de l'estudi	21
2 Objectius de l'estudi	23
3 Metodologia	24
3.1 Disseny de l'estudi.....	24
3.2 Àrea d'estudi.....	24
3.3 Mostra.....	26
3.4 Tècniques de recollida de dades	27
3.4.1 Entrevistes individuals	27
3.4.2 Grups focals	28
3.5 Anàlisi de dades.....	28
3.6 Rigor i qualitat de la informació.....	30
3.7 Limitacions de l'estudi.....	30
4 Resultats	31
4.1 Percepció general sobre la immigració.....	31
4.2 Vivència de l'atenció a la població immigrada.....	33
4.3 Percepció sobre l'accés als serveis sanitaris de la població immigrant	35
4.4 Dificultats percebudes en l'atenció a la població immigrant.....	37
4.4.1 Relacionades amb la comunicació.....	37
4.4.2 Relacionades amb les característiques dels col·lectius immigrants...	39
4.4.3 Relacionades amb la utilització dels serveis sanitaris	45
4.4.4 Relacionades amb els serveis sanitaris	50
4.4.5 Relacionades amb les actituds i comportaments dels professionals .	55
4.5 Opinió sobre actituds socials.....	57
4.6 Estratègies desenvolupades en els territoris	58
4.7 Coneixement dels instruments facilitats pel Departament de Salut.....	61

4.8	Necessitats del personal sanitari	64
4.8.1	Per facilitar la comunicació	64
4.8.2	Formació dels professionals	68
4.8.3	Canvis en l'organització de l'assistència	71
4.8.4	Abordatge general	72
5	Discussió i conclusions	74
6	Recomanacions	81
ANNEX		88
Annex I. Guia de l'entrevista individual		89
Annex II. Guia del grup focal		91
Annex III. Exemples de les iniciatives de les institucions del territori		92

Resum executiu

Introducció

El ràpid increment de la població immigrant a Catalunya ha plantejat nous reptes pels serveis sanitaris. Malgrat que el col·lectiu immigrant no presenta problemes de salut molt diferents als de la població autòctona (1), presenten característiques específiques -culturals, idioma, religió, etc.- que podrien generar necessitats de suport en el personal sanitari, fins ara escassament analitzades. Des del Pla director d'immigració en salut, es va promoure aquest estudi amb l'objectiu d'analitzar, des d'una perspectiva qualitativa, les percepcions del personal sanitari sobre la provisió d'atenció a la població immigrant per identificar àrees de millora.

Mètodes

Es va realitzar un estudi qualitatiu, descriptiu de caràcter exploratori i fenomenològic, que es va desenvolupar mitjançant l'aplicació d'entrevistes individuals i grups focals. Es va dissenyar una mostra teòrica d'informants que poguessin proporcionar discursos diferents: a) directius dels proveïdors (gerents, directors assistencials, caps de servei i coordinadors de centres d'atenció primària), b) personal de salut d'atenció primària i especialitzada. Les entrevistes es van gravar i transcriure textualment. La grandària final de la mostra es va assolir per saturació dels discursos. Es va realitzar una anàlisi narrativa dels continguts amb segmentació de les dades per grup d'informants i temes. L'àrea d'estudi estava constituïda per cinc comarques (Barcelonès, Cerdanya, Montsià, Selva, Urgell) amb una elevada concentració de població immigrant i col·lectius predominants diferents.

Resultats

Els informants coincideixen en considerar que l'increment de la població immigrant atesa de forma regular en els serveis sanitaris ha estat notable, concentrat en un període curt de temps, i dinàmic en relació al col·lectiu atès i les seves característiques sociodemogràfiques.

Els informants perceben l'atenció a la població immigrant com una important causa de sobrecàrrega laboral, així com l'origen de sentiments d'angoixa i frustració. Primer per l'increment de la població atesa i en segon lloc, perquè han de dedicar molt de temps a l'atenció fruit de les dificultats que emergeixen. No obstant això, s'identifica un grup que considera l'atenció a la immigració un repte i expressen la seva satisfacció amb resultats positius.

En general els informants comparteixen la percepció que l'accés als serveis sanitaris és fàcil per part de la població immigrant, malgrat que es donen barreres burocràtiques a nivell de municipi que el dificulten.

Entre les nombroses dificultats percebudes en l'atenció a la població immigrant, els problemes de comunicació emergeixen amb força. S'associen directament al desconeixement per part dels immigrants d'una de les llengües oficials de Catalunya i, fonamentalment als col·lectius àrab i xinès; a la utilització diferent de la llengua, en el cas de col·lectius llatinoamericans; a elements culturals, fonamentalment en magrebins, i a la predisposició dels immigrants a comunicar-se.

Els informants assenyalen dificultats en l'atenció relacionades amb les característiques dels col·lectius immigrants com són elements culturals i religiosos, els problemes d'adaptació a les normes locals i les condicions laborals i de vida.

Enfront dels elements culturals i religiosos, alguns professionals els perceben com a dificultadors de la seva pràctica diària pel risc que poden suposar per a la seguretat dels pacients i el sentiment d'incomoditat que els generen per no saber donar-hi resposta. No obstant, altres professionals consideren aquestes pràctiques com innòcues i fins i tot beneficioses, i ressalten l'adaptació dels serveis a les mateixes.

En la utilització de serveis identifiquen com a problema les actituds i comportaments agressives o demandants dels immigrants enfront als professionals. Aquestes actituds les atribueixen al desconeixement del sistema i dels professionals, a la desconfiança cap als professionals, a les condicions sanitàries dels països d'origen i al nivell sociocultural. La utilització de serveis es considera inadequada -ús de les urgències, demandes que consideren injustificades, incompliment de les consultes programades-, condicionada per la situació laboral i el coneixement de la llengua, el desconeixement i les expectatives dels immigrants en relació al sistema. A més, consideren que es busquen al sistema sanitari solucions de problemes socials.

Entre els aspectes del sistema que dificulten l'atenció al col·lectiu immigrant indiquen l'organització de l'assistència a nivell local -problemes en relació als horaris, temps per pacient i personal insuficient, adaptació dels recursos hospitalaris, coordinació intra i interinstitucional, suport dels equips directius al personal sanitari- i a nivell central -absència de planificació adequada, lentitud de resposta a les necessitats, normativa d'atenció a la població immigrant poc clara, assignació de recursos econòmics, gestió de la targeta sanitària-.

Com a dificultat relacionada directament amb el personal sanitari, emergeixen les actituds negatives enfront a la immigració i sobretot, la percepció de manca de competència cultural per afrontar el procés d'atenció a la població immigrant, una sensació generalitzada en tots els territoris.

A nivell local s'han desenvolupat diverses estratègies -individuals o institucionals- per adreçar la barrera idiomàtica, principalment, la traducció d'alguns documents i lèxic bàsic per a l'atenció, la utilització de "traductors" espontanis o l'edició d'un DVD sobre lactància materna en diferents idiomes. Aquest desenvolupament ha estat variable entre territoris, sent més important en els territoris en què el col·lectiu predominant no era de parla hispana.

En relació als materials i estratègies desenvolupats pel Departament de Salut per a l'atenció de l'immigrant, els resultats apunten que no se n'ha assolit una difusió efectiva, donat que el coneixement entre els informants és molt limitat. Els més coneguts són l'accés telefònic a un traductor (Sanitat Respon), el DVD d'acollida i els cursos de formació. No obstant això, la seva utilització comporta diversos problemes (lentitud de contacte, manca de suport tecnològic o institucional) que s'haurien d'adreçar per augmentar la seva utilització i eficàcia.

Entre les necessitats de suport per a l'atenció a l'immigrant expressades destaquen la disposició de traductors (presencials a les àrees amb més concentració d'immigrants o d'accés telefònic efectiu en aquelles amb menor presència), mediadors culturals, materials traduïts de diversos tipus, i d'una formació accessible i centrada en les competències culturals i amb eines pràctiques d'aplicació immediata. Sorgeix la necessitat que es realitzin canvis en el sistema de salut, sota el lideratge del Departament de Salut, per adaptar els recursos a les necessitats d'atenció a la població immigrant i millorar la gestió de recursos.

Finalment, l'estratègia d'acollida de la població immigrant s'hauria d'abordar a nivell comunitari amb la implicació de totes les institucions presents en el territori. Dins d'aquesta, s'hauria de dissenyar un programa per a la difusió efectiva de la informació necessària per a la utilització adequada del sistema, que no hauria de recaure sobre el personal sanitari.

Conclusions

Els resultats de l'estudi mostren que l'atenció a la immigració no només suposa una problemàtica nova -amb problemes específics relacionats amb les barreres burocràtiques d'accés, les dificultats de comunicació, la falta de competència cultural al sistema de salut, i les actituds i prejudicis socials- sinó que posa en evidència algunes deficiències estructurals i organitzatives del sistema de salut: la falta de recursos, la rigidesa del sistema per ajustar la seva estructura en funció de les necessitats dels usuaris, i la dificultat per enfrontar-se d'una manera holística a una situació de salut marcada per determinants socioeconòmics, com la precarietat laboral i de vivenda. Aquestes problemàtiques resulten comunes en l'atenció de la població immigrant i autòctona. Es corre el perill, per tant, que el sistema en comptes de qüestionar-se a sí mateix, atribueixi al fenomen migratori aspectes abordables amb polítiques públiques generals adients.

Les percepcions del personal sanitari sobre l'atenció sanitària a la població immigrant semblarien estar condicionades per a) l'augment ràpid d'aquesta població en els darrers



anys, ja que es constaten opinions favorables a la immigració abans d'aquest augment; b) les idees i conceptes preconcebuts sobre la població immigrant que poden predisposar al personal sanitari positivament, si és personal sanitari sensibilitzat, o negativament, en el cas contrari; c) l'experiència real, a mesura que es fa front a la situació es canvien les percepcions. Les necessitats de suport expressades pel personal sanitari es relacionen directament amb les dificultats identificades en l'atenció a la població immigrant i reflecteixen el desconeixement o feblesa dels medis existents.

Introducció

El ràpid increment de la població d'immigrants a Catalunya en els darrers anys ha generat la necessitat de donar respostes adients des del sistema de salut. Encara que els problemes de salut de les persones immigrants siguin essencialment semblants als de la població autòctona, des del Departament de Salut s'han identificat alguns aspectes específics, per exemple, característiques culturals, religioses, interpretació de la salut i la malaltia entre altres, que podrien generar desigualtats a l'hora d'utilitzar els serveis i que demanen un pla d'atenció específica per aquesta població. És per aquest motiu que s'ha elaborat el Pla director d'immigració en salut, que persegueix, entre d'altres objectius, la millora de l'accessibilitat dels serveis sanitaris per a la població immigrant (1).

En l'anàlisi de l'accés a l'atenció a la salut es pot diferenciar entre l'accés potencial i l'accés real. Mentre que el segon es refereix a la utilització i satisfacció amb els serveis de salut, el primer contempla els factors que predisposen a la utilització dels serveis relatius a la població (necessitats en salut, creences, etc.) i els que la condicionen relatius als serveis (disponibilitat, barreres organitzatives, econòmiques, geogràfiques, etc.) (2).

Les anàlisis i estudis realitzats fins ara en relació a l'accés als serveis de salut de la població immigrant s'han centrat fonamentalment en dos aspectes. D'una banda, els factors predisposants relatius als immigrants -aspectes culturals, percepció de salut, coneixements del sistema de salut, epidemiològics, etc.- i d'altra banda, s'han analitzat els patrons d'utilització de serveis i consum de recursos (3).

Un àmbit menys explorat són els factors que influeixen en l'accés a l'atenció des del punt de vista dels proveïdors. Si bé s'han analitzat les necessitats de formació dels diferents agents involucrats en l'atenció sanitària als immigrants, els estudis sobre barreres a l'accés potencial en relació als proveïdors són limitats (4;5) i l'opinió dels proveïdors sobre els recursos disponibles i les seves necessitats específiques, encara no han estat analitzades.

Aquesta proposta es desenvolupa per encàrrec del Departament de Salut amb el propòsit de proporcionar informació sobre les necessitats en relació a la provisió d'atenció a la població immigrant percebudes pel personal sanitari, per contribuir al disseny d'estratègies per millorar l'accés de la població immigrant a l'atenció sanitària.

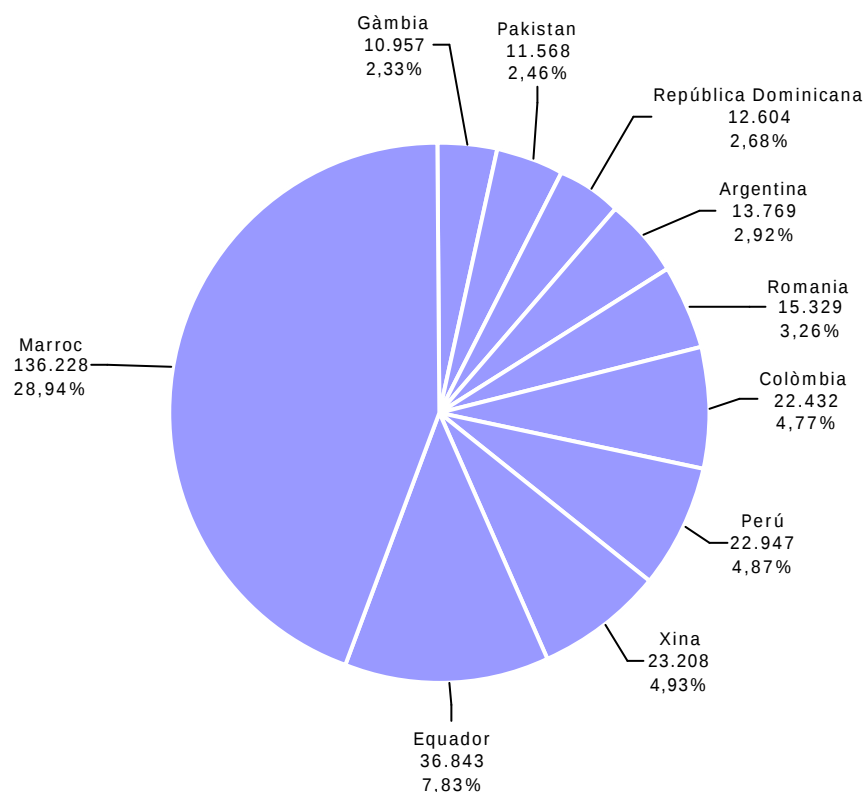
1 Antecedents

1.1 La població immigrant i la planificació de serveis sanitaris

En els últims anys la població d'estrangers a Catalunya ha augmentat en comparació amb el creixement del conjunt de la població. Segons les dades del padró municipal a l'any 2000, dels 6.261.999 habitants de Catalunya 181.598 eren estrangers. Aquesta població ha anat augmentant fins a 966.004 sobre un total de població de 7.197.174 a 1 de gener de 2007 (6). És a dir, la població estrangera ha passat de representar un 2,9% a fer-ho en un 13,4% respecte el total de població a Catalunya (7).

No obstant això, és difícil estimar la magnitud real de la població estrangera resident a Catalunya per la inexistència de fonts d'informació que la reconguin en la seva totalitat. D'una banda, la xifra d'estrangers empadronats a Catalunya seria amb data 1 de gener de 2006 de 866.814 (7;8). D'altra banda, la xifra d'immigrants amb permís de residència serien 603.636 (31 de desembre de 2005) (9). A més, cal considerar una part de població que no apareix en cap d'aquests registres i de la que se'n desconeix la grandària, per la qual cosa és difícil la seva monitorització. En la figura 1 es mostren els deu països de la immigració a Catalunya.

Figura 1. Els deu països de la immigració a Catalunya



Font: Pla director d'immigració (1)

Si s'estudien les característiques demogràfiques de la població estrangera amb les dades facilitades pel padró municipal de l'1 de gener de 2006 (7), la distribució per sexes és desigual, amb un 55,19% d'homes. Per trams d'edat (dades disponibles només pel 2005) un 20,83% són menors de 20 anys, un 64,32% té entre 20 i 44 anys, un 12,29% està entre 45 i 64 anys i els que superen els 65 anys només representen el 2,5% del total (7). En tots els trams s'observa un percentatge superior d'homes excepte pel tram de majors de 65 anys en el que les dones representen el 56,17%. Per tant, la població immigrant està caracteritzada per persones joves, sobretot homes, en edat fèrtil i de treballar (1).

La distribució d'estrangers en el territori català és heterogènia però segueix el mateix patró de distribució territorial de la població de Catalunya, és a dir, està concentrada majoritàriament al voltant de l'àrea metropolitana de Barcelona (70,15%). Per comarques, oscil·la entre un 4-7% en el Ripollès i el Pallars Jussà i un 18-20% a l'Alt i el Baix Empordà i la Segarra (1). També el país de procedència predominant és diferent entre territoris, per exemple a la Cerdanya el col·lectiu predominant és el Bolivià, mentre que al Montsià és el Romanès (1).

El temps des de l'arribada dels immigrants varia entre comarques. Mentre que les comarques de Barcelona tenen experiència en la recepció de la immigració, algunes comarques com ara les de Lleida, han experimentat un creixement molt important en els darrers dos anys, on el nombre de població immigrant s'ha duplicat (1).

Per tant, el ràpid increment de la població estrangera a Catalunya en els darrers anys està configurant una nova realitat social, econòmica i demogràfica. Aquesta situació genera preocupacions en el sector serveis, incloent els serveis sanitaris, que s'enfronten a uns problemes específics – culturals, religiosos, estils de vida, interpretació de la salut i la malaltia – i a noves demandes a les que donar resposta que podrien generar desigualtats a l'hora d'utilitzar els serveis. Per aquesta raó, el Departament de Salut ha elaborat el Pla director d'immigració en salut, que persegueix millorar la salut de la població immigrada, mitjançant la definició d'un model d'atenció i organització de serveis, que permeti al sistema de salut català fer front a la nova situació plantejada pel fenomen de la immigració (1).

Una condició necessària però no suficient per a l'abordatge de la nova situació des dels serveis sanitaris i per tant, per definir models i organitzacions, és el diagnòstic de salut de la població nouvinguda. L'avaluació de les necessitats de salut permet obtenir informació sobre les necessitats físiques, psíquiques i socials de la població immigrada; sobre els factors determinants o afavoridors de les mateixes i sobre la seva possible evolució (pronòstic) en el temps (10). Dit diagnòstic de salut cal acompanyar-lo del que podríem anomenar diagnòstic de serveis, en el que es detectarien aquells aspectes dels proveïdors que permetrien donar

resposta a les necessitats no cobertes d'aquest col·lectiu, eliminar barreres d'accés als serveis i garantir la continuïtat d'atenció per part dels professionals. Un punt crític seran les interaccions entre aquests actors, població immigrant i personal sanitari (l'accés als serveis sanitaris, les trobades entre personal sanitari i immigrant) que estaran condicionades per factors propis d'ambdós.

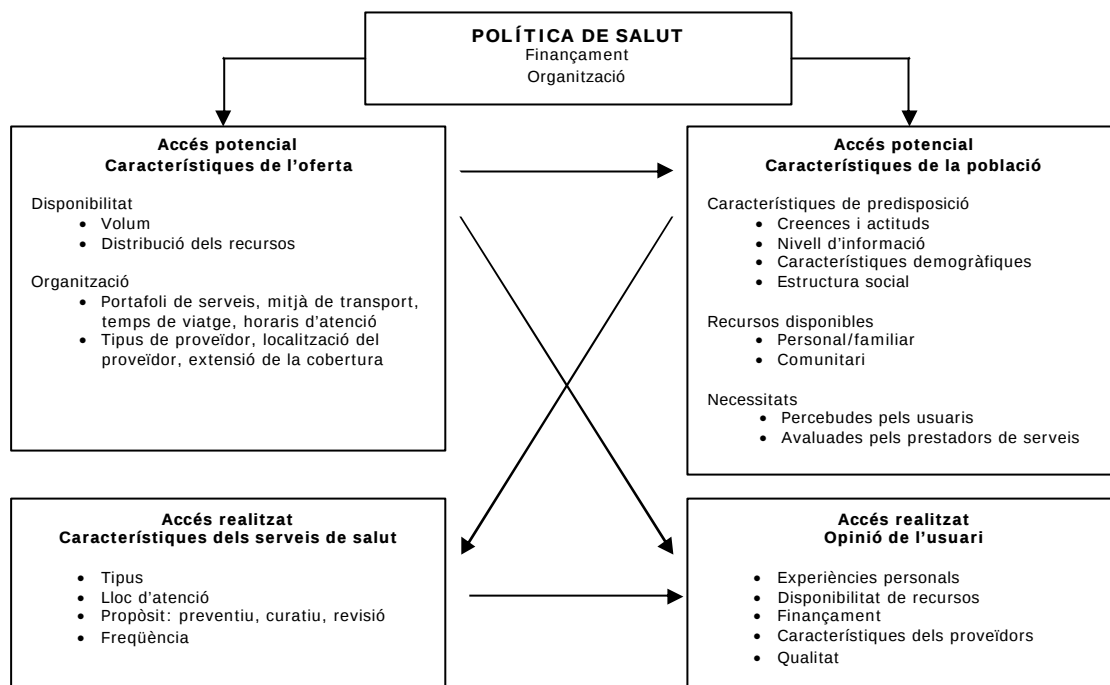
En resum, el nombre d'immigrants que estableixen la seva residència a Catalunya ha augmentat considerablement i encara ho farà més segons les projeccions de futur (1). Es tracta d'una població jove, en edat de treballar i fèrtil, que es distribueix per la geografia catalana de manera similar a la població autòctona i que prové majoritàriament del Marroc, Romania i de països llatinoamericans. Un element clau serà identificar des del punt de vista del personal sanitari què s'ha de crear, modificar o enfortir en els proveïdors per poder donar resposta a les necessitats no cobertes de la població immigrant amb relació a les barreres en l'accés als serveis i la continuïtat d'atenció.

1.2 L'accés als serveis sanitaris: marc teòric

Un dels objectius que persegueix el Pla director d'immigració en salut és, entre d'altres, la millora de l'accés als serveis sanitaris per part de la població immigrant (1). L'accés als serveis involucra a més de la disponibilitat dels recursos, l'oportunitat d'utilitzar-los i l'adequació d'aquests a les necessitats d'atenció de la població (11;12). En conseqüència, es poden identificar tant factors relacionats amb la població com amb el sistema que faciliten o dificulten la utilització dels serveis sanitaris.

Seguint la proposta d'Aday i Andersen (11) per a l'anàlisi de l'accés a l'atenció de la salut, es pot diferenciar entre accés potencial i accés real. L'accés potencial es defineix com la presència de recursos disponibles, mentre que l'accés real correspon a la utilització efectiva dels serveis de salut. L'anàlisi d'ambdues dimensions permetria entendre la interacció entre usuaris i institucions que proveeixen serveis de salut (figura 2).

Figura 2. Model d'accés als serveis sanitaris adaptat d'Aday i Andersen



Font: Gold M (13)

1.2.1 L'accés potencial als serveis sanitaris

L'anàlisi de l'accés potencial contempla els factors que predisposen a la utilització dels serveis (necessitats en salut, creences,...) i els que la possibiliten (disponibilitat, barreres organitzatives, econòmiques, geogràfiques,...) (3). Així doncs, els aspectes que considera aquest tipus d'anàlisi són les característiques dels usuaris dels serveis i els factors propis de les organitzacions (12).

Factors relatius als usuaris dels serveis

L'accés potencial als serveis de salut des del punt de vista dels usuaris, és una funció dels factors predisponents, factors capacitants i les necessitats (11;12;14). Entre els **factores predisponents** a la utilització dels serveis de salut es troben variables demogràfiques com l'edat, el sexe i l'estat civil (15); variables socials entre les que destaquen l'educació, l'ocupació, l'ètnia i la capacitat per identificar fonts de recursos (nivell d'informació sobre els serveis de salut); i variables que tenen a veure amb les creences de salut i que corresponen a actituds, valors i coneixement que tenen les persones sobre la salut i els serveis de salut i que influeixen la seva percepció de necessitat (11;12;14;16).

Els **factores capacitants** són els factors que faciliten o limiten la utilització dels serveis de salut. Poden ser de caràcter personal/familiar, com els ingressos econòmics, estalvis; i altres

més socials i comunitaris com són l'existència de xarxes socials, la força de treball i la presència de serveis de salut en les seves zones de residència (11;12;14).

Les **necessitats** d'atenció en la salut de la població comprenen les necessitats percebudes pels usuaris i les avaluades pels proveïdors. La necessitat percebuda pel pacient fa referència a com les persones veuen la seva pròpia salut i el seu estatus funcional, així com les experiències referents a símptomes de dolor o malalties que han patit i que poden influir en la magnitud d'ajuda professional que consideren necessària, nombre de dies d'incapacitat,... (11;12;14). Un dels factors que també influeix en l'accés i que està relacionat amb les necessitats de la població és l'avaluació d'aquestes que fa el personal sanitari (14). Aquesta avaluació es basa en el coneixement que tenen els professionals, adquirit durant la seva educació i exercici professional, que representa un judici professional sobre la condició de salut de les persones i les necessitats d'atenció que se'n deriven. Els conflictes en aquest punt podrien aparèixer quan el personal ha d'abordar situacions i circumstàncies noves en els pacients per a les que el seu coneixement resulta insuficient. L'avaluació de les necessitats no només es realitza des d'un punt de vista biològic, sinó que també ha d'abordar el component social que les acompanya. Per tant, el professional ha d'assolir un nivell de competència que els permeti el seu reconeixement.

Factors relatius als proveïdors de serveis

En l'anàlisi de l'accés potencial també cal considerar aquells factors propis dels proveïdors que possibiliten la utilització dels serveis sanitaris. Aquests factors tenen relació tant amb la disponibilitat de recursos com amb la manera que aquests s'organitzen per donar assistència (11;12).

Els **recursos disponibles**, fan al·lusió al volum i distribució dels recursos sanitaris (metges/població, llits/població, dentistes/població,...) en una àrea en funció de les seves característiques (16-18): percentatge de població major de 65 anys, mortalitat infantil, àrea urbana o rural. Existeix una relació lineal entre densitat de població i complexitat dels recursos, de manera que en zones altament densificades és on es troben els serveis d'elevada complexitat (hospitals de tercer nivell,...).

En referència a l'**organització**, s'analitza la manera com el sistema disposa els seus recursos per garantir una adequada provisió dels serveis. Un dels factors analitzats serà l'accessibilitat geogràfica, és a dir, la distància que els pacients han de recórrer per a rebre els serveis i que ha estat descrit com uns dels factors que comporta una disminució en la utilització de serveis. Uns altres factors estan relacionats amb les característiques i la conveniència de la font regular de serveis sanitaris: tipus d'atenció i/o especialitat del proveïdor; horari d'atenció dels serveis, que condicionarà que els usuaris hi puguin accedir amb major o menor dificultat; temps d'espera abans que l'usuari sigui atès; temps de visita amb el metge

i l'existència de cita prèvia (12;18). Aquests factors, a més, condicionaran el seguiment dels pacients per part dels professionals i per tant, poden influir en la continuïtat assistencial.

1.2.2 L'accés real als serveis sanitaris

L'accés real es refereix a la utilització i satisfacció amb els serveis de salut, és a dir, fa referència a la utilització efectiva d'aquests serveis des del punt de vista institucional i a les experiències dels usuaris enfront a la seva utilització, tenint en compte un factor primordial com és la satisfacció de les necessitats expressades (11;12).

La utilització dels serveis té relació directa amb les característiques de la utilització dels serveis: tipus de serveis, que es refereix a les característiques dels serveis, provisió de medicaments,...; propòsit de la consulta als serveis, si és preventiva, curativa o de revisió; lloc d'atenció, nivell assistencial primari o especialitzat (urgències, consulta externa, laboratoris,...); freqüència d'utilització, visites efectuades o estances hospitalàries (11;12).

Per a l'anàlisi de l'opinió de l'usuari les variables que es consideren són: les conductes enfront la salut (exercici físic, pràctica d'accions preventives), l'experiència personal prèvia en la utilització dels serveis de salut (visita a professionals de salut o estances hospitalàries), l'adherència al tractament (confiança i seguiment del tractament) i la satisfacció amb la qualitat de l'atenció rebuda des del punt de vista tècnic i interpersonal (11;12).

En definitiva, l'accés als serveis de salut està determinat per factors tant relatius als usuaris com als proveïdors. Les característiques dels serveis i dels usuaris són variables interdependents, l'actuació en una d'elles repercuteix en les altres i en conseqüència en l'accés potencial i real als serveis sanitaris. Les característiques específiques del col·lectiu d'usuaris generarà d'una banda, algunes adaptacions específiques de l'oferta (tipus, característiques,...) i de l'altra, necessitats de suport en el personal sanitari.

1.3 Accés als serveis sanitaris per a la població immigrant

A Catalunya com a la resta de l'estat espanyol, qualsevol persona immigrant té garantit l'accés al sistema nacional de salut només pel fet d'estar empadronat en el municipi que resideix habitualment (1;19;20). Aquells immigrants que no estiguin registrats en el padró tenen garantit l'accés a l'assistència sanitària pública d'urgència per a malalties greus o accidents, sigui quina sigui la causa i a la continuïtat d'aquesta atenció fins l'alta mèdica; també tindran dret a l'assistència els estrangers menors de divuit anys i les embarassades durant l'embaràs, el part i el postpart (21).

Les anàlisis i estudis realitzats fins ara, en relació a l'accés als serveis de salut per a la població immigrant, s'han centrat en dos aspectes fonamentals: factors predisposants

relatius als immigrants (aspectes culturals, percepció de salut, coneixements del sistema de salut, epidemiològics,...) i patrons d'utilització de serveis (consum de recursos,...) (3).

1.3.1 Determinants de l'accés als serveis sanitaris relatius a la població immigrant

L'accés als serveis sanitaris està condicionat per característiques pròpies de la població immigrant. Aquestes característiques es poden agrupar en funció de si es tracta de factors predisposants, recursos disponibles d'aquesta població o bé de les seves necessitats d'atenció.

Factors predisposants a la utilització de serveis

En general el perfil de l'immigrant és d'una persona jove, que parteix d'una situació de bona salut en el moment de començar la migració però que en arribar als països d'acollida pot presentar diferències en la salut respecte a la població autòctona (21).

Un factor que influeix en la utilització dels serveis és el **nivell d'informació** dels immigrants sobre el funcionament dels serveis sanitaris i l'accés als mateixos. Obtenir l'empadronament esdevé un element clau per garantir l'accés a l'assistència sanitària i per poder obtenir la Targeta Sanitària Individual (TSI) com un document d'accés al sistema públic de salut (20). L'obtenció de la TSI i per tant, l'accés als serveis sanitaris de la xarxa pública, està desvinculada de la condició de residència i de l'afiliació a la Seguretat Social (3), però aquest és un fet que en molts casos l'immigrant desconeix. Alguns dels problemes per aconseguir el certificat d'empadronament estan relacionats amb la por dels immigrants a empadronar-se i que per tant, es descobreixi la seva situació irregular (1;4;22); l'arbitrarietat dels criteris d'empadronament entre els diferents municipis, ja que no existeix una normativa clara al respecte; a les traves en alguns ajuntaments per empadronar-los; a l'absència d'un document d'identitat vàlid (passaport); i l'idioma (1;21;23). El desconeixement per part de l'immigrant de l'organització del sistema es manifesta en la demanda de la targeta sanitària en els serveis sanitaris directament, sense haver fet prèviament els tràmits del padró, presentant-se en els serveis sanitaris públics amb el número d'afiliació de la Seguretat Social (4), o utilitzant els mateixos papers per persones diferents (4).

El col·lectiu immigrant sovint es troba sotmès a condicions de **precarietat laboral** amb horaris rígids de treball, por a ser acomiadats i perdre la feina, etc., que els dificulta absentar-se del seu lloc de treball per buscar assistència sanitària. Aquest fet els fa delegar la salut a un segon terme (3;24) i que busquin assistència quan la patologia presenta un estat avançat que no els deixa treballar o en els serveis que estan disponibles fora del seu horari laboral (1;23).

Altres factors tenen a veure amb aspectes **culturals** del país d'origen de la població immigrant. En alguns casos, podrien assignar etiologies diferents que el professional a una

mateixa malaltia o condició, com per exemple la hematúria, que en algunes cultures pot ser interpretat com a signe de virilitat i que per tant, no portaria a demanar atenció; poden presentar percepcions diferents de la malaltia com en el cas dels musulmans, que creuen que la malaltia és fruit d'un desequilibri entre cos i ànima i que pot ser l'efecte de l'incompliment de les normes dels preceptes religiosos i fan al propi individu responsable de la malaltia (23). En d'altres ocasions, es podria donar el cas de demanar assistència per causes que aparentment pel professional no són símptomes de cap malaltia (mal sabor de boca, picor de peus,...) (4), però que podrien ser els primers símptomes d'alguna patologia.

Les relacions de gènere en alguns col·lectius generaran dificultats com per exemple, en els que existeix una preeminència de l'home que fa que assumeixi de vegades la representació de la família i que comporta dificultats quan la persona consultada és la dona (24;25).

La **religió** i la utilització de **medicina tradicional** d'aquest col·lectiu també seran factors que influeixen en la utilització del servei. Per exemple, les situacions de dejuni prolongat que practiquen algunes religions, vincles entre la sang i els actes de bruixeria i màgia negra, etc. (23).

L'**idioma** en els col·lectius no hispanoparlants apareix com una barrera en la utilització de serveis (21). Fins i tot en els hispanoparlants, apareixen algunes dificultats per les diferències en la utilització de determinades expressions (21).

Recursos disponibles

En algunes ocasions les possibilitats econòmiques del col·lectiu immigrant no els permeten fer front a les despeses originades a partir de l'atenció sanitària. En el cas de Catalunya l'assistència sanitària respon a una de les característiques del sistema nacional de salut, la gratuïtat de l'assistència en el punt de dispensació. No obstant això, de l'assistència es deriven despeses que no estan cobertes, com és el cas de la prescripció farmacèutica en la que existeix un copagament del 40% de l'import del medicament. Alguns immigrants podrien tenir problemes per poder fer front a aquesta despesa.

Necessitats d'atenció de la població immigrant

Les diferències en els problemes de salut respecte la població autòctona van disminuint a mesura que augmenta el temps d'estada de l'immigrant en el país. Així doncs, en un primer moment pesen molt els factors relacionats amb el país d'origen (particularitats culturals, socioeconòmiques, trastorns vinculats al procés migratori, com ara esgotament físic i emocional, estrès,...) (26); després relacionats amb el procés d'adaptació, on es presenten els problemes en l'accés o utilització dels serveis; i finalment acaba igualant-se amb la població autòctona en els patrons de mobilitat, utilització de recursos,... (20).

La demanda d'assistència sanitària dels immigrants en les primeres fases es dona majoritàriament per problemes de salut relacionats amb una d'aquestes categories: malalties importades del país d'origen; malalties reactives o d'adaptació, relacionades amb les condicions de vida i laborals en els països d'acollida.

Les malalties importades entre la població immigrant són de caràcter infecciosos o parasitari. En alguns casos són malalties ja existents en el país d'acollida i la diferència recau en que la prevalença en els països d'origen és més elevada (3;24), o malalties inexistents en els països receptors o que ja han estat eradicades (3). Entre les malalties infeccioses destaquen la SIDA i la tuberculosi, que es consideren a dia d'avui malalties cosmopolites. Pel que fa a les malalties tropicals identificades en aquest col·lectiu destaquen les helmintiasis, protozoosis i paludisme (1), més prevalents en població immigrant amb un temps d'estada inferior a tres anys en el país d'acollida (1;27).

Les migracions porten associats alguns problemes de salut mental com poden ser el dol migratori, ansietat, depressió, soledat,... Aquests problemes poden aparèixer en les experiències d'adaptació durant el procés migratori (20;26) i quan no es resolen de manera adequada es somatitzen en mals de cap, lumbàlgies, mal a tot el cos,...(22).

Les condicions en les que viu aquest col·lectiu també el fan vulnerable a determinades malalties. La majoria d'immigrants viu en entorns urbans i freqüentment estan en règim de lloguer en situacions d'amuntegament i en les que són molt comuns els problemes derivats de la conservació deficient de la vivenda, falta de determinats serveis (bany o lavabo en l'habitatge, cuina, aigua corrent,...) i insalubritat de les vivendes (28;29). La precarietat laboral en la que està immers aquest col·lectiu també els fa ser una població vulnerable a causa dels accidents laborals, la inestabilitat del treball, l'atur, etc. (3;24;30). Podria limitar la disponibilitat de determinats aliments condicionant les seves dietes.

Alguns factors culturals determinen la vulnerabilitat d'alguns col·lectius com per exemple, el rol de la dona que algunes cultures la pot fer susceptible de ser víctima de violència de gènere, maternitat en edats precoces, mutilació genital femenina,...(1;3).

En conclusió, s'han identificat aspectes específics que podrien generar desigualtats a l'hora d'utilitzar els serveis sanitaris que serien: aspectes culturals i religiosos, nivell de coneixement del funcionament del sistema sanitari, aspectes laborals i econòmics. Pel que fa als problemes de salut de les persones immigrades, les desigualtats en l'atenció es podrien generar al principi quan presenten problemes diferents dels de la població autòctona, però a mida que passa el temps aquestes diferències s'escurcen i passen a ser essencialment semblants als de la població no immigrada.

1.3.2 Determinants de l'accés als serveis sanitaris relatius als proveïdors

Algunes de les característiques socials i administratives de l'organització dels serveis sanitaris poden dificultar l'accés als mateixos per part dels immigrants. En els darrers anys, s'han començat a analitzar les barreres en l'accés des del punt de vista dels immigrants, però aquest anàlisi encara està poc desenvolupat des del punt de vista dels proveïdors de serveis de salut.

Disponibilitat de recursos

El model assistencial del sistema de salut català es configura en dos nivells assistencials: l'atenció primària de salut com a porta d'entrada del sistema i l'atenció especialitzada – d'aguts, sociosanitari, salut mental i drogodependències – que realitza la funció de suport per a la resolució de problemes severos. L'atenció primària és el primer contacte de l'usuari amb el sistema sanitari per a la població de l'àrea assignada i inclou els equips d'atenció primària que estan constituïts per metges de família, pediatres, odontòlegs, infermers, auxiliars d'infermeria, treballadors socials i personal de suport (auxiliars administratius i zeladors).

Una barrera per a l'accés és l'aplicació diferent de les normatives administratives que garanteixin els drets d'aquest grup de població a l'atenció sanitària. En un estudi qualitatiu realitzat Mallorca per a conèixer els problemes existents en l'atenció sanitària als immigrants econòmics (4), alguns professionals van afirmar que alguns centres de salut presenten diferències en l'atenció al col·lectiu immigrant, mentre que alguns centres atenen a tots els immigrants sigui quina sigui la seva situació legal, d'altres neguen l'atenció als irregulars. L'actitud del personal i les idees preconcebudes d'alguns amb la presència d'estereotips o fins i tot situacions de xenofòbia (1;24) podrien dificultar l'accés en percebre que és una població "sense drets" i que per tant, el personal dels centres sanitaris no tenen l'obligació d'atendre'ls i que si ho fan és des de l'opció del voluntariat (21).

La càrrega de treball que origina l'increment de població a atendre en els serveis assistencials del punt geogràfic on es concentra el col·lectiu immigrant, sobre els que no hi havia planificació prèvia, influeix en la utilització de serveis (1;21). L'augment de treball en ocasions no té cap reconeixement des dels òrgans gestors, ni econòmics i l'adequació dels recursos normalment és més lenta del que hauria de ser.

Abans de la llei que garantia l'assistència a la població immigrant empadronada, es van desenvolupar xarxes paral·leles d'atenció (promogudes per ONGs,...) per donar cobertura sanitària no urgent a aquells immigrants majors de divuit anys. Aquestes xarxes avui en dia han perdut el sentit, ja que la llei garanteix als immigrants el dret a una assistència sanitària amb l'única condició de l'obtenció de la TSI, però alguns immigrants encara les utilitzen (21).

Organització de l'assistència

Alguns aspectes de la disposició actual dels recursos per proveir una atenció dificulta l'accés als serveis a la població immigrada. Així, els horaris d'atenció establerts per alguns serveis d'atenció dificulten que els immigrants hi puguin accedir (1). Aquest fet es manifesta en la baixa assistència a les visites programades, utilització principalment d'horaris nocturns, utilització dels serveis d'urgències,... (1;21). L'accés al nivell especialitzat també és difícil segons els professionals de primària a l'hora de derivar als pacients immigrants (4).

D'altra banda, el professional disposa de temps limitats per a la consulta, que es torna insuficient per resoldre una consulta d'aquest col·lectiu degut a les dificultats comunicatives comentades anteriorment (1;4;30;31). Aquest fet també genera angoixa en els professionals, sobretot en àrees rurals, ja que es veuen forçats a utilitzar la comunicació no verbal (4).

Els esforços que s'han fet fins ara per millorar l'atenció dels immigrants s'han centrat en posar a disposició dels professionals sanitaris algunes eines, com ara: guies "Inmigración y salud", "Entenderse en 7 idiomas" (27); la figura del mediador cultural; plans de formació per a tots els professionals (1); un quadern de bona praxis (1); elaboració de protocols específics per determinades patologies (1); etc. Algunes d'aquestes eines s'han desenvolupat per facilitar la comunicació entre professional i immigrant o per pal·liar dèficits de coneixement en els professionals.

1.4 Opinió del personal sanitari sobre l'atenció a l'immigrant

Els estudis sobre les dificultats i necessitats percebudes pel personal sanitari en l'atenció a la població immigrada són escassos. Gran part de la literatura existent sobre aquest tema es troba en forma d'editorial o comentaris en revistes especialitzades i en general, aporten la visió dels professionals d'atenció primària.

Una dificultat observada en la relació entre personal sanitari i usuari és el desconeixement de l'abordatge transcultural dels professionals de la salut (1). El professional ha de tenir en compte els elements físics, psicològics, culturals i socials dels immigrants per disminuir la dissonància cultural amb els pacients estrangers (23). Aquest fet s'evidencia en ocasions en el desconeixement per part dels professionals sobre com accedir a donar missatges adequats adaptats a la realitat d'aquestes persones (24).

Un problema que citen els professionals són les dificultats en el seguiment dels pacients degut a la mobilitat d'aquest col·lectiu i a la seva idiosincràsia (4). Molts immigrants abans d'establir-se en un lloc definitiu s'estableixen provisionalment en diferents localitats, que a

més d'originar problemes en la continuïtat de l'atenció també origina duplicació de proves diagnòstiques i tractaments repetits per patologies ja diagnosticades (21).

Un aspecte que preocupa als professionals d'atenció primària és la sospita de malalties no comunes en el nostre medi (tropicals o importades) per a les que en tenen un coneixement insuficient (24), i les dificultats per demanar proves complementàries als segon nivell d'atenció.

En resum, es pot observar que són nombrosos els determinants de l'accés als serveis sanitaris i que hi ha un desequilibri en la quantitat d'informació disponible. Si bé les necessitats de la població immigrant estan més documentades, les del personal sanitari que ha de donar resposta a les necessitats dels immigrants són minoritàries.

1.5 Justificació de l'enfocament de l'estudi

Els estudis que aborden el tema de la immigració han patit un canvi d'enfocament, d'estar centrats en la població immigrant i les patologies que se li associen han passat a estar centrats en l'accés i la utilització dels serveis sanitaris, majoritàriament des de la perspectiva de la població immigrant.

Un àmbit menys explorat són els factors que influeixen en l'accés a l'atenció des del punt de vista dels proveïdors, sobretot a nivell de les necessitats del personal sanitari (d'atenció hospitalària, d'atenció al client,...). Malgrat que s'han analitzat les necessitats de formació dels diferents agents involucrats en l'atenció sanitària als immigrants, els estudis sobre les barreres en l'accés potencial en relació als proveïdors són limitats (4;5) i les opinions sobre els recursos disponibles i les necessitats específiques des del punt de vista dels proveïdors, encara no han estat analitzades.

En aquest context, s'ha desenvolupat el següent estudi qualitatiu, per encàrrec del Departament de Salut, amb el propòsit de proporcionar informació sobre les necessitats de suport dels professionals en l'atenció de la població immigrada que contribueixi al disseny d'estratègies per a la millora de l'accés a l'atenció sanitària.

La metodologia s'ha escollit en base al tipus d'enfocament teòric original i pel tipus de pregunta d'investigació, del fenomen que es vol estudiar i també del que es vol esbrinar (32). En aquest estudi es volen analitzar les percepcions i les necessitats dels agents implicats en l'atenció de la població immigrant i en aquest cas, no es vol tractar amb dades numèriques sinó amb significats, mediats principalment pel llenguatge i per les accions (33) i amb aquests significats tracta l'avaluació qualitativa (33).

Les principals característiques de la investigació qualitativa, segons Da Silva i Vázquez (34), són: en primer lloc la utilització d'un procés de recollida d'informació intensiu, freqüentment combinant diferents tècniques complementàries (observació, entrevistes, anàlisis de documents); respecta les regles de la comunicació; la mostra d'informants no és estadística ni representativa sinó que és intencional i flexible, és una selecció de membres de diferents grups de la població que ve determinada pels objectius de l'estudi; la investigació se centra en buscar explicacions, percepcions, sentiments i opinions dels subjectes d'estudi; el mètode d'anàlisi és inductiu, es generen categories d'anàlisi a partir dels conceptes que emergeixen de les dades, és una anàlisi holística ja que es busca contemplar la totalitat del context en el que se situa el protagonista.

La utilització de metodologia qualitativa augmenta la comprensió de la realitat en la que es treballa, ja que permet abordar la seva complexitat des de diferents perspectives (34). Es penetra profundament en la complexitat del fet social a investigar i es treballa amb pocs casos per aprofundir el significat de l'objecte d'estudi, pel contrari, amb la metodologia quantitativa es busca una explicació causal del fet i que els resultats tinguin validesa estadística per un univers més gran, s'utilitzen tècniques que permeten la medició de les dimensions d'un fenomen i l'establiment de relacions causals (34).

2 Objectius de l'estudi

Objectiu general

Analitzar les percepcions del personal sanitari sobre la provisió de l'atenció a la població immigrant des d'una perspectiva qualitativa per identificar àrees de millora futures.

Objectius específics

- a) Analitzar les percepcions i les necessitats sentides pels agents principals sobre el procés d'atenció a la població immigrant.
- b) Identificar els factors i els actors que faciliten i dificulten l'atenció del col·lectiu immigrant, des del punt de vista dels proveïdors.
- c) Elaborar propostes de millora.

3 Metodologia

3.1 Disseny de l'estudi

Es va realitzar un estudi qualitatiu, descriptiu de caràcter exploratori i fenomenològic, que es va desenvolupar mitjançant l'aplicació d'entrevistes individuals i grups focals. Amb aquest tipus de disseny les investigadores tracten de reproduir amb la màxima fidelitat possible les opinions i les necessitats percebudes del personal sanitari per donar resposta a l'atenció de la població immigrant, les investigadores més que interpretar intenten principalment revelar -reproduir el que interpreten els actors (32;35)-.

3.2 Àrea d'estudi

L'àrea d'estudi és Catalunya i, dins d'aquesta, es van escollir cinc comarques: La Selva, Barcelonès, Montsià, Urgell i Cerdanya (figura 3). Es van aplicar els següents criteris de selecció: pertànyer a regions sanitàries diferents; proveir com a mínim atenció primària i hospitalària d'aguts; ser territoris amb una elevada concentració de població immigrant; ser territoris amb un col·lectiu immigrant predominant per capturar l'espectre de països de procedència tenint en compte que fossin representatius del que passa a nivell de Catalunya; incloure territoris rurals i urbans. Una de les comarques seleccionades inicialment, el Gironès, va ser substituïda perquè el col·lectiu que s'hi volia estudiar estava més arrelat i estudiat, i es va substituir per una altra comarca amb el mateix col·lectiu però amb un temps d'estada inferior que no estigués tan estudiada. Si bé que a la comarca del Barcelonès el col·lectiu amb més concentració és l'equatorià, es va canviar pels xinesos ja que la concentració d'aquests en una àrea de salut concreta és similar a la dels equatorians, i se'ls atribueixen diferències culturals més grans.

En la taula 2 es mostren les característiques dels territoris seleccionats i a la taula 3 els percentatges dels col·lectius immigrants predominants segons territori seleccionat. Dins de cada territori es van escollir les unitats de salut amb una concentració més elevada del col·lectiu immigrant a estudiar.

Taula 2 . Característiques dels territoris seleccionats

	Comarques seleccionades				
	La Selva	Barcelonès	Montsià	Urgell	Cerdanya
Regió sanitària	Girona	Barcelona	Terres de l'Ebre	Lleida	Alt Pirineu Aran
Serveis sanitaris	AP – AE	AP – AE	AP – AE	AP – HR Lleida	AP – AE
Població total^o	151.477	2.226.913	65.333	34.638	17.235
Població immigrant (%) *	17	15	16	15	15
Col·lectiu predominant en les unitats estudiades	Marroquins Gambians	Xinesos	Romanesos	Marroquins	Bolivians
Tipologia de territori	Urbà	Urbà	Rural	Rural	Rural

^o Font: Idescat 2006 (7)

* Font: Pla director immigració 2006 (1)

AP: atenció primària

AE: atenció especialitzada

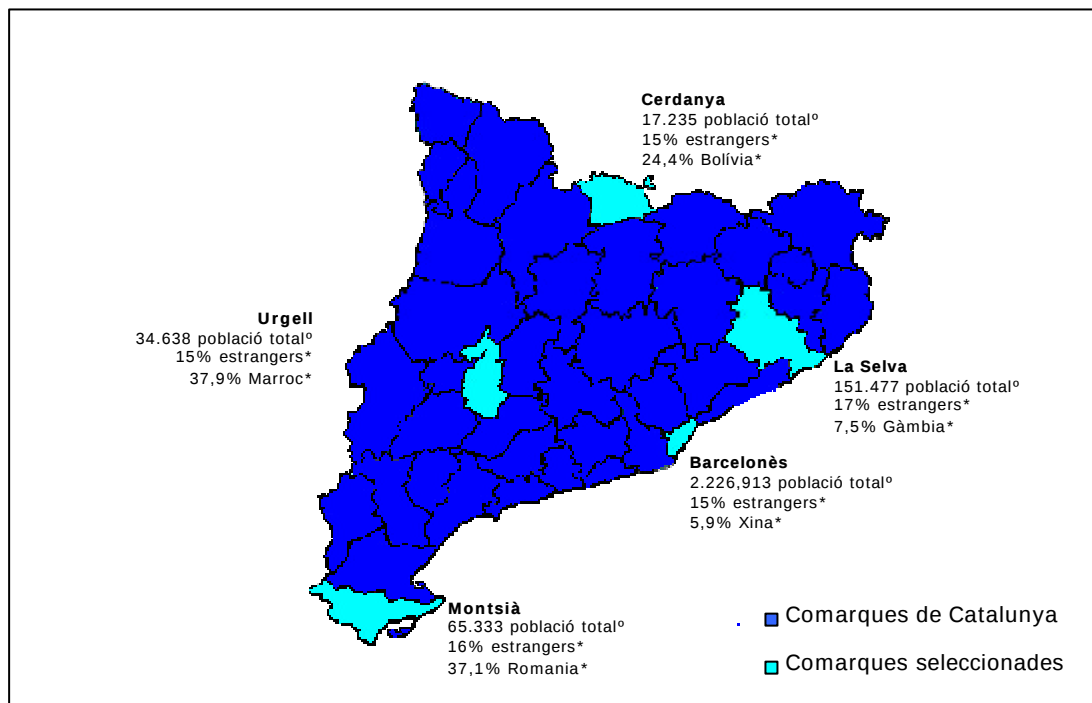
HR: hospital de referència

Taula 3. Percentatge dels quatre col·lectius immigrants majoritaris en els territoris seleccionats

País de procedència*	Comarques seleccionades				
	La Selva	Barcelonès	Montsià	Urgell	Cerdanya
Marroc	14,9	8,9	13,3	37,9	-
Gàmbia	7,5	-	-	-	-
Romania	7,4	-	37,1	15,3	5,5
Colòmbia	-	5,5	4,7	5,8	8,9
Equador	-	15,0	8,5	-	-
Argentina	6,7	-	-	-	5,9
Bolívia	-	-	-	-	24,4
Xina	-	5,9	-	1,8	-

* Font: Pla director immigració 2006 (1)

Figura 3. Localització dels territoris seleccionats amb percentatge de població immigrant



^o Idescat 2006 (36)

* Pla director immigració 2006 (1)

Font: elaboració pròpia

3.3 Mostra

Es va dissenyar una mostra teòrica d'informants seguint un constructe teòric que acompanya al cos de l'estudi, és a dir, una mostra en què es van definir els perfils corresponents a diferents persones, contexts, o processos amb característiques o circumstàncies determinades que poden influir en els significats del fenomen estudiat (37). La selecció de les unitats de mostreig es duen a terme seguint tipologies o perfils definits conceptualment.

En els estudis qualitatius el mostreig no es realitza de forma probabilística, ni la mostra és representativa segons els criteris estadístics (32). Al contrari, el mostreig qualitatiu és intencionat i raonat, els criteris que s'utilitzen per escollir les unitats de mostreig són de representativitat del discurs, dels significats, buscant aquelles unitats de mostreig que millor puguin donar resposta a les preguntes de la investigació i permetin descobrir i interpretar el fenomen estudiat en profunditat. Al mateix temps, el mostreig ha de ser acumulatiu i seqüencial fins que s'arribi a obtenir tota la informació per donar resposta a les preguntes de recerca, i per tant, a la saturació del discurs, que és la que defineix la grandària final de la mostra (38). Per últim ha de ser flexible i reflexiu, de manera que les decisions mostrals inicials puguin modificar-se pels nous aspectes que han de ser estudiats o comprovar que altres informants poden ser més adequats.

Mostra d'informants

Els informants es van seleccionar d'acord amb els perfils definits per obtenir possibles discursos diferents i de tots els territoris d'estudi. Com a perfils es van definir: directius de proveïdors (gerents, directors assistencials, caps de servei i coordinadors de centres d'atenció primària) i personal sanitari d'atenció primària i especialitzada. La composició final de la mostra es pot observar en la taula 4.

Per a la selecció dels professionals es va buscar un contacte en cada regió sanitària que va identificar els possibles informants, segons els perfils descrits i que va ajudar a coordinar la realització d'entrevistes.

Taula 4 . Composició final de la mostra d'informants entrevistes individuals

Categoria d'actor clau		Tipus d'informant	N (EI)	N (GF*)
Directius proveïdors	A. Primària	Coordinadors de centre	4	2
	A. Especialitzada	Gerents Càrrecs intermedis	4 5	4
Personal sanitari	A. Primària	Metges de família	6	2
		Infermeres	1	2
		Pediatres	5	
		Llevadores	4	
		Unitat atenció usuari	5	1
	A. Especialitzada	Metges d'urgències Infermeres Obstetres Treballadora social	7 6 2 1	1 2 1
Total			49	15

EI: Entrevista individual; GF: Grup focal; * Total de grups = 3.

Font: elaboració pròpia

3.4 Tècniques de recollida de dades

En la recollida de la informació es van utilitzar entrevistes individuals i de grup.

3.4.1 Entrevistes individuals

Es van realitzar entrevistes obertes i semiestructurades per arribar a comprendre les perspectives i opinions dels entrevistats sobre l'objecte d'estudi, és a dir, les necessitats sentides pel personal responsable de l'atenció als immigrants. L'entrevista consisteix en una conversa on s'obté informació, a diferència de les ordinàries que són pragmàtiques (39). Són importants per aquells estudis en els que es volen conèixer percepcions, actituds, valors i opinions dels diferents actors que intervenen (37;39). En les entrevistes individuals, la investigadora estableix una conversa mitjançant preguntes que, en les entrevistes semiestructurades, es formulen a partir d'una guia que recull els temes que es volen explorar. Aquesta guia no se segueix com va ser formulada, sinó que es consulta per evitar que s'oblidi algun tema (35;40). La investigadora aborda els diferents aspectes seguint el

curs de la conversa, aprofundint també en les respostes que no són prou esclaridores o explicatives (39).

La guia recull els temes que s'exploren durant l'entrevista: característiques de la població immigrant (idioma, perfil cultural, perfil socioeconòmic, situació legal,...), necessitats d'atenció a la salut dels immigrants (problemes pels que consulta més, relació personal – usuari, seguiment del tractament, percepció de salut – malaltia), característiques dels serveis (accessibilitat als serveis de salut, seguiment dels usuaris, recursos disponibles i recursos necessaris), necessitats percebudes de suport dels professionals, implicacions per a la feina dels professionals i suggeriments de millora (annex I).

Les entrevistes, d'1 a 1,5 hores de duració, es van realitzar en els centres de treball. Es van gravar després d'haver demanat permís per fer-ho i es van transcriure textualment, és a dir, incloent les preguntes i les respostes tal i com es van formular. La informació obtinguda es va tractar i analitzar de forma anònima per l'equip investigador i es va descriure només de forma agregada, de manera que no es podia identificar el seu origen individual.

3.4.2 Grups focals

En la segona fase, com a complement de les entrevistes individuals, es van realitzar grups focals. En els grups focals els temes d'interès s'introdueixen mitjançant preguntes generals i es permet que els participants interactuïn, amb la finalitat d'aconseguir la construcció col·lectiva d'un discurs (41). En els grups focals, el rol de la moderadora és plantejar els temes d'interès però no participa en la discussió, condueix la discussió, ha d'evitar deixar-se emportar per la conversa del grup i ha de reconduir la conversa si en algun moment es perd el fil. Tampoc ha d'expressar la seva opinió i ha d'incentivar la participació de tots els integrants del grup. La relatora serà l'encarregada de prendre notes de la discussió, que serviran de complement de la gravació (39).

Es van realitzar tres grups focals. Un de directius de proveïdors que estava constituït per 6 participants, un de professionals d'atenció primària constituït per 5 participants i un de professionals d'atenció hospitalària constituït per 4 participants. En aquestes entrevistes també es va utilitzar una guia de discussió (annex II).

3.5 Anàlisi de dades

L'anàlisi en la investigació qualitativa és un procés en progrés continu, que s'inicia amb la recollida de les dades, dinàmic i creatiu que implica tres etapes (42). La primera és la fase de descobriment, en la que s'identifiquen temes i es desenvolupen conceptes i idees. La segona fase inclou la classificació i sistematització de les dades i el refinament de la comprensió del tema estudiat. En la fase final, les investigadores procuren relativitzar les

seves troballes, buscant comprendre les dades en el context en que van ser recollides i les interpreten.

Les dades qualitatives són dades textuais, que procedeixen de les entrevistes, observacions i diferents tipus de documents. A través de l'anàlisi de continguts i del llenguatge dels subjectes es pot arribar a l'explicació de diferents aspectes de la realitat plantejats com a objecte d'estudi (43). L'anàlisi de dades ha estat definida com el conjunt de manipulacions, transformacions, operacions, reflexions i comprovacions que es realitzen sobre les dades amb la finalitat d'extreure el significat rellevant relacionat amb un problema d'investigació (37;43). En el procés d'anàlisi es pot distingir el moment analític, on es determina què succeeix, com succeeix; i el moment explicatiu i interpretatiu, en el que es busca el perquè els fets succeeixen de la manera que succeeixen (35;40).

En l'anàlisi, un cop s'han fet les primeres lectures i s'han identificat les diferents temàtiques, es creen les categories. Les quals es poden crear de manera exclusivament inductiva a partir de la informació en els texts, de les guies d'entrevista i observació; o bé de manera mixta, combinant els temes que emergeixen dels texts amb els temes de les guies. Han de complir amb els següents criteris (42): ser exhaustives, de manera que permetin la classificació de totes les dades que disposem; ser reproduïbles per un segon analista; donar sentit als objectius de l'estudi i una veu als informants; creïbles pels subjectes d'estudi i ser diferents entre si, tot i que puguin estar relacionades.

Un cop s'ha acabat la classificació de les dades i s'han identificat les informacions emergents de les dades, es procedeix a la descripció de les mateixes, bé buscant semblances i diferències, o bé buscant contradiccions en les informacions emergents de les entrevistes (43).

Per a l'anàlisi de les dades qualitatives provinents de les entrevistes individuals i de grup, es va aplicar la tècnica qualitativa d'anàlisi narrativa dels continguts. Es van generar les categories de forma mixta a partir de les guies d'entrevista i de les emergents de les dades. Les dades es van segmentar per grup d'informants i temes.

La primera fase de l'anàlisi es va realitzar manualment i va servir com una primera aproximació a les dades. Posteriorment, es va utilitzar el programa informàtic Atlas-ti, que és una eina informàtica que facilita l'anàlisi de dades qualitatives perquè permet agilitzar moltes activitats implicades en l'anàlisi qualitatiu i la interpretació, com per exemple, la segmentació del text en cites, la codificació, o l'escriptura de comentaris i anotacions.

A partir de la informació obtinguda en les etapes anteriors, es van identificar quins eren els factors o actors que actuaven, bé com a facilitadors bé com a barreres, en l'atenció a la salut dels immigrants, des del punt de vista dels proveïdors.

3.6 Rigor i qualitat de la informació

El control de la qualitat d'una investigació qualitativa és un procés de verificació articulat, reiteratiu i constant durant tot el procés d'investigació (44). Per tal de garantir la qualitat dels resultats, es va triangular la informació. La triangulació consisteix en contrastar i verificar els resultats a partir de diferents fonts i perspectives (45), és a dir, s'entrecreuen múltiples punts de vista (fonts d'informació, tècniques, investigadores) per reduir els biaixos en la interpretació i millorar la consistència dels resultats, o corroborar les dades i assenyalar dimensions alternatives no contemplades prèviament. En l'anàlisi van participar diverses analistes amb formacions diferents i un bon coneixement del context.

3.7 Limitacions de l'estudi

En un dels territoris no ha estat possible la realització del total de les entrevistes planificades. Del nombre d'entrevistes que s'havien planificat inicialment no se n'han realitzat tres, totes elles corresponien a informants d'atenció primària.

4 Resultats

Els resultats es presenten d'acord als següents punts: percepció del personal sanitari sobre la immigració en general i la seva vivència de l'atenció a aquest col·lectiu, dificultats percebudes pels professionals en l'atenció a la població immigrant, estratègies desenvolupades per donar resposta en els territoris, coneixement dels instruments facilitats pel Departament de Salut i necessitats expressades pel personal sanitari.

En la descripció dels resultats s'han emfatitzat les semblances i diferències existents en el discurs dels diferents grups d'informants. Per tal de garantir la confidencialitat dels entrevistats en els exemples citats s'ha identificat tan sols el grup d'informant al que pertanyen: directiu d'atenció primària o especialitzada, professional d'atenció primària o especialitzada, personal d'atenció a l'usuari.

4.1 Percepció general sobre la immigració

Els informants conceben la immigració com un procés dinàmic amb canvis continus. D'una banda, s'ha produït un ràpid augment de població immigrada i d'altra banda, han canviat els col·lectius predominants.

Del discurs dels informants emergeix la percepció d'un gran increment dels immigrants atesos de forma regular al sistema de salut. Alguns informants consideren que la velocitat de creixement de la població immigrant ha augmentat recentment i que s'ha accelerat en un espai curt de temps, *“jo veig que estem molt sobrepassats d'immigració, en els últims anys hi ha hagut una allau”* (professional de primària). Consideren que aquest augment de població ha estat més visible en determinats serveis: urgències tant d'atenció primària com hospitalària, obstetrícia i pediatria.

Els informants perceben que en els seus territoris, a mida que passa el temps, es van produint canvis notables en les característiques dels col·lectius immigrants. En alguns casos ha canviat el col·lectiu predominant en relació al país de procedència, perquè ha estat substituït per un altre o perquè s'han diversificat les nacionalitats per l'arribada gradual de nous col·lectius. *“jo crec que el canvi que hi ha hagut ha sigut d'immigrants únics senegambians i magrebins a múltiples corrents migratòries ¿no?, o sigui més d'una, i ara tens la sensació de que immigrants de l'est i els immigrants sud-americans diríem sud-americans, argentins i uruguaians dominen”* (directiu primària). També identifiquen canvis en la distribució per sexes i la situació familiar. En general, coincideixen en les característiques demogràfiques: persones joves i que a l'inici eren majoritàriament homes,

però que actualment s'està equilibrant la distribució com a conseqüència dels processos de reagrupament familiar en aquells col·lectius que fa temps s'han establert en el territori *"els magrebins al començament eren homes sols i joves"* (professional especialitzada), *"bàsicament eren homes al principi i ara ja s'estan portant les seves famílies"* (directiu primària).

No obstant això, alguns directius consideren que la percepció dels professionals sobre el col·lectiu immigrant majoritari estaria condicionada per les dificultats que apareixen en el procés d'atenció. És a dir, els professionals considerarien més gran del que realment és el col·lectiu amb més dificultats en l'atenció *"aquí la percepció és que tenim molts xinesos, en canvi no tenim la percepció que tenim dels equatorians, una és un cinc i pico i l'altre és un quinze, tres vegades més eh? la percepció és diferent i és la barrera idiomàtica"* (directiu especialitzada).

En general, consideren com a bo l'estat de salut de la població immigrant quan arriben pel fet de ser persones joves i d'haver emigrat dels seus països per treballar. Aquest bon estat de salut després empitjora pels hàbits tòxics que adquireixen, per les condicions de treball o per les condicions en què viuen. Només algun professional de primària i directiu hospitalari considera que és pitjor si es compara amb el de la gent autòctona, perquè vénen de països pobres i arrosseguen problemes de la seva infantesa originats per malalties o les condicions de vida en els seus països d'origen (quadre 1).

Quadre 1. Exemples de cites textuais sobre percepció de l'estat de salut de la població immigrada

Estat de salut	Personal sanitari
Bo	"els que vénen aquí en el centre tenen com cert nivell, ja per prendre la decisió de venir a un altre país (...) vénen quasi tots els immigrants amb un estat de salut bastant bé" (professional primària) "sense cap dubte bo, o sigui malalties quan arriben no en detectem o no les veiem, els problemes que tenen són els problemes d'aquí, sobretot de cansament (professional primària)
Precari	"la gran majoria no és sana, és una població que s'alimentava malament des de la seva tendra infantesa, que no s'ha fet un seguiment sanitari des que han nascut, que no han rebut normes higièniques des que han nascut" (professional primària)
	Directius
Bo	"el seu estat és bo en general" (directiu primària) "dintre de tot dels magrebins és relativament acceptable, vull dir no tenen molta patologia" "[el seu estat de salut] jo diria com el nostre (...) si estiguessin molt fotuts ho notaríem i no ho notem" (directiu especialitzada) "són gent jove el seu estat de salut és millor (...) una altra cosa és que possiblement s'estan introduint hàbits tòxics i dintre d'uns anys succeeixi" (directiu especialitzada)
Precari	"el seu estat de salut no és bo, és pitjor que el nostre perquè lògicament vénen d'uns països subdesarrollats" (directiu especialitzada)

Una percepció que emergeix del discurs és la falta d'integració dels immigrants en la societat d'acollida. Entre els factors que dificulten la integració, molts informants destaquen falta de voluntat d'integrar-se de les persones immigrants, i sobretot en referència al col·lectiu magrebí. Altres factors que mencionen són el volum elevat de persones arribat en poc temps i les xarxes de contactes previs (familiars, amics,...) que fan que s'estableixin en punts concrets, formant el que anomenen "guetos", *"això del efecto llamada és real, vénen a aquest barri perquè tenen gent de la seva comunitat, amb la qual cosa sempre quan arriben*

hi ha un cosí, un no sé qui” (professional primària), *“si la comunitat és molt de cop en un mateix període, si no controles va a la creació de guetos”* (directiu especialitzada). Consideren que en aquests punts la població immigrant està desplaçant a la població autòctona, *“hi ha dos carrers a XXX on cada vegada més se'ls està empenyent (...) tots els catalanoparlants, els espanyols per entendre'ns, estan marxant d'aquests carrers”* (professional primària). No obstant, un informant afegeix que no és un problema de persona a persona sinó que és un problema de comunitat a comunitat, *“quan tu ajuntes un catalanoparlant amb un sud-americà (...) s'entendran molt bé, no és un problema de persona a persona, és un problema de comunitat a comunitat”* (professional primària). En el discurs d'alguns informants, sobretot d'un territori concret i un d'un altre territori, equiparen la població immigrant amb el col·lectiu gitano en relació a les dificultats d'atenció respecte l'adaptació a les normes locals, integració a les societats,... *“els gitanos ha passat de manera ancestral ¿no?, és a dir, perquè els gitanos són diferents? perquè tots plegats hem permès que siguin diferents.(...) Per tant si adoptem una postura així, probablement en aquests grups que ja els hi costa més integrar-se jo penso que el que farem serà refermar que es mantinguin aïllats”* (professional especialitzada).

Algun directiu considera que aquesta diferència cultural també existeix quan el professional sanitari és immigrant amb la població autòctona. No només hi ha diferències culturals sinó també en les pràctiques clíniques, *“tenim immigrants però que no són usuaris no, sinó que són prestadors de serveis (...) aquesta gent a vegades té dificultats d'acoblament amb el procediment clínic habitual d'aquí i per què? Perquè on t'estaven tenien un procediment clínic ... que era diferent, perquè la seva concepció cultural era diferent”* (directiu especialitzada).

4.2 Vivència de l'atenció a la població immigrada

Gran part dels professionals sanitaris considera que el creixement de la població immigrant a Catalunya suposa una sobrecàrrega en el desenvolupament del seu treball. Algun professional considera la sobrecàrrega com a resultat de l'increment de la població a la que s'ha de donar assistència independentment de la seva nacionalitat, *“el col·lectiu immigrant no ens dona més problema del que dona l'autòcton ni molt menys eh, lo que una cosa és que cada vegada n'hi han més problemes però és una qüestió purament estadística”* (professional primària). En canvi, per altres la sobrecàrrega és fruit de les dificultats que emergeixen a l'hora d'atendre a la població immigrant, relacionades, entre d'altres, amb problemes de comunicació, les expectatives, una major detecció de patologies, *“suposa molta carga és una gent que costa una mica d'entendre no només per l'idioma no, sinó per la seva cultura, per les seves expectatives de salut, doncs són consultes que són més llargues de lo habitual i bueno pues eso suposa una sobrecarga important”* (directiu primària), *“un increment brutal de treball i una detecció de patologia cada cop més gran, patologia des d'infantil, nens que no han estat seguits des del seu naixement, adults que no s'han controlat en la seva*

vida que al fer-los la primera anàlisi se'ls troba de tot ... i persones grans que no han anat al metge en la seva vida, el problema és aquest" (professional primària). En diferents territoris els professionals relacionen la percepció de sobrecàrrega de treball com a conseqüència de la seva por de perdre als pacients si no els atenen en el moment en el que apareixen en la consulta, encara que sigui fora de les visites programades o el seu primer contacte amb el sistema, *"l'assistenta ens truca a nosaltres mira que podeu veure aquesta dona que la tinc aquí, perquè sinó igual la citeu en una setmana i no torna a aparèixer, pues vengui pues que s'espera i la veurem després, però clar al cap del dia consultes d'aquestes sense hora, per fer un favor social diguem-ne en fem bastantes"* (professional especialitzada).

En el discurs dels professionals sanitaris, sobretot d'atenció primària, emergeix la sensació de frustració, d'angoixa i esgotament a l'hora d'atendre'ls, *"ostres no sé si m'ha dit el que volia o era aquest el motiu principal, o no he sabut entendre quines eren les seves preocupacions i ho he portat tot a que li pica, té ja està"* (professional de primària), *"un esgotament te poses molt més nerviós doncs te n'adones de que no de que estàs perdent més temps, ... que a més no et quedes amb la satisfacció de dir m'haurà entès, ai he fet lo que tenia que fer?, realment he assolit he arribat a entendre el problema? he donat una solució correcta? sempre et quedes amb el dubte"* (directiu de primària). Aquesta sensació però, no emergeix en el discurs de directius hospitalaris que no es dediquen a l'assistència. No obstant, algun directiu i professional d'atenció primària viu aquesta atenció de manera dual, com un repte per les dificultats que comporta i per les patologies que han de tractar, i satisfactòriament quan aconsegueixen solucionar-lo, *"és un repte, és un repte perquè és difícil, és un tipus de vista mèdica molt difícil tot i que la satisfacció és veure que a la tercera o la quarta ja ens anem entenent més mútuament"* (directiu de primària), *"a nivell professional és gratificant, és gratificant, jo crec que és gratificant perquè és un repte també, veus patologies que pudé no estàs tan acostumat a veure, o manifestacions d'altres malalties que en els immigrants són diferents"* (professional de primària).

Algunes de les dificultats que emergeixen en el discurs dels professionals sanitaris és la necessitat de canviar les seves maneres de treballar ràpida i seguint una sistemàtica establerta adaptant-se a la població immigrant *"els metges de capçalera som molt pràctics, tenim quaranta visites diàries, anem molt a la sistemàtica, al protocol, al procediment, jo a mi m'aniria fenomenal si ja que vostè creu que està embarassada, jo li demano l'anàlisi, l'infermera li fa i en tres minuts li diem felicitats o no"* (professional primària), *"ens ho sabem tan de memòria que els hi expliquem molt ràpid i els hi apuntem al paper, però per una persona gran, una persona immigrant, que li costa una miqueta entendre l'idioma, igual entén t'has de prendre això i després ja no ho sap"* (professional especialitzada). En aquest sentit, alguns informants identifiquen la sensació d'haver de començar de nou el procés d'educació a la població que segons la seva percepció ja la tenien educada, *"el sentiment que han tingut les infermeres, tant metges, i auxiliars i tot el personal és de tornar a començar"*

(...) *havíem fet ja com un exercici durant molts anys de tot el que era el tema d'educació sanitària*" (professional especialitzada).

4.3 Percepció sobre l'accés als serveis sanitaris de la població immigrant

En general els informants comparteixen la percepció que l'accés als serveis sanitaris és fàcil (quadre 2). Existeix consens en el grup focal de professionals hospitalaris que un cop superada la barrera de la targeta sanitària l'accés s'equipara al de la població autòctona.

Cal matissar però que quan es refereixen a accés es refereixen a rebre assistència mèdica. Pocs informants identifiquen les dificultats que emergeixen en el procés d'atenció (com l'idioma, coneixement del sistema,...) com a barreres d'accés. Destaquen la solidaritat del sistema nacional de salut com a garantia de l'accés a l'atenció *"des de una simple intervenció d'una grip fins una intervenció quirúrgica, aquí no deixen morir ningú al carrer [...] en altres països a Estats Units si tu no tens una assegurança pues..."* (professional primària), *"jo crec que no tenen cap problema perquè aquí a Espanya atensem a tot el món, vingui amb cartilla o sense, aleshores l'accés és molt senzill, vénen i els atensem"* (professional primària), *"si algo té el nostre sistema sanitari és que és molt accessible"* (directiu especialitzada).

Quadre 2. Exemples de cites textuais sobre la facilitat d'accés al sistema de salut

Personal sanitari
"aprenen molt ràpid que quan arriben tenen l'accés molt fàcil aquí no?. Vull dir, és casi abans que el padró o amb el padró i de seguida pots tenir la teva targeta sanitària i això ho aprenen ràpid" (professional especialitzada) "el tenen molt fàcil, arriben aquí i el primer que veus, van a veure a l'assistenta social, i ja veus a l'ordinador falta cobertura sanitària, però se'ls resol tot" (professional primària) "no hi ha barreres, barreres és la cultura i l'idioma, però d'accessibilitat cap, accessibilitat de visita si s'ha de fer es fa" (professional primària)
Directius
"Jo penso que com que no saben ben bé com va [el sistema], van a urgències, vull dir con que urgències és la via de entrada ràpida" (directiu especialitzada) "Parlem amb l'assistenta social i el mateix dia tenen una assignació de metge de capçalera, no doncs no hi ha cap mena de problema" (directiu primària)

No obstant això, els informants consideren que hi ha barreres burocràtiques que dificulten l'accés, com ara, la necessitat de disposar de la targeta sanitària per poder accedir als serveis. Consideren que el procés d'obtenció no és fàcil. D'una banda, segons l'opinió d'algun directiu, els ajuntaments demanen per a l'empadronament - requisit indispensable per obtenir la targeta sanitària - alguns documents difícils d'aconseguir, per exemple, les escriptures de la vivenda que sovint els arrendadors es neguen a proporcionar, *"vol empadronar-se, doncs donguim les escriptures del pis on està de lloguer, i l'amo diu què quiere este? L'escriptura del pis?, jo no en tinc, clar doncs no t'empadrones"* (directiu especialitzada). D'altra banda, alguns informants identifiquen un enduriment per part del

personal d'atenció a l'usuari a l'hora de demanar els documents necessaris, *"si no et porten l'empadronament, si no te'l porten ja s'han posat cada cop més estrictes en això, no els fan el registre, no els hi donen o sigui, no els hi donen consulta"* (professional primària).

Com a conseqüència d'aquestes dificultats, identifiquen alguns problemes, com ara la utilització de la mateixa targeta per gent diferent, mentir sobre l'edat dels nens per a garantir la seva assistència,... Si bé que, a mesura que passa el temps, s'ha observat que l'intercanvi de targetes sanitàries ha anat disminuint com a conseqüència, segons els professionals, d'un millor coneixement del sistema.

Una altra conseqüència relacionada amb la targeta sanitària, mencionada per professionals hospitalaris es la pèrdua de qualitat en l'assistència a la població immigrant en condicions irregulars. Consideren que l'atenció és de pitjor qualitat que la que es presta a la població autòctona *"la sanitat de l'immigrant és molt pitjor, està pitjor atesa, tenim més dificultats, i si traiem estadístiques veurem que es moren molt més joves que els d'aquí pels processos"* (professional especialitzada).

En el discurs dels professionals d'atenció primària emergeix la dificultat d'accés quan la població immigrant s'ha de desplaçar per a la realització de proves complementàries fora del lloc de residència *"a vegades si ha de fer algun examen complementari que és a XXX, que no pot ser aquí, [no hi van] però més que res pel desplaçament perquè no tenen cotxe i això, no perquè es neguin"* (professional primària), *"quan estan embarassades els controls els ha de fer des del ginecòleg o tocòleg de XXX i que això també els costa molt als magrebis anar a Tortosa, perquè totes soles no poden anar en el bus i l'home ha de demanar festa"* (professional primària).

Algun professional hospitalari, a diferència dels d'atenció primària, considera que s'hauria de restringir l'accés als serveis a la població immigrant en situació irregular *"jo seria partidària de que no tinguessin un accés tan fàcil a la targeta sanitària, jo trobo que qui s'ha inventat això no s'ho ha pensat bé lo que ha fet ... els que no treballen pues que no els hi donguessin"* (professional especialitzada). Malgrat que són pocs els que opinen que s'ha de restringir l'accés, una part dels professionals qüestionen les possibles implicacions per a la sostenibilitat del sistema nacional de salut de la mala utilització que atribueixen a la població immigrant, *"aquest sistema es deteriorarà i es perdrà per una mala utilització i realment em dóna sentiment, és un assoliment en altres països no existeix"* (professional de primària), *"la sanitat espanyola que estava molt bé no aguantarà, ... això, i és això, la mala utilització del sistema"* (professional especialitzada).

4.4 Dificultats percebudes en l'atenció a la població immigrant

Els informants identifiquen nombrosos factors que influeixen negativament en el desenvolupament del seu treball diari en l'atenció al col·lectiu immigrant, ja sigui de forma directa o indirecta i que són relatius tant a la població immigrant, com al propi sistema de salut. Aquestes dificultats percebudes estan relacionades amb els següents àmbits: la comunicació, les característiques dels col·lectius immigrants i la seva utilització de serveis sanitaris, l'organització de l'assistència i l'actitud dels professionals.

4.4.1 Relacionades amb la comunicació

En tots els territoris els informants convergeixen en assenyalar com a gran dificultat en el procés d'atenció a la població immigrant els problemes relacionats amb la comunicació entre pacient immigrant i personal sanitari. Fins i tot, en aquell territori en què el col·lectiu majoritari és de parla hispana. Les causes d'aquests problemes són principalment el grau de coneixement o utilització de la llengua, però també es relacionen amb algunes actituds dels immigrants, així com amb elements culturals que dificulten la comunicació (Taula 6)

Taula 6. Dificultats referides pels informants d'atenció primària i especialitzada en relació amb la comunicació

Causa de la dificultat	Conseqüència per a l'atenció
- Idioma - o Desconeixement idioma - o Utilització diferent llenguatge - o Nivell d'analfabetisme - Actitud immigrants per comunicar-se - Elements culturals en alguns col·lectius	- Sobrecàrrega - o Més temps de consulta - o Més temps de dedicació - Angoixa sobre els resultats de la visita - Augment de les proves complementàries - Dificultat d'assignar al servei (urgències, visita programada)

Font: elaboració pròpia

La barrera idiomàtica, a causa del desconeixement o el coneixement limitat dels idiomes que es parlen a Catalunya, és el principal problema de comunicació identificat pels professionals. No obstant això, el personal no assistencial considera diferent el grau de problemàtica en funció de si la demanda és de tipus burocràtica, on tot està estipulat, o assistencial, en la que el grau de dificultat és més elevat, *"és més fòtut quan vénen a visitar-se, però quan vénen a fer papers com és una cosa tant definida, tant clara, ja la saben, no hi ha problema"* (personal d'atenció a l'usuari).

Molts professionals dels diferents territoris coincideixen en que la comunicació amb aquest col·lectius es complica pel nivell elevat d'analfabetisme entre els immigrants, perquè tampoc poden resoldre el problema de l'idioma amb material escrit, *"tenim un folletins fulletons també traduïts al xinès i a l'àrab vale? sobre unes recomanacions i unes preparacions de proves i coses així, i realment no, no, no acaben de funcionar, no saben llegir clar és una dificultat afegida"* (professional especialitzada).

En el territori en el que el col·lectiu predominant és de parla hispana i que per tant, l'idioma no és una barrera, professionals i directius de primària i hospitalària assenyalen problemes de comunicació per la utilització diferent del llenguatge. Aquesta percepció també és compartida per professionals d'altres territoris i es dona en ambdues direccions, tant dels immigrants cap al personal sanitari com en sentit contrari, *"però és que yo me cuido doctor, a vale muy bien. Saps què vol dir cuidar-se? Prendre anticonceptius ... si tenim que descobrir sobre la marxa pues imaginat lo lents que anem, fins que jo no vaig descobrir que això de cuidar-se era prendre anticonceptius jeje goita, goita, mira que cuidadosa jeje"* (directiu primària), *"Tot i que l'idioma és el mateix la sensació que em dona a mi és que no.. no entenen la meitat dels que els hi has explicat ... et quedes amb la sensació de que no ho han entès, perquè no et plantegen els dubtes i les preguntes típiques de la gent d'aquí"* (professional especialitzada). No obstant això, alguns informants atribueixen aquests problemes al nivell sociocultural baix del col·lectiu.

Una altra causa dels problemes de comunicació, segons els informants, és la predisposició d'alguns immigrants a comunicar-se. Una part dels entrevistats perceben poca predisposició per part d'alguns col·lectius immigrants per comunicar-se amb ells en la consulta, *"és que et fiques nerviós perquè et sap greu que no intentin que no fagin l'esforç, perquè tu fas un gran esforç fent mímica i fent moneries allí que et sents com jejeje pallaso a vegades perquè entenguin"* (professional especialitzada), *"ells sempre et diuen que sí a tot eh, a vegades els hi fas una pregunta entremig que han de dir una altra resposta i te diuen sí, llavors ja captes que no t'estan entenent"* (professional especialitzada); o a l'hora d'aprendre algun dels idiomes oficials de Catalunya, *"tu dius quan temps fa que està aquí aquesta dona? I el marit et diu sis anys, però com pot ser que en sis anys no sàpiga parlar res ¿entens?, em va dir un tu hablarás antes árabe que mi mujer español"* (professional especialitzada).

En el discurs dels informants es distingeixen elements culturals que dificulten la comunicació, que en gran part es relacionen amb la nacionalitat magrebina. Un primer element cultural que emergeix en el discurs de professionals assistencials són els rols establerts en la cultura magrebina: la dona en presència del marit o els nens en presència de les mares no es comuniquen directament amb els professionals, *"a vegades sí l'home marxava un moment a buscar un paper veies que sí, que t'entenien i et comunicava, tornava a venir l'home i tornaven a deixar de parlar"* (professional especialitzada), *"la mare no m'està entenent moltes coses, jo li dic doni-li tant i ella quant és que li donaré, per on, i el nen veig que m'està entenent i aleshores jo li pregunto al nen si té deu anys, set anys, tu m'entens? I aleshores miren a la mare i la mare els diu parla-li, aleshores és quan ell em parla, quan li donen l'ordre"* (professional de primària).

Un segon aspecte atribuït a la cultura magrebina és la dificultat de les dones per aprendre la llengua per desenvolupar un rol més limitat a la vida domèstica i amb escassa projecció social *"la integració de la dona també, perquè clar els marits com que van a treballar estan*

inclosos en una societat i aprenen el català, el castellà, que elles estan tancades” (professional de primària), “realment les dones no parlaven, els magrebins no parlen les dones, no parlen, no les ensenyen, o sigui allà a XXXX el marit no vénen soles a la consulta, no les deixen sortir de casa, no els hi donen l’opció d’aprendre l’idioma ... elles és reunien entre elles com a molt i no es comunicaven amb la gent del poble, o sigui les dones allà no parlaven castellà, ni una paraula encara que fes quatre anys que estessin allí” (professional especialitzada).

En conseqüència, gran part dels professionals assistencials i personal no sanitari percep una sobrecàrrega en la seva tasca perquè són consultes que requereixen més temps per conèixer-ne el motiu i adreçar-lo correctament, *“sobretot l’idioma, l’idioma ens suposa a nosaltres una sobrecarrega molt gran, molt gran”* (professional especialitzada). En els professionals també aflora la sensació d’angoixa per la incertesa que els genera no saber si realment el pacient haurà entès el que li ha comunicat. Una altra conseqüència, segons algun professional, és la realització de proves complementàries que no serien necessàries si no hi hagués el problema de l’idioma, *“fas veterinària , pues l’explores mires a veure, clar a vegades fas una analítica que a lo millor en una altra persona no li faries, m’entens? per això que a vegades fas més exploracions que les que pertoquen per això, perquè com no.. te duele todo i no sabes que tiene, dius bueno que no se me escape algo, clar”* (professional especialitzada).

Com conseqüència de la dificultat idiomàtica, en el servei d’atenció a l’usuari, indiquen els errors a l’hora de triar els pacients per a la via d’urgències o visita programada i que els generen conflictes amb els metges *“un metge es va enfadar amb nosaltres perquè vam donar una visita d’urgències perquè deia mal, urgència (...) I no sé si era que volia quedar-se embarassada (...) i va baixar el metge i es va enfadar amb nosaltres però nosaltres tampoc sabíem”* (personal atenció usuari).

No obstant això, algun professional del servei d’urgències hospitalàries identifica un canvi en les seves percepcions del problema idiomàtic en funció del temps, a mesura que ha passat el temps la vivència de dificultat ha disminuït; i de la severitat de la patologia, com més greu menys dificultat, *“la veritat és que ja ho tenim molt per la mà, o ens hem acostumat o realment ha anat millorant no sé, però ja ens apanyem, al començament era horrible eh, no, era fatal”* (professional especialitzada), *“quan realment et fa mal alguna cosa o estàs fotut tampoc cal explicar gaire, ja es veu”* (professional especialitzada).

4.4.2 Relacionades amb les característiques dels col·lectius immigrants

Les opinions dels informants respecte a les característiques dels col·lectius immigrants que influeixen en l’atenció, es poden agrupar en: pràctiques culturals i religioses, adaptació a les normes locals, condicions laborals i condicions de vida (taula 7).

Taula 7. Dificultats referides pel personal d'atenció primària i especialitzada en relació amb les característiques de la població immigrant.

Causa de la dificultat	Conseqüència per a l'atenció
- Elements culturals i religiosos - o Cultura sanitària països d'origen - o Rols de gènere en alguns col·lectius - o Pràctiques religioses	- Risc/font d'aprenentatge - Inseguretat a l'hora d'actuar - Augment càrrega treball - Enfrontament amb els pacients immigrants - Interferències en: - o Procediments mèdics - o Hospitalització - o Tractament
- Limitada adaptació a les normes de l'hospital - o Adaptació a les mesures higienicosanitàries (dutxa, menjar a les habitacions) - o Indumentària hospitalària (mocador a la sala de parts)	- Augment càrrega treball - Enfrontament amb els pacients immigrants
- Condicions laborals dels immigrants - o Condicions laborals precàries ▪ Tipus de contracte ▪ Accidentalitat laboral ▪ Baixes laborals - o Nomadisme per contractacions temporals	- Incompliment/retràs visites programades - Utilització dels serveis d'urgències - Pèrdua de la continuïtat assistencial - Conflictes metge - pacient immigrant
- Condicions de vida - o Amuntegament, insalubritat - o Problemes d'higiene	- Emergència de patologies relacionades amb la pobresa

Font: Elaboració pròpia

Elements culturals i religiosos

Alguns professionals identifiquen elements culturals que perceben com a dificultadors de la seva pràctica diària. Tanmateix, aquesta dificultat no emergeix en la pràctica diària del personal d'atenció a l'usuari ni en la de directius no assistencials. Fins i tot, un directiu qüestiona els efectes dels elements culturals en la pràctica dels professionals *"aquestos diguem-ne salts culturals evidentment n'hi ha, però a mi no m'arriba que això siguin grans problemes"* (directiu especialitzada). En aquest sentit, alguns professionals indiquen que superar aquestes dificultats és una qüestió d'adaptació i temps, *"jo suposo que això és qüestió d'anys, també de que la gent faci anys que visquin aquí i que d'aquí uns anys seran persones europees com nosaltres, l'únic que tindran serà el color de la pell diferent"* (professional especialitzada), *"el canvi ha de ser cultural i generacional, no pots esperar coses..."* (professional especialitzada).

Una d'aquestes diferències culturals s'atribueix a diferències amb la cultura sanitària dels països d'origen. Alguns professionals de primària consideren que hi ha una limitada cultura preventiva als països d'origen, que limita el desenvolupament d'activitats preventives per part de la població immigrant una vegada es troben a Catalunya, *"vénen de països on no hi ha accés, on la cobertura sanitària és mínima, on les mesures preventives de salut, on les accions sanitàries són mínimes, que si no tens diners no existeixes en el sentit que ningú es preocupa per tu des d'aquest punt de vista"* (professional primària). També atribueixen a pràctiques sanitàries dels països d'origen l'explicació d'alguns comportaments, com ara la

negativa a que es practiqui una cesària, fins a l'extrem d'haver d'avisar al jutge, -consideren que en aquests països la lligadura de trompes es una pràctica habitual en el moment de realitzar una cesària- *“escolta aquest no passa, s'ha de fer una cesària. El marit no, no, no, que no. Escolti'm que es morirà el nen. Perquè segons quins països lliguen les trompes (...) nosaltres informem al jutge de que procedim a fer això i que si no vol que ho fem que ens ho digui enseguida”* (directiu especialitzada), *“les africanes quan els hi dius de fer una cesària algun cop hem hagut inclús de trucar al jutge a la nit, a l'hora que sigui al jutge per dir que hi ha una dona que tenim en procés de part, que està començant el crio a patir una mica i que no vol fer-se una cesària de cap manera”* (professional especialitzada). Igualment, atribueixen la reacció de por en el pacient immigrant quan els professionals els demanen proves complementàries a l'associació d'aquestes en els països d'origen quan es tracta de problemes de salut greus *“si són subsaharians fer una radiografia saps que se suposa que te vas a morir”* (professional especialitzada). Una minoria d'informants, tant de directius com professionals, assenyalen problemes d'higiene en la població immigrant, sobretot en referència al col·lectiu magrebí, que una minoria atribueix a hàbits higiènics deficients adquirits en els països d'origen, *“Mala higiene, pèssima higiene els lactants oloren malament, es penós però és així, perquè no els banyen cada dia, consideren que es posaran malalts si els banyen”* (professional primària). Algun informant destaca l'olor com un element de càrrega de l'ambient de les consultes, *“tenen una olor forta i a vegades dona una olor, i quan entren dos seguits a la consulta ostres hi ha una olor, la consulta està carregada, inevitablement està carregada, sobretot els negrits i després els marroquins són encara pitjors perquè porten un xandall sota que jo no sé què pinta el xandall a l'estiu, l'hivern”* (professional primària).

Altres dificultats s'atribueixen a les relacions entre sexes establerts en les diferents cultures. Tant directius com personal sanitari d'ambdós nivells assistencials assenyalen que el sexe del professionals sanitaris pot tornar-se un punt de possible conflicte, especialment amb el col·lectiu magrebí -surt, però molt dèbilment amb el col·lectiu subsaharià-, perquè es neguen a ser explorats, tant per personal masculí les pacients femenines, especialment, en els serveis de ginecologia i obstetrícia o els ATS d'algun centre, com de personal femení amb pacients masculins quan es tracta d'exploracions per patologies venèries. Com a conseqüència poden exigir un professional del mateix sexe o deixar d'assistir als controls *“moltes no es controlen, algunes perquè els hi fa vergonya perquè saben que si van a l'hospital hi haurà un metge, no hi haurà una metgessa, i haurà un metge i moltes són molt pudoroses i tampoc volen”* (personal hospitalari). En general, els professionals consideren que acceptar aquesta demanda seria un greuge comparatiu, ja que els autòctones no poden escollir. Només, un professional de primària considerava que el sistema es podria adaptar a aquesta demanda però que hi hauria d'haver una reflexió prèvia de si realment això es vol fer o no. Només un directiu afirma el dret de triar professional per part del pacient (quadre 3).

Quadre 3. Exemples de cites textuais d'opinions del professionals sobre la demanda d'alguns col·lectius de ser atesos per personal sanitari del mateix sexe

Personal sanitari
"el sistema no està muntat per donar-ho així [atenció per personal del mateix sexe], ni pensem que hagi de ser així, això crea una dificultat (...) això és una tonteria si vols ben dit així, però pot generar moltes complicacions ¿no? perquè bueno el ginecòleg de guàrdia està el que està" (metge de família) "no som natros que ho hem de canviar, penso que són ells que s'han d'adaptar a les nostres costums i a les nostres coses (...) a vera si estàs a un altre país on los ginecòlegs a lo millor és un metge, pues bueno deixa't visitar per un ginecòleg, pues ho has d'acceptar-ho això" (metge especialitzada)
Directius
"tinc un ATS masculí, amb les dones això sí que tinc un problema (...) sempre m'he de quadrar, he de dir bueno és el ATS, és el professional sanitari, és el ATS d'aquesta consulta i si és necessari hi serà i si no és necessari no hi serà (...) mai he vist la necessitat de que marxés" (directiu primària) "el sistema permet en un moment determinat una segona opinió, que tu puguis demanar també dirigir cap a un professional concret, el sistema ho permet" (directiu especialitzada)

En aquest sentit, es considera com una interferència en l'atenció que la presa de decisions sobre el pacient quan és una dona recaigui sobre l'home, en el cas del col·lectiu magrebí, *"et vénen gent d'altres cultures, en que el marit és el que pinta i perquè elles no pinten una merda, lo qual ja et crea un cert mal rotllo en el qual és el marit el que decideix que se li faci l'epidural a la dona, perquè ell vol que cridi, que plori, que pateixi, ell vol i la seva cultura és així"* (professional especialitzada), *"ella es la que li passa el problema, ella és la que ha de saber i la que ens ha d'autoritzar. Moltes ocasions són ells els que manen i doncs elles els hi permeten, diuen et faran això i ja està, i punto, i no dóna explicacions"* (professional especialitzada).

Altres dificultats que els professionals atribueixen als rols de gènere és l'augment de consultes banals que atribueixen a les somatitzacions de la situació que fa la dona immigrada *"no les deixen sortir, no les deixen, i moltes d'aquestes és això que cada dos per tres et vénen que els hi fa mal tot ¿no? i és això la somatització per tot això"* (professional primària). Per últim, si bé que com a observació poc freqüent, alguns informants atribuïen l'absència d'homes en les operacions quirúrgiques al fet que les seves dones no transmetien el missatge sobre la cita, per haver rebut la notificació de personal sanitari femení, *"no ve mai a operar-se i cada vegada, i després a la visita, por qué no llamar?, si t'hem trucat trenta vegades i en aquest telèfon ens diuen que tu no vius, que tu..., éste es mi teléfono, fins que no hem aclarit que cada vegada ho agafa la senyora"* (directiu especialitzada).

Un altre element cultural que emergeix en el discurs d'un directiu és la por a l'estigmatització dins d'algun col·lectiu que provoca que els pacients no assisteixin a les visites si poden ser vistos per persones de la seva pròpia comunitat *"yo no quiero que se entere porque lo dirá y se enterará todo el mundo, són un col·lectiu molt tafaer i això comporta una certa manera concreta d'actuar, d'amagar les coses (...) si el que un moment donat pues si s'han de trobar amb algú no vinguin"* (directiu primària).

Sobre la influència de les pràctiques religioses d'alguns col·lectius immigrants en la tasca dels professionals hi ha diferències d'opinió. Mentre que alguns professionals de primària consideren un problema el dejuni en temps de ramadà del col·lectiu àrab perquè no els permet seguir els tractaments orals o punxats durant el dia, per altres professionals el ramadà no és una dificultat sinó que s'adapten a aquestes pràctiques *"los primeros anys con el ramadan tens que menjar perquè no sé què, i una anèmia,... pues ara he entès que no, fan el ramadà pues fan el ramadà, no intento convèncer-les, li dic que han de menjar o lis dono un suplement de ferro"* (professional primària).

Emergeixen altres elements relacionats amb la pràctica religiosa diària com resar a les habitacions, *"moltes vegades et trobaves amb l'alfombra posada a terra resant amb els magrebins (...) moltes vegades clar primera que no saps si entrar, si no entrar, si has d'entrar evident entres, però que no hi estàs acostumat i que et dificulta una mica la feina ¿no?"* (professional especialitzada); la disconformitat amb els símbols religiosos *"els magrebins quan venien aquí, eee diguem que això és un hospital privat i era religiós abans, llavors hi havia doncs la creu a totes les habitacions ¿no? doncs diguem que no hi estaven massa d'acord, i llavors teníem dificultats en aquest tema eh, però bueno això superat, ja està superat ... les vam treure totes i llavors ja està ¿no?"* (professional especialitzada), i les dietes sense porc *"si són musulmans pues clar lògicament tu ho has de dir-ho perquè bueno garantir pues no menjar lo que tenen prohibit i aquest seria bàsicament amb el problema que et pots trobar, que tampoc ho és haver de demanar de dieta ja dius exempta de i ja està"* (professional especialitzada).

Hi ha divergència d'opinions entre els professionals respecte a la influència en el desenvolupament de la seva tasca del que consideren com a pràctiques culturals. Alguns professionals de l'hospital, sobretot personal d'infermeria, i de primària, tant professionals com directius, perceben les pràctiques culturals com un perill perquè no poden garantir la seguretat del pacient, *"una altra de les coses que fem és la prevenció d'accidents amb nens. Porten molts cadenes, porten polseretes, porten un per exemple el xinesos (...). Bueno són coses que a vera per la nostra cultura perjudicial però com li fas entendre, a vera és que no sé si tenim la potestat de fer-li entendre que no és bo si mil·lenàriament ho han estat fent"* (directiu primària). Alguns fins i tot consideren que posen en perill les seves carreres *"els xinesos els hi donen als recient nascuts una espècie d'aigua que preparen a casa i la porten a l'hospital vale? (...) llavors ells li estan donant una sèrie de coses que a tu et poden portar problemes inclús professionals perquè no saps què és el que li estan donant"* (professional especialitzada). Ans al contrari, altres professionals consideren que moltes pràctiques culturals no posen en perill als pacients, però que no es coneixen i que, fins i tot, podrien ser beneficioses, com per exemple el fet de posar henna en els ulls dels nadons que actua com a desinfectant, o donar alguns aliments que aquí no s'utilitzen.

Un altre element que destaca algun professional de primària és l'assistència de nens que van sols a les consultes del pediatra, la qual cosa limita la tasca del pediatra perquè segons la llei no els poden visitar ni receptar medicaments *“nens marroquins eh, ja amb tretze, catorze anys, onze anys i la teva mare on està? A casa, i el teu pare? Treballant, i per què vénis sol? Perquè em fa mal el genoll, perquè m'ha sortit això a la boca...”* (professional de primària).

Adaptació a les normes locals

Segons l'opinió d'alguns professionals hospitalaris, sobretot d'infermeria, és un problema aconseguir que els immigrants s'adaptin a les normes higienicosanitàries i d'indumentària a l'hospital. Alguns exemples que citen són: obligar les dones a dutxar-se, cassoles de menjar a les habitacions, molta gent per habitació, mocador a la sala de parts,... Consideren que els genera un augment en la seva càrrega de treball, primer perquè els suposa un augment de la seva tasca d'anar insistint i segon, perquè els pot portar a situacions d'enfrontament amb els immigrants. *“els àrabs es porten molt el menjar seu a les habitacions i deixen tot això una mica girat, una mica, una mica més brut”* (professional especialitzada), *“vostè porta suero per lo que sigui ¿no? i dir-te un perquè te mal de panxa i el tenim que tindre sense menjar ni beure vale?, i de cop i volta t'apareix allà pues bueno el paper d'un entrepà o bueno, vull dir tot això son dificultats”* (professional especialitzada); *“les dones magrebines (...) tu per anar a una sala de parts has d'anar en un camisón verd i una mica d'asèpsia ¿no?. Claro se presenten amb un mocador, hi ha gent que això tampoc ho tolera i en canvi elles no se'l volen treure, i això també hi hagut problemes en coses d'estes en el vestir”* (infermera especialitzada).

Condicions laborals

Molts professionals perceben que les condicions laborals precàries dels immigrants -tipus de contracte, accidentalitat laboral *“[les urgències] s'han triplicat (...) no tenen gaire idea de la llei de prevenció de riscos pues perquè no tenen vigilants, no es posen el casco, no es lliguen, no fan les coses, que lo mateix que nosaltres pues fa molts anys”* (professional especialitzada) i baixa laboral- es tradueixen en una sobrecàrrega en el desenvolupament de l'assistència. Segons els informants els contractes dels immigrants sovint són precaris, inestables o inexistents i generen en els immigrants la por de ser acomiadats si demanen permisos per anar al metge, *“vindrà a les nou de la nit quan tu d'allò d'urgència i t'ho diuen així, és que yo trabajo”* (professional primària). Però a més, amb freqüència, els responsables els deneguen el permís; i els immigrants desconeixen els seus drets *“treballen amb contractes basura (...) aquesta gent no té aquest permís, aquesta gent va al metge a les set a les vuit les nou de la nit perquè no els donen permís, no els donen permís, entre que molts no estan ni tan sols legals, altres no tenen contracte, tenen un contracte basura, saben que si van al metge en horari laboral i demanen, els posaran pegues o no els deixaran venir”* (professional de primària).

Una altra dificultat que emergeix en el discurs d'alguns professionals de primària és la condició nòmada associada a contractacions temporals -recollida de fruita, empreses tèxtils,...-, que els dificulta fer un bon seguiment dels pacients i per tant dificulta garantir la continuïtat assistencial.

Algun professional de primària assenyala la interacció entre els costums religiosos i l'àmbit laboral com a possible punt de conflicte entre metge i pacient. Aquests informants perceben que en temps de ramadà augmenten les demandes de baixa laboral, que els professionals no consideren justificades. Altres entre el personal sanitari opinen que amb el temps han après a demanar la baixa laboral per no anar a treballar, *"el que porti aquí vint anys doncs potser aquests ja han après la picaresca hispànica i saben que ah no tinc ganes, vaig a veure a ver si me dan la baja val?, els que fan això és perquè ho han après de nosaltres eh, ells no venien així no"* (personal d'atenció a l'usuari).

Condicions de vida

Alguns informants de primària convergeixen en apuntar les condicions en les que viuen - amuntegament, insalubritat- com a causa de l'aparició de malalties ja no s'observaven en les consultes com ara tinya, sarna, o l'augmentat de la prevalença de la tuberculosi, *"problemes de paràsit sarna coses així perquè viuen en condicions bastant complicades, viuen molts, han començat a viure en cases de pagès que els hi ha rellogat alguna dependència de la casa i estem veient un munt de casos de picades de puça, de sarna, coses que no les havíem vist feia molts anys"* (professional especialitzada), *"la tuberculosi ... s'ha vist que associat a la immigració i a les condicions del barri és un problema emergent"* (professional de primària). Però destaquen que no són malalties lligades al fet de ser immigrant sinó que són malalties lligades a la pobresa, *"vénen amb problemes de dermatitis, de piodermitis, problemes de pell per fongs que són problemes clàssics de la pobresa i de l'amuntegament"* (professional de primària).

Una minoria d'informants, tant de directius com professionals consideren que les condicions en les que viuen provoquen problemes d'higiene en la població immigrant, sobretot en el col·lectiu magrebí, *"la sarna no saps quanta gent viu a les cases, no saps com explicar les mesures de tractament, de rentar la roba i tal perquè saps que viuen quinze en el domicili"* (professional primària).

4.4.3 Relacionades amb la utilització dels serveis sanitaris

Actituds i comportaments enfront del professional

En el discurs dels informants s'identifiquen diferències en la percepció dels comportaments dels immigrants en la utilització dels serveis segons el col·lectiu al que pertanyen. Existeix consens en identificar una actitud passiva per part dels subsaharians, que consideren més manejables i adaptables. En canvi, perceben als immigrants procedents de països llatinoamericans com més exigents a l'hora de demanar serveis, és dir, fan un volum elevat de demandes en les primeres consultes amb el professional *"ja d'entrada, bé a mi em dedicaràs vint minuts perquè arribo, ostres! Que no puc dedicar vint minuts perquè vols un chequeo i explicar-me que té un gra i que vol anar al psicòleg"* (metge primària). Consideren als magrebins com a més reivindicatius dels seus drets, *"són guerreros ¿saps?, i este perquè passa, bueno sois unos racistas perquè esta ha passat antes"* (metge especialitzada); *"els marroquins és una història que se la saben molt bé i a mi em feu esperar perquè sóc moro i a mi no em doneu això perquè..."* (directiu especialitzada).

En el cas concret dels magrebins, consideren que desenvolupen actituds agressives que es tradueixen en comportaments inadequats en la sala d'espera, com ara, crits, trucades a la porta mentre estan passant consulta, els titllen de racistes,... Uns professionals assenyalen que els generen una sensació de desconfort aquestes actituds, i senten que són per intimidar-los, i la facilitat amb la que els atorguen l'adjectiu de racista. *"et diuen pues racista lo primer això sí, mm i vull dir, i a vera, que no és qüestió, perquè hi haurà un d'un altre col·lectiu per exemple no sé de color, li diràs lo mateix i ho entendrà i no passa res i els otros són més..."*. Consideren que, en la pràctica diària els generen una pèrdua de temps ja que han de dedicar més temps a parlar amb els immigrants.

Aquestes actituds alguns informants les atribueixen, d'una banda, a un desconeixement del funcionament del sistema i dels professionals, ja que per crear un clima de confiança en les consultes cal que professional i pacient es coneguin. D'altra banda, les atribueixen a la desconfiança dels immigrants envers l'atenció que rebran per part dels professionals, ja que consideren que, sobretot en el col·lectiu magrebí, que se'ls discriminarà pel fet de ser immigrants.

Dins el comportament del col·lectiu immigrant, el personal sanitari percep una interpretació exagerada dels símptomes i dolors per part de la població immigrant per tal que se'ls doni major atenció. *"A mi em dona la sensació que per alguna raó en el seu país perquè els hi fessin cas (...) tenen certa necessitat d'exagerar moltíssim els símptomes perquè com més els exagero millor, més cas em fan"* (professional primària). Alguns professionals consideren que, a vegades, no expressen els motius reals de la consulta, *"noia jove que té uns símptomes raríssim, llarguíssims i complicadíssims, i automàticament la talles i li preguntes estàs embarassada? Sí"* (professional primària), *"vénen per demanar unes proves d'embaràs (...) quan et diu me duele ja estàs, entra per urgències prova d'embaràs per descartar un ectòpic, analítica, patapam, patapam, bueno en resum que la dona se'n va amb la prueba de embarazo"* (professional especialitzada); ni quines expectatives tenen i per tant, no saben

com abordar-les, *“la sensació... que ells esperen que els donis alguna cosa més del que tu realment els has de donar (...) és com si estar malalt impliqués alguna cosa més que una simple curació (...) a la setmana següent tornen amb una simptomatologia exagerada, repetitiva”* (professional primària).

Diferents professionals, tant de primària com de l'hospital, atribueixen una part de les actituds a les condicions dels serveis sanitaris en els països d'origen i al nivell sociocultural de l'immigrant. No obstant això, segons els informants, les diferents actituds (desconfiança, agressivitat, exigència,...), canvien a mesura que augmenta el temps d'estada i s'adapten a la cultura sanitària d'aquí *“cada vegada estan més acostumats o que assumeixen més de que tu els has de tractar o els hi has de fer certes coses perquè és la teva manera de treballar”* (professional especialitzada). *“Hi ha els xinos que al principi és bárbaro i piquen [a la porta], tot, ara els que ja d'allò [fa temps que estan] esperen tranquils fins que els crides”* (professional primària).

Volum d'utilització de serveis

Entre els informants hi ha divergència d'opinions respecte al volum d'utilització de recursos, però, en general, opinen que els sobreutilitzen; opinió que emergeix sobretot en el discurs de professionals hospitalaris d'urgències. No obstant això, una petita part de professionals considera que no hi ha diferències amb la població autòctona *“probablement consumeixen molt menús que la població local, però moltíssim menús”* (directiu primària), *“jo molts, molts canvis no he vist, potser més volum entre cometes de visites a urgències de gent immigrant”* (professional hospitalari). Alguns també consideren que els immigrants irregulars utilitzen menys del necessari els serveis de salut per por de ser identificats, *“bàsicament pel tema d'il·legalitat jo penso s'estan molt d'accedir (...) el fet de la desconfiança de que puguin entrar en una situació d'il·legalitat doncs els hi fa de barrera per accedir al sistema”* (directiu primària).

Alguns informants, d'urgències hospitalàries i directius, consideren que s'ha produït un increment de treball a urgències per l'atenció de ferits atribuïble als hàbits tòxics d'un col·lectiu molt concret (el sudamericà) o a les disputes entre col·lectius relacionades amb actes delictius.

Adequació de la utilització de serveis

Els professionals de primària i hospitalària opinen que el col·lectiu immigrant fa una utilització inadequada d'alguns serveis, sobretot d'urgències que utilitzen per patologies lleus que podrien tractar-se a l'atenció primària. Entre les causes, alguns apunten la barrera idiomàtica quan és la persona treballadora qui domina l'idioma i, per tant, han de cercar assistència fora de l'horari laboral, situació que es dona sobretot amb el col·lectiu magrebí,

“la dona no parla espanyol ni català, ell treballa tot el dia, ell no pot faltar a la feina o no falta a la feina perquè la dona (...) li diu espera quan vingui de la feina vénen dutxats els dos aquí ... a urgències com si vinguessin a la consulta normal” (professional primària).

D'altra banda, el personal sanitari i els directius coincideixen en considerar que la percepció, per part del col·lectiu immigrant, que un problema de salut en general s'ha de resoldre a l'instant, es tradueix en la cerca d'aquell tipus d'assistència que els permet resoldre el problema el més ràpidament possible *“ells entenen que tenen un problema i aquest problema s'ha de solucionar ja, per què haig d'anar al metge de capçalera si tinc un altre metge ara que també m'ho soluciona?, jo vaig allà, m'ho soluciona i he acabat” (directiu primària).* En canvi, professionals de primària consideren que s'esperen fins que estan malalts de veritat i per tant, entren en contacte amb el sistema quan tenen un problema de salut greu o important, *“[els immigrants] no tenen aquest sentit tant d'accessibilitat penso que vénen més per motiu d'urgència”, “sí [van a urgències] perquè estan espantats, perquè els hi passa algo”.*

Una altra causa d'utilitzar els serveis d'urgència seria trobar-se en situació irregular, bé per a tenir garantida l'atenció, bé com una via per obtenir la targeta sanitària, o bé per aconseguir un informe que confirmi que des d'aquell dia estan en el territori, *“si no tenen la documentació en regla doncs per més de que comproven que als centres de salut se'ls atén, i ningú els hi pregunta res, però per un altre tenen els seus dubte...” (directiu especialitzada), “vénen per xorrades i això trobo que és perquè no tenen ni targeta sanitària ni tenen res, i vénen a veure si igual és que pensen que venint ja tenen targeta sanitària” (professional especialitzada).*

Altres causes que mencionen són la falta de coneixement del sistema, sobretot en els que acaben d'arribar *“...i quan acaben d'arribar tenen molta menos informació i utilitzen de forma menys reglada [el sistema]” (directiu especialitzada);* pel desinterès dels immigrants per actuar d'acord amb el coneixement del sistema *“no els interessa, ells el que volen és solucionar els seus problemes bàsics (...) o sigui han après molt ràpidament els serveis que a ells els interessa” (professional primària);* per la facilitat d'accés als serveis d'urgències mèdiques *“la via ràpida és l'urgència, que no vol dir que tinguin motius urgents de consulta, sinó que és l'accés més fàcil” (professional primària).*

Com a conseqüència, segons els informants, es provocaria un augment de les visites als serveis d'urgències *“els hospitals se converteixen en centre d'atenció primària de la població immigrant”* i d'atenció continuada, per ser els serveis que atenen sense programar les visites. Una altra conseqüència, segons els professionals assistencials, serien problemes en el seguiment dels pacients i per tant, una pèrdua de la continuïtat assistencial, per la rotació de professionals en els serveis d'urgències *“a urgències avui hi ha un professional, demà un*

altre, no sempre està el mateix, aleshores es perd el que és el seguiment d'aquest pacient" (professional primària).

També citen com utilització inadequada, adreçar-se al centre d'atenció primària per donar a llum i la utilització del servei d'ambulàncies per portar-les a l'hospital en el cas de dones embarassades. En dos territoris emergeix la utilització dels serveis sanitaris per a la realització de proves d'embaràs per, segons aquests informants, estalviar-se comprar els testos d'embaràs a la farmàcia.

Els entrevistats coincideixen en afirmar que la utilització de serveis és diferent entre col·lectius. Distingeixen entre una utilització puntual en el cas dels subsaharians i romanesos, i una sobreutilització dels col·lectius de països llatinoamericans. En aquests últims, l'element més criticat per gran part dels informants és el "chequeo" que consideren que no es correspon amb la manera de treballar aquí. Els informants atribueixen la demanda d'aquest tipus d'activitat al funcionament dels sistemes sanitaris d'origen i a la percepció de gratuïtat del sistema sanitari que té aquest col·lectiu.

Tots els professionals d'assistència programada opinen que una dificultat important és l'absència a aquestes visites o el fet d'arribar fora d'hora. En el primer cas perquè es podria haver utilitzat el temps per a una altra persona o en el cas que sigui un pacient amb malaltia crònica es descontrola, i en el segon els professionals ho viuen com un desgast perquè han d'anar contrarellotge per visitar-los i augmenta la pressió de treball.

Hi ha discrepàncies sobre el que anomenen "el turisme mèdic". D'una banda, alguns consideren que hi ha casos de familiars malalts dels immigrants que vénen exclusivament a ser tractats per alguna patologia *"al cap de dos mesos es porta la mare perquè té no sé què, perquè l'operin aquí"* (professional primària). D'altra banda, hi ha que consideren que no tenen res a veure amb la immigració, sinó que són persones que saben que l'atenció és gratuïta i vénen per aquest motiu, *"no podem considerar un immigrant a una persona que amb suficients mitjans agafa un avió des de Montevideo fins a Barcelona (...) va al centre de salut i gestiona la targeta sanitària"* (directiu primària).

Encara que mostrin una opinió contrària a aquesta actuació perquè consideren que posa en perill la sostenibilitat del sistema s'identifiquen amb l'immigrant i reconeixen que arribat el cas ells també ho farien.

Finalment, professionals de primària consideren com a problema la utilització social dels serveis sanitaris que atribueixen a les dificultats d'adaptació i que els comporta un esgotament perquè fan esforços per descobrir una patologia inexistent i perquè no han rebut la formació necessàries per atendre demandes d'aquest tipus *"jo a vegades tinc la sensació que hi ha una part de la meva formació que la segueixo utilitzant però que hi ha una amplia*

ventall de coses que a vegades no puc resoldre perquè son coses de tipus social" (professional especialitzada).

Coneixement del sistema

Les opinions dels informants sobre el coneixement del sistema del col·lectiu immigrant es divideixen en dos grups. D'una banda, hi ha informants que opinen que el coneixen i també els circuits establerts. D'altra banda, un grup d'informants considera el coneixement del sistema és limitat. Així alguns només coneixen l'entrada per la via d'urgències, no identifiquen la ubicació dels centres *"que l'accés sanitari és gratuït i que el tenen fàcil, jo crec que això sí que ho saben (...) si aquella persona l'has de derivar a l'hospital, no sap on és l'hospital"* (professional primària), desconeixen els seus drets a rebre assistència o com es finança el sistema de salut. Hi ha opinions contradictòries quan al aspecte econòmic; segons alguns informants, els immigrants consideren que l'assistència és gratuïta i "abusen" del sistema. Mentre que, segons un altre grup, alguns immigrants no cerquen assistència pensant que aquesta té un cost econòmic.

En el discurs d'algun informant es relaciona el coneixement del sistema amb el nivell sociocultural, com més elevat és el nivell sociocultural millor és el coneixement. Algun directiu i professional considera que la població autòctona tampoc el coneix amb exactitud.

Com a conseqüències del desconeixement tant del funcionament com del dret a l'atenció es destaca que no s'adrecin als centres per consultar o no facin les proves complementàries *"es pensaven que si no tenien la cartilla sanitària els tindrien que pagar [els serveis], pues nos han arribat aquí embarassos no controlats a vegades per problema econòmic i per mala informació d'elles"*. Segons un professional té efectes negatius en la seva tasca ja que es carreguen amb feina que no es competència seva, *"aquesta embarassada no arribarà mai a l'hospital per tant, tindrà un embaràs que no està controlat quan estem dient que els embarassos de baix risc s'han de controlar, conclusió lo controlaré yo"* (professional primària).

4.4.4 Relacionades amb els serveis sanitaris

En el discurs dels informants emergeixen dificultats relacionades amb el sistema sanitari en dos nivells: un nivell més local, que es refereix a les dificultats dins les pròpies institucions i amb altres institucions del territori; i un segon nivell, més macro, amb dificultats en l'organització de l'assistència a nivell central.

Organització de l'assistència a nivell local

La inadequació dels recursos a la nova realitat que estan experimentant els serveis sanitaris és el primer bloc de dificultats que emergeix en el discurs del personal sanitari i directius assistencials. En aquest sentit, identifiquen problemes en relació a horaris, temps per pacient i personal suficient, adaptació dels recursos hospitalaris a les necessitats dels pacients immigrants, coordinació intra i interinstitucional, suport dels equips directius al personal sanitari.

L'horari d'atenció de l'assistència primària emergeix en el discurs, sobretot del personal d'aquest nivell, com un element important que dificulta l'assistència dels immigrants per qüestions laborals a les visites programades. Algun professional hospitalari, a més, considera el tancament de l'atenció primària, a la que només s'hi accedeix amb la visita programada, origina una utilització inadequada dels serveis d'urgència *“en la primària les portes sempre estan tancades, i només es dóna entrada amb una hora i una cita, en canvi a urgències les portes estan obertes”* (professional especialitzada).

Els professionals assistencials, sobretot els que presten atenció programada, consideren que el temps disponible per a les consultes és molt reduït. A més, les consultes amb persones immigrants els suposen sovint més temps, per salvar les dificultats idiomàtiques, culturals, etc. Aquesta situació els genera una sensació de sobrecàrrega i també d'estrès perquè han d'anar més ràpid amb els altres i consideren que va en detriment de l'atenció a la població autòctona, amb la qual no hi ha problemes de comunicació, *“li devem una miqueta de temps a la gent autòctona perquè con elles nos aclarim molt bé, pues mira t'entens de pressa, de pressa, i ala! invertim el temps amb els altres”* (professional especialitzada). Aquesta sobrecàrrega l'atribueixen també a la manca de personal sanitari.

En l'àmbit hospitalari els professionals consideren que els recursos no són estan adaptats a la problemàtica social que acompanya l'atenció a la població immigrant – mares ingressades que no tenen amb qui deixar els fills i se'ls ha de proporcionar menjar,...- ni els problemes de comunicació, *“la dotació de les plantes està en base als llits que tens, als malalts que tens, però no està en base als problemes socials i a les repercussions que pot tenir de cada pacient”* (professional especialitzada).

Un segon bloc de dificultats es refereixen als problemes de coordinació en els territoris entre nivells assistencials, dins d'un nivell o centre. Els professionals hospitalaris consideren que no és possible fer seguiment dels pacients un cop surten de l'hospital. Un informant ho atribueix a la competència entre nivells i que dóna lloc a poblacions captives per part de l'hospital i per part de l'atenció primària, *“els pacients que havien de ser compartits [entre nivells assistencials] doncs eren pacients que cadascú era molt curós de que no me'ls prenguin”* (professional especialitzada). Dins de les pròpies institucions el personal sanitari assenyala

com a dificultat el desconeixement del personal dels circuits establerts, dels serveis disponibles, de la institució com un tot i de les funcions de cada àrea, *"tu et trobes al metge, la infermera o el que sigui que fa mitja hora que està intentant contactar amb la família (...) no se li passa pel cap que hi ha una assistenta social a l'hospital que potser el coneix perquè no té papers"* (professional especialitzada). També citen com a dificultat l'absència d'una definició comú de criteris com què s'entén per una urgència *"nos hauríem de ficar més aviat los del centre d'acord, per a veure lo que filtrem, lo que no filtrem, eduquem a la gent, si està la llista plena no és una urgència vital i no es veu al pacient i que s'espera, i parlar-ho entre nosaltres"* (professional primària).

Un altre problema percebut dins de les institucions pel personal sanitari és un limitat suport, valoració i resposta per part dels equips directius, tant en la provisió d'informació com en les iniciatives del personal en relació a la població immigrant, *"mira hem fet això i els hi dones, i bé doncs molt bé, doncs allà ho deixen, com una cosa més"* (professional especialitzada); *"tenim en un document ho té la direcció del nostre àmbit (...) la responsable de l'àrea ens diu, bueno és que les immigrants... ja només com t'està parlant dels immigrants ja saps que aquesta persona no farà res, no és creu aquest estudi"* (professional primària). Consideren que la manca d'informació respecte al que realment està succeint en els seus llocs de treball -volum d'utilització, agressions i reclamacions en els diferents serveis,...- fomenta el desenvolupament de prejudicis enfront de la població immigrant *"igual resulta que el deu per cent de les queixes i agressions i tal no són d'immigrants i això calmaria als xenòfobs"* (professional especialitzada). Fins i tot, alguns informants qüestionen fins a quin punt són conscients de la problemàtica existent en relació a l'atenció de la població immigrant *"hi ha poc suport institucional, pel que fa... no sé si són conscients realment del que hi ha"* (professional especialitzada).

En un territori, les dificultats també es relacionen amb el mal funcionament d'un proveïdor d'assistència a la dona, la qual cosa implica un augment de les càrregues dels metges de família i dels professionals del servei d'urgències de ginecologia de l'hospital, *"el servei que tenim nosaltres d'atenció a la dona és nefast, llavors com que tens una població molt jove que està demandant aquesta atenció doncs tu has de fer la feina que no fan altres"* (professional primària); *"si a alguna se li ha ocorregut anar-se volguer-se visitar l'envien aquí perquè allà no hi ha qui la visiti (...) és horrorós, inclús en les maneres de controlar les dones, estan mal controlades"* (professional especialitzada).

En el discurs dels informants d'un territori emergeix com a dificultat afegida l'absència de coordinació amb altres institucions del territori -escoles, càrites,...- que actuen independentment i, en general, amb un desconeixement mutu i afavoreix la utilització inadequada dels recursos, com ara, l'hospital, *"càrites desconeix si poden accedir directament, vaya usted a urgencias al hospital que allí lo van a atender, però és que aquí també tenim urgències"* (directiu primària). Directius i professionals consideren que els

serveis socials tant de primària com d'hospital estant donant resposta a demandes dels immigrants, que s'haurien d'atendre en altres institucions. Ho atribueixen a que els immigrants recelen d'institucions com ara els serveis socials dels ajuntaments per la seva situació *"vénen aquí com poden, entren en contacte perquè és que de fet aquí no sé veuen com més amigables mentres que el consell comarcal és l'administració pura i dura per tant, segons la teva situació a nivell de papers doncs escolta l'administració pública poques, doncs clar acaben venint aquí i acaben resolent coses, no? de vida absolutament quotidiana que és una bestiesa que és lo que fan"* (directiu especialitzada).

Organització de l'assistència a nivell central

El gran problema assenyalat en relació al sistema sanitari ha estat l'absència de previsió sobre el fenomen migratori per part de les administracions centrals, i per tant, l'absència de planificació adequada del sistema i dels recursos. L'augment sobtat de població immigrant segons els informants ha estat inesperat tant pel sistema com pels professionals *"estem atenent a una població en general que no s'esperava que arribés a les xifres que s'ha arriat en els últims cinc anys (...) preveien que cap a l'any dos mil quinze estessim com pràcticament estem en aquest moment"* (professional especialitzada). Alguns consideren que els professionals i el sistema no estaven preparats per fer front a aquesta nova circumstància, tant per l'elevat volum de nous immigrants que s'atenen als serveis sanitaris, *"es va plantejar fa deu anys suprimir el servei d'obstetrícia per manca de feina, per manca d'altres motius però un era per manca de feina, i ara estem desbordats"* (professional especialitzada), com per la diversitat dels col·lectius -en relació a la procedència i cultures-, *"en moltes coses ens ha agafat amb poca informació o poc preparats (...) és [un col·lectiu] heterogeni, són de diferents llocs, de diferents cultures, diferents formes de fer les coses i nosaltres jo crec que no hem tingut temps d'adaptar-nos a ells"* (professional primària).

Un element que es destaca, principalment en el grup de directius, és la lentitud de l'administració central en donar resposta a les necessitats dels proveïdors de serveis de salut en relació a l'atenció en salut de la població immigrant *"les solucions que s'estan prenent doncs vénen tard, vénen molt tard, i el canvi és molt ràpid i hauria de ser una cosa molt més àgil"* (directiu primària); *"l'administració sempre va darrera de la realitat més rabiosa doncs és inevitable, jo no conec cap administració que sigui capaç de generar normatives per allò que pugui arribar a passar"* (directiu especialitzada); *"tot lo que puguis fer amb els teus mitjans ho fas, i ho fas i al cap d'un mes o dos mesos ho tens fet, lo altre potser al cap de dos anys"* (directiu especialitzada). Algun directiu assenyalava el desconeixement sobre a qui ha d'adreçar-se en cas de necessitats.

La normativa respecte a l'atenció a la població immigrant, segons les opinions dels informants sobretot directius i d'atenció hospitalària, és difosa i poc clara. En primer lloc

destaquen dificultats relacionades amb la normativa d'atenció d'immigrants sense targeta sanitària, perquè malgrat tenir dret a rebre assistència urgent no són reconeguts a l'hora d'assignar els recursos i per tant, és el propi centre el ha de fer front a la despesa que originen *“ve l'individu que no té tarja (...) donem assistència però els entrem com beneficència perquè aquest que no té contracte, ni tenen res, ni el cobrem nosaltres ni es pot passar per CatSalut perquè el CatSalut ara té uns requisits diferents dels que tenia, ara demanen que tinguin uns mínims”* (professional especialitzada). Un altre aspecte que els informants convergeixen en assenyalar com a difús és el concepte d'utilització en cas d'urgència al que té dret la població immigrant sense targeta sanitària *“allà diu en cas d'urgències se'ls pot atendre, i en cas d'urgència una persona que té tuberculosi, que té sífilis (...) s'han de tractar (...) de l'administració s'han de donar les respostes normatives i les coses”* (professional especialitzada). A més consideren que és una norma contradictòria perquè per urgències se'ls pot fer intervencions de gran complexitat però en canvi no se'ls pot fer el seguiment, *“jo a l'endemà no el puc veure en aquest senyor, no el puc atendre, no puc fer un seguiment, no li puc recomanar la primària, però en canvi si li has d'amputar la cama, se l'amputarem, si li hem de trasplantar el fetge li trasplantarem, però són coses absurdes”* (professional especialitzada).

Els directius assenyalen problemes en l'assignació dels recursos econòmics, ja que el creixement real de població immigrant no s'ha acompanyat d'un augment de recursos *“jo agafaré i diré trenta cinc més de pressupost, és que és automàtic, llavors te diran estan a tot arreu [els immigrants]”* (directiu especialitzada); *“els recursos abans són els mateixos o molt semblants, si parlem amb polítics ens diran que hi ha hagut un augment important però tots sabem que no és així”* (directiu especialitzada). En relació a l'augment de població immigrant, directius i professionals destaquen la manca d'informació respecte al nombre real de població a la que s'està atenent i la grandària de la població immigrant en els seus territoris.

La gestió de la targeta sanitària des del nivell central emergeix com a problema en el discurs d'algun directiu en relació a l'atenció als immigrants. En primer lloc, consideren que la regulació de la seva tramitació és insuficient, perquè deixa buits legals del sistema de què treuen profit personal alguns estrangers. Per exemple, gent que no resideix habitualment al país i l'obtenen empadronant-se a casa de familiars durant les vacances. Com a conseqüència, el nombre de targetes actives no correspon al residents al territori. Segon, la targeta sanitària individual es tramita amb lentitud; aquest tràmit pot durar anys i pot ser que al final sigui denegada *“el màxim que hi ha amb els immigrants diuen que tres mesos, però no és veritat (...) a vegades no se'ls hi concedeix”* (directiu primària). En ocasions s'ha pres resolucions de proporcionar una targeta temporal, com en el cas de les prostitutes, però presenta la dificultat que caduca als quatre mesos, *“una resolució d'una temporada de quatre mesos, que a la pràctica tampoc serveix perquè són persones que tenen molta mobilitat i per tant, no és bona aquesta targeta, les hi caduca i ja no tornen a venir”* (directiu

especialitzada). Tercer, la manca de comprovació de la tramitació dels ajuts a les persones sense recursos, que no fa distincions entre immigrants que realment necessiten aquest servei per manca de recursos i immigrants exclosos perquè compten amb recursos suficients *“t'estan signant una declaració jurada de que no tenen mitjans econòmics i el rolex li està fent clin clin mentre signa”* (directiu primària). Això genera un rebuig per part del personal sanitari i de la població autòctona en general. Finalment, es qüestiona la idoneïtat del número d'identificació del CIP perquè en un col·lectiu concret, el musulmà, en general desconeixen la data de naixement i a tots se'ls assigna la mateixa data, i a més aquest col·lectiu té molt poca varietat de cognoms. Aquest fet comporta confusions al personal d'atenció a l'usuari *“dos pacients que es diuen igual, que un em vingui a demanar blanc i l'altre negre, a veure si són més o menys de la mateixa edat i a més si són del u del u de l'any més o menys, pues segur dius ara quin és?”* (professional primària).

4.4.5 Relacionades amb les actituds i comportaments dels professionals

L'actitud dels informants enfront a pacients immigrants ha anat variant en el temps. Mentre que al principi percebien que l'atenció a algun pacient immigrant era ocasional i alguns ho consideraven interessant, d'uns anys ençà atendre població immigrant ha passat a formar part de la seva quotidianitat, *“vam passar dels anys 80 i tants 90 de veure un negre i crida una mica l'atenció ¿no? pintoresc, a trobar-ho ja totalment normal, és una presència jo penso que és una presència normal”* (professional especialitzada), *“a vegades potser veus companys de que bueno, que s'espavilin ells, perquè vénen a parir aquí”* (professional especialitzada).

En canvi, segons l'opinió d'uns directius hospitalaris existeixen reticències a l'hora de tractar la població immigrant, sobretot al principi de la seva arribada, *“al començament semblava que hi havia una mica de reticència amb aquest tipus de pacients”*, però que amb el pas del temps i el coneixement d'aquesta població les actituds dels professionals canvien, considerant-ho part de la seva tasca i també més fàcil *“quant més hàbits agafen en tractar altres ètnies d'altres cultures, doncs més senzill és, més forma part de la normalitat i més senzill és”*. *“lo que era un problema ara forma part de lo que entenen que és la seva tasca, jo crec que en aquest és el canvi que s'ha produït en aquestos dos anys”* (Directius GF).

Per la seva banda, en el discurs d'alguns informants emergeixen diferències en les actituds del personal sanitari en l'atenció al col·lectiu immigrant. Alguns consideren que hi ha professionals sanitaris amb idees preconcebudes sobre els immigrants que influeixen negativament en el procés d'atenció (menys interès, pitjor atenció), perquè no els agrada atendre'ls, perquè els demana més temps i esforços dels que consideren que els corresponen *“hi han professionals que estan més a l'abast o que els hi agrada més i d'altres que no, i llavors això també és una barrera d'accessibilitat perquè hi ha gent que li entra un immigrant*

per la porta i això ja és una predisposició en negatiu ¿no?" (professional primària), "per part del metge les ganes d'entendre a la persona és una cosa incontrolable, depèn de amb qui et creues, no entenc, no sé lo que vol i te'l treus de sobre, home! Sense esforçar-te?" (directiu primària), "a nivell de professionals mèdics no hi ha massa sensibilització sobre este tema i perquè és lo que et dic, nos sentim estafats perquè nos estan prenent molt de temps" (professional especialitzada). També alguns consideren que fan un mal ús del sistema de salut "ells mateixos són los que estan fent un mal ús de tot, i qui nos cansen, i qui fan que quan los miréssim ja los miréssim de reüll volguent dir a vera per on me sortirà este" (professional especialitzada).

Professionals i directius, consideren que és difícil separar la part professional de la part emocional i no personalitzar les dificultats *"hi ha una sobrecàrrega en els professionals que treballen en entorns on la immigració és molt important, una sobrecàrrega emotiva (...) una persona és un tot, ets professional i ets persona i aleshores, vull dir clar, al final quedes molt tocat amb tot això"* (directiu especialitzada). Una part dels professionals considera l'estat d'ànim amb el que es troben aquell dia com un factor que influeix, de manera positiva o negativa, en la seva actitud i actuacions enfront a l'usuari immigrant en aquell moment, *"depèn del dia que tens (...) com que a part no t'entens, clar tu li dius no pots entrar a la consulta quan estic visitant algú, com que ell això no ho entén, torna a entrar o no se'n va, o i llavors depèn de la paciència pues aguantés més o acabes cridant"* (professional primària), *"hi ha gent que té paciència i hi ha gent que diu bueno si no ho entenen ja s'apanyaran"* (infermera especialitzada).

Entre els aspectes que influeixen en l'actitud negativa, algun professional menciona l'actitud amb l'idioma que atribueixen a l'immigrant, vivint malament quan consideren que no el volen aprendre, *"...entra una dona magrebí eh, amb tota la seva cultura però et parla castellà ... tu inconscientment estàs content, (...) quan et ve una dona que no parla res i que fa set anys que està, inconscientment et crea molt mal rotllo perquè dius jo perquè tinc que esforçar-me a parlar l'idioma d'ella quan ella no s'esforça res"* (professional hospitalari). Una part dels professionals consideren els que haurien d'aprendre l'idioma del país d'acollida *"que aprenguessin ells l'idioma, perquè si jo me'n vaig fora tinc que espaiar-me"* (professional de primària), *"jo per exemple quan vaig a un altre país jo me tindrè que adaptar i a vere intentaré pues d'entendre l'idioma per a jo integrar-me"* (professional primària).

Les representacions culturals de les malalties com l'assignació d'etiologies diferents a una malaltia *"jo vaig tindre una subsahariana amb una tirocorticosis que lo que ella entenia que el problema que li passava és que li havien enviat un dardo ... des d'allà perquè havien vingut aquí i no enviaven diners allà"* (directiu primària) i el desconeixement d'alguns comportaments culturals en determinades situacions -com no mirar als nounats o tapar-se la cara- poden originar d'una banda inseguretat a l'hora d'actuar en els professionals, i de l'altra ser origen d'incomprensió i de rebuig del personal envers la persona, *"no és que no*

volen als crios, és que no volen manifestar el seu efecte para que los malos espíritus no se fijen i no sé què. Pues quan ho entenen pues ja no els hi genera rechàs aquesta mare, perquè d'entrada quines mares més desnaturalitzades que no volen el crio" (directiu especialitzada). Un informant viu malament el fet d'haver d'actuar en contra de les tradicions culturals d'algun pacient, sobretot amb el col·lectiu xinès, *és el fet de que estàs en una situació incòmoda, saps que per un costat està aquesta persona es troba malament perquè li estàs fent fer algo que no toca, i per l'altre banda tu també estàs malament perquè dius, ja sé que t'ho estic fent fer però que en aquest moments toca fer-ho* (professional especialitzada).

Alguns professionals consideren que adopten una actitud paternalista amb la població immigrant a l'hora d'explicar les coses, localitzar-los per a les visites o consultes programades,... *"si veig que no ha arribat pues la truco, pues si t'has saltat una visita pues per què no has vingut"* (professional primària).

D'altra banda, hi ha una part del personal sanitari està sensibilitzat en temes d'immigració perquè han realitzat formació específica en immigració (màsters o postgraus), formen part d'alguna associació (ONG) o per la relació amb immigrants en la vida quotidiana. En el discurs d'aquests informants s'intueix certa predisposició positiva envers la immigració, però sense discriminar-los positivament. Aquesta predisposició es manifesta en les actuacions personals: paciència, hores personals,...

4.5 Opinions sobre actituds socials

Els informants coincideixen en destacar problemes en relació a les actituds de la població autòctona enfront de la població immigrant, *"els autòctons es senten súper envaïts i els immigrants rebutjats"* (professional primària), *"una nena marroquí ara no fa molt amb una tuberculosi i llavors pues nosaltres patíem de la pressió de la gent del poble (...) per la gent no? que diria només ens porten malalties"* (professional primària).

Una opinió freqüent entre els professionals és que la població autòctona percep que hi ha una discriminació positiva dels immigrants per part de les institucions tant en relació a la prestació de serveis com a les subvencions per a famílies desafavorides que s'atorguen i en els serveis públics, com per exemple, les escoles o els serveis socials dels ajuntaments,... Fins i tot aquesta sensació de discriminació positiva es percebuda pel personal sanitari, segons l'opinió dels professionals, *"jo crec que ells tenen beneficis que nosaltres no tenim (...) a ells com que no tenen diners els donem tots els dodotis"* (professional especialitzada), *"quan se'n van t'ho diuen heu fet una atenció discriminatòria a nosaltres als del país, perquè d'alguna manera els doneu o els feu una sèrie de concessions que a nosaltres no ens ho feu"*

(professional especialitzada); *“al final hi ha moments que tractes millor a l'immigrant que al d'aquí”* (professional especialitzada)

Un informant atribueix aquestes reaccions a la distància que hi ha entre el coneixement i l'actitud d'una banda, és a dir, el que es pensa que s'ha de fer i la seva posada en pràctica de l'altra, particularment aplicat en relació a la població immigrant. *“tu dius tot el món és igual això és el coneixement, la teva actitud és la integració ha de ser total no sé què, i a l'hora de practicar li donen la subvenció i t'agafa un berrinche. Amb la població normal aquests tres punts sempre són diferents”* (directiu primària).

Les actituds negatives de la població autòctona envers els col·lectius immigrants són palpables en les sales d'espera i consultes dels serveis sanitaris, majoritàriament en les d'atenció primària, i en el servei d'atenció a l'usuari quan s'han de tramitar els ajuts socials, *“jo m'he trobat a la consulta de sortir un immigrant i visitar a l'autòcton de peu perquè diu que no s'asseu a la cadira on s'ha assegut un immigrant, o sortir a fora i sentir conflictes”* (professional primària). També en els serveis d'hospitalització sobretot en l'àrea maternoinfantil els professionals s'han trobat amb dificultats de convivència entre les dues poblacions, *“si et posen una catalana i una magrebí pues hi ha vegades que la gent s'ha queixat per l'olor principalment, pel número de visites...”* (professional especialitzada).

4.6 Estratègies desenvolupades en els territoris

Les dificultats que han anat apareixent en l'atenció al col·lectiu immigrant han generat el desenvolupament d'iniciatives i la implementació d'estratègies tant a nivell individual dintre de les institucions, com a nivell de les institucions del territori. La manca de preparació, d'informació i planificació ha comportat que cada institució hagi donat resposta a la problemàtica que anava apareixent de manera individualitzada i improvisada. Alguns exemples de les iniciatives es poden consultar en l'annex III.

Esforç dels professionals

Alguns centres s'han mobilitzat per resoldre les dificultats que han aparegut en el procés d'atenció. Majoritàriament els esforços s'han centrat en salvar la barrera idiomàtica. Els professionals han augmentat l'ús de la gesticulació en les consultes i en les ocasions en les que individualment no se'n sortien han cooperat amb altres professionals per esbrinar entre tots quin era el problema. Altres comportaments dels professionals per assegurar-se que entenen el que se'ls explica són repetir la pregunta al revés, fer que expliquin un paper traduït o en l'informe fer constar la dificultat idiomàtica. Un element que els professionals

identifiquen com a facilitador és la presència de personal sanitari procedent d'altres països que dóna suport quan hi ha problemes de comunicació amb un pacient de la mateixa nacionalitat, *“tinc aquest valor afegit de tenir un pediatra que coneix l'àrab i que amb aquestes mares, les recapta ell i es comunica ell amb elles pues per donar els quatre consells amb una llengua que l'entenguin”* (professional especialitzada); *“els companys que són àrabs aquí ens fan de traductors ens ho han fet bastant”* (professional especialitzada); *“nosaltres abans teníem aquí un metge xinès ¿no, pues el trucaves i parlava el, no?”* (professional primària).

Alguns professionals, sobretot infermeria hospitalària, han aprofitat contactes o pacients que dominaven l'idioma per traduir algunes preguntes o informacions bàsiques per aquells col·lectius en els que la dificultat idiomàtica és important, com ara l'àrab i el xinès, *“Sí ha sigut infermeria, ho han fet pel seu compte aprofitant immigrants que venien i que parlaven bé l'idioma se'ls hi ha demanat que ho escriguin”* (professional especialitzada).

Algun professional ha desenvolupat iniciatives per millorar el coneixement sobre els problemes de salut dels immigrants, com per exemple un grup d'educació maternal per dones embarassades amb dificultat idiomàtica, amb l'objectiu d'intentar comprendre el tipus d'alimentació i hàbits perquè durant l'embaràs desenvolupaven anèmies molt importants. Un altre grup va produir un vídeo dels usuaris que estan atenent a l'hospital i el van presentar en una jornada d'atenció als usuaris.

Esforç dels immigrants

Segons els informants una part dels immigrants amb dificultat opten per anar a la consulta acompanyats d'una persona que domini l'idioma, ja sigui un amic, un familiar, cap de l'associació d'immigrants, o cap del clan. Encara que opinen que els facilita la feina, els professionals i directius assistencials, consideren que hi ha una pèrdua d'informació, sobretot en el cas de les dones magrebines, perquè segons la seva percepció la llargada de les traduccions no concorda amb la llargada de les explicacions, *“tu t'adones que la dona parla molta estona i la traducció és amb una frase molt concreta o dos paraules, i llavors tens la sensació de que perds informació”* (directiu primària). També perceben que els limita el fet que els traductors siguin els nens, que dominen l'idioma perquè estan escolaritzats, si han de fer preguntes íntimes a les mares *“fan venir les criatures de traductors, llavors això empenya i els hi dius que no vinguin nens en edat escolar a fer de traductors ... li tenien que preguntar a la seva mare que quan va tenir la regla, això els nens no ho volien preguntar, es posaven vergonyosos i els hi dèiem per què? què passa? és que això no li vull preguntar a la meua mare”* (professional primària), si bé que algun professional considera això un problema per al personal i no per a la persona atesa, *“porten la nena petita que dependent del que s'ha de parlar és molt poc còmode, que un nen et tradueixi puedes estar embarazada, así les preguntas la última regla ... ells no fan cara d'averonyits estan acostumats, els que estem*

tancats potser som nosaltres" (professional de primària). A les dificultats d'utilització dels nens com a traductors els informants hi afegeixen l'absentisme escolar quan han d'acompanyar a les mares o a alguna amiga de la mare.

Un altre element que introdueixen els immigrants per facilitar la comunicació amb els professionals és aportar el número de telèfon d'un familiar o conegut que domina l'idioma i que fa de traductor durant la consulta. Aquesta és una pràctica estesa sobretot entre el col·lectiu de xinesos.

Esforç a nivell d'institucions del territori

A nivell de centres s'han desenvolupat diverses activitats per facilitar l'atenció a la població immigrada, dirigides d'una banda a donar suport al treball del professional i d'altra banda, a facilitar la informació i accés als serveis de la població immigrada. Així, s'ha fet la traducció de documents, s'han proporcionat diccionaris als professionals, s'han desenvolupat diversos materials educatius en DVD amb les llengües dels col·lectius predominants, es col·labora amb altres organismes dels territoris per facilitar l'accés a l'atenció i la detecció de malalties i, en alguns casos, han reorganitzat les tasques dels professionals i ampliat l'horari.

S'han traduït alguns documents que proporcionen informació rellevant en el procés d'atenció als immigrants, com ara els consentiments informats, preparacions de proves diagnòstiques, horaris d'atenció, documents que cal lliurar per obtenir la targeta sanitària,... Un proveïdor de salut ha proporcionat exemplars d'un diccionari multilingüe de preguntes bàsiques en diferents idiomes als seus centres. Distribució que no ha estat homogènia dins dels centres, ja que segons els informants, no tots els serveis disposen d'un exemplar.

Alguns informants, però, consideren que els instruments proporcionats en format paper són poc eficaços perquè han d'esmerçar molt temps, no consideren les variants dialectals, tenen problemes d'arxivament, i són inservibles en el cas d'analfabetisme *"un diccionari d'aquests multilingüe ... no crec que sigui l'eina adequada, a mi això no me soluciona res, per perdre temps"* (professional primària).

Alguns centres han promogut formació pel personal sanitari per millorar el coneixement dels diferents col·lectius d'immigrants, cultura i costums, patologies importades. En general, el personal dels centres que hi ha assistit considera que la part cultural és massa general i teòrica i no contribueix a resoldre els problemes més immediats que es presenten en l'atenció del col·lectiu immigrant.

En un territori el centre d'atenció primària s'ha coordinat amb els serveis socials de l'ajuntament i una associació d'un col·lectiu concret d'immigrants per fer xerrades als nouvinguts. En aquestes xerrades, el representat del CAP explicava el funcionament dels

serveis sanitaris i en acabar es lliurava als immigrants irregulars un paper que els garantia l'assistència mèdica d'urgències sense dret a medicació. Aquest paper tenia dues funcions, primera que l'immigrant no tingués por d'accedir al CAP i segona, per evitar la utilització de targetes sanitàries d'altres persones, *"només és únicament perquè no és trobin amb algú a la porta entre que no parlen l'idioma, no sé què i tal, que els hi digui pues no té dret a visitar-se, solució la targeta del meu veí, vinc amb visito"* (directiu primària).

En l'hospital s'ha elaborat un DVD sobre la lactància materna en català, castellà, francès, anglès i àrab. Aquest DVD es passa pel circuit intern de l'hospital tres cops al dia i s'avisava mitjançant rètols. En aquest territori també realitzen sessions informatives per les pacients de maternitat, pares i nens, sobre les atencions dels nadons amb participació de la mediatra cultural per traduir la informació.

En un altre territori el centre d'atenció primària s'ha ampliat l'horari després de les vuit del vespre per facilitar l'atenció de la població immigrant després de la feina. En un altre territori el centre d'atenció primària ha redistribuït les tasques entre els professionals de l'assistència bàsica dedicant una consulta a salut internacional i una infermera per realitzar tasques comunitàries, com el control dels tuberculosos. També treballa coordinadament amb l'escola per detectar possibles problemes sanitaris.

4.7 Coneixement dels instruments facilitats pel Departament de Salut

El coneixement dels instruments facilitats pel Departament de Salut és limitat. Professionals i directius mencionen algun dels instruments següents: el servei de traduccions de Sanitat Respon, la formació que s'ofereix i el material per a l'acollida -DVD i materials traduïts sobre el sistema-.

L'instrument més conegut i utilitzat és el servei de traducció de **Sanitat Respon**, al que es poden adreçar en cas de dificultat idiomàtica (quadre 4). Entre els informants que el coneixen hi ha divergència d'opinions. Alguns professionals reconeixen que és un instrument útil que els ha ajudat a comunicar-se amb el pacient, *"això de sanitat respon va ser pura salvació. Fantàstic. Molt bé ... perquè t'ha fet portar un cert diàleg encara que sigui per telèfon"* (professional especialitzada). En canvi altres, basats en la seva experiència, consideren que l'ús no és fàcil perquè no sempre han aconseguit contactar amb un traductor, el temps que es necessita per arribar al traductor és molt més del que es disposa per a la visita, entre d'altres perquè no tenen telèfons amb sortida a l'exterior i han de treballar mitjançant una centraleta. *"Sanitat Respon jo he trucat em sembla quatre o cinc vegades mai m'han solucionat cap problema perquè també en teoria hi ha un traductor (...) pues ja*

no truco més" (professional de primària). Finalment, consideren difícil treballar amb el traductor per telèfon perquè no els permet sentir el que diu el traductor i estar segurs que el traductor ha traduït realment el què es volia, *"trigaries molt de temps i després què li has dit? li has dit lo que jo t'he dit?, perquè clar quan parles amb una tercera persona i no sents què li està dient pot haver-hi moltes interferències"* (professional primària).

Quadre 4. Exemple de cites textuais d'opinions dels professionals sobre Sanitat Respon

Personal sanitari
"a la consulta no ho podem fer-ho directament, si tinguéssim línia directa potser sí que ho hauríem fet més d'una vegada (...) tenim un telèfon que és una línia interior" (professional primària)
"Sanitat Respon jo he trucat em sembla quatre o cinc vegades, mai m'han solucionat cap problema, perquè també en teoria hi ha un traductor" (professional primària)
Directius
"jo ja entenc que quan tu fas una demanda, si jo puc programar-la tens una bona resposta, però si jo la demanda que et faig és urgent, perquè és en el moment que la necessito, difícilment em podràs donar una bona resposta" (directiu especialitzada)
"tens a la persona a la consulta en aquell moment, tens que visitar, truques a Sanitat no esto no lo hacemos, o en aquests moments no tenim accés en aquest traductor a ver cuando puedes" (directiu primària)

La figura del **mediador cultural** era desconeguda per a una part del personal sanitari *"mediador cultural o lo que sigui, mira és una paraula que la he sentit molts cops però la veritat no se ni que és ni perquè serveixen"* (professional especialitzada). Un grup de professionals entrevistats coneixia els mediadors. Les seves opinions eren divergents. D'una banda, hi ha professionals que consideren que la seva implementació ha estat clau en la relació amb la població immigrant, a més d'ajudar-los amb la dificultat idiomàtica els ha servit per avançar un pas més en la comprensió de les necessitats demandades pels pacients immigrants, *"des de que estan les mediadores a l'hospital la cosa s'ha solucionat molt"* (professional especialitzada) *"la cosa verbal de que me duele la cabeza, jo ja ho arribaré a entendre que le duele la cabeza, però què em vol dir quan em diu que le duele la cabeza, que le duele la cabeza o ... m'explico?"* (professional primària).

D'altra banda, una petita part de professionals consideraven que aquesta figura no els soluciona les dificultats en l'atenció, i en alguns territoris en els que s'ha implantat els professionals no han percebut els efectes de la seva implementació, *"què n'aconseguim nosaltres del mediador cultural? pues la sensació és que poc (...) perquè nosaltres no hem notat que aquest mediador cultural aconsegueixi que aquests grups que en precisen se'ns acostin més"* (professional especialitzada); *"no li veig funció realment (...) si el mediador fa de traductor també es pot ficar al meu costat"* (professional primària). Directius d'aquests territoris atribueixen els limitats efectes al desinterès per part dels professionals en utilitzar-los, mentre que els professionals opinen que la seva existència no és coneguda i que una vegada coneguda, han d'aprendre a utilitzar-la, *"costa molt que per part del personal doncs que hi hagi la demanda d'utilitzar"* (directiu especialitzada).

No obstant, en el discurs dels informants emergeixen dificultats associades a aquesta figura. La dificultat principal assenyalada és la resolució parcial dels problemes, ja que estan

disponibles en els centres amb un horaris limitats que no s'adapten a la utilització dels serveis sanitaris que fa la població immigrant, fora de l'horari laboral i d'urgències *"si hi ha un problema per la tarda, si hi ha un problema per la nit, si hi ha un problema el cap de setmana, no tenim mediadores i això també doncs ho ha de resoldre el professional sanitari"* (professional especialitzada). Hi ha discrepància quan a les implicacions de la figura del mediador cultural en relació a la confidencialitat de dades del pacient, si ha d'estar present en les consultes, per alguns entrevistats posa un problema que ha de ser resolt cita. En aquest sentit, algun informant s'ha trobat en el moment d'utilitzar un traductor, que alguns pacients immigrants no volien parlar davant d'una tercera persona *"la gent et diu yo perquè tengo que explicar nada a esta persona"* (directiu primària). Finalment, En alguns directius assenyalen com a dificultat a l'elevat cost la incorporació d'aquesta figura perquè resolgués realment les necessitats cita.

Quadre 5. Exemples de cites textuais d'opinions sobre els mediadors culturals

Personal sanitari
"van portar tres professionals d'aquests de diferents països que parlaven l'idioma (...) això ens va ajudar bastant, el que passa només estaven el matí, si et venia una urgència a la tarda o a la nit tornàvem a estar igual" (professional especialitzada)
"des de que estan les mediadores a l'hospital la cosa s'ha solucionat molt" (professional especialitzada)
"tens los mediadores culturals però el día que els necesitas no hi són" (professional primària)
Directius
"incorporar professionals com mediadores culturals ha facilitat molt això, sobretot lo que és la barrera idiomàtica la ha solucionat molt, i això facilita molt la comunicació" (directiu especialitzada)

Els personal sanitari considera que la **formació** que s'ofereix tal i com està implementada, centralitzada a les capitals de província i fora de l'horari laboral,... no facilita que hi puguin accedir fàcilment. Entre les dificultats mencionen la distància *"t'has de desplaçar com sempre a Barcelona o Girona"* (professional especialitzada). A més, els continguts que s'ofereixen són massa teòrics i no proporcionen eines pràctiques per fer front a la realitat de cada dia. Segons l'opinió d'alguns professionals assistencials avui en dia la formació en general, malgrat trobar-la necessària per a les seves respectives carreres professionals, han de deixar-la relegada en un segon pla com a conseqüència de la càrrega de treball del dia a dia, i del fet que s'hagi d'assistir fora de l'horari laboral, *"tinc que emprar el meu temps lliure en fer cursos i més cursos, no, passo"* (professional primària), *"has de posar hores de les teves o sigui jo no puc dir tanquem la consulta tres dies a la setmana que me voy a hacer no sé quines històries, no, si vull fer no sé quines històries m'hauré de buscar hores meves, dius t'interessa un curs d'atenció als immigrants? Mmm, no sé on? No"* (professional primària).

Una minoria de professionals sanitaris, sobretot d'atenció hospitalària, consideren que no estan interessats en formar-se culturalment sobre la població immigrant per la saturació dels professionals en relació a les dificultats derivades de l'atenció a la població immigrant (pressió assistencial, comportaments dels pacients immigrants,...), *"cada vegada ens interessa menos (...) als últims cursos que hi ha hagut, aquests d'interculturalitat i així, la gent ha passat d'anar-hi (...) hi ha un sentiment de desànim, la solució no és agafar al d'aquí [personal sanitari] i matxacar-lo m'entens?, que em sembla correcte i em sembla molt bé"*

perquè és important saber com viuen (...) s'ha de treballar l'immigrant" (professional especialitzada).

Un altre instrument que citen els professionals és el **material per l'acollida** en format DVD i el que es pot obtenir d'internet, que explica el funcionament del sistema sanitari. Dels territoris emergeix en el discurs dels informants, només en un s'utilitza de forma més o menys regular en unes xerrades que s'organitzen per a un col·lectiu concret. En els altres territoris les dificultats tecnològiques, no disposar de l'equipament necessari, i d'espai fan que no sigui factible la seva utilització.

4.8 Necessitats del personal sanitari

Les necessitats de suport del personal sanitari que emergeixen del discurs dels informants són coherents amb les dificultats identificades en l'atenció a la població immigrant i, per tant s'orienten a tres àmbits: comunicació, formació, organització dels serveis i accions socials.

4.8.1 Per facilitar la comunicació

Els informants mencionen la necessitat de disposar de materials traduïts, serveis de traducció i mediadors culturals com a principals eines per millorar la comunicació amb la població immigrada (taula 8).

Taula 8. Necessitats de suport en relació a la comunicació en l'atenció a la població immigrada, segons els informants

Intervenció	Descripció de la intervenció	
Materials traduïts	Continguts	- Educació sanitària (dietes, control embaràs,...) - Materials administratius (consentiments informats, preparació proves) - Funcionament sistema sanitari
	Format	- Adaptats al context, cultura,...(pictogrames, etc.) - Diferents idiomes - Emmagatzemament en suport informàtic
Serveis de traducció		- Traductor: amb disponibilitat immediata, directa o mitjançant connexió telefònica àgil - Organisme para traducció de documentació específics del pacients (informes sanitaris dels països d'origen,...)
Mediador cultural	Objectius	- Principalment traducció - Disminuir la distància cultural entre professional i immigrant - Per cultures més distants en els primers moments de l'arribada: marroquins, subsaharians, xinesos, pakistanesos
	Funcions	- Cap a la població immigrant - o Informació sistema: funcionament, burocràcia - o Receptor dels problemes sanitaris de la comunitat - o Facilitador integració societat acollida: idioma, cultura,... - o Funcions de treballador social - Cap als professionals - o Font d'aprenentatge cultural - o Col·laborar en activitats d'educació sanitària - o Identificació de problemes sanitaris invisibles per al sistema
	Horari	- Nombre suficient d'hores, semblant al màxim d'assistència
	Ubicació	- Debat entre ubicació físicament en els centres sanitaris o en la comunitat
	Perfil	- Membre de la mateixa comunitat - Acceptat per la comunitat - Persona amb contacte amb associacions, líder comunitaris

Font: elaboració pròpia

Materials traduïts

Si bé, algun informant considera que no tots els professionals perceben la necessitat de material traduït *"...hi ha gent que diu que no que si vénen aquí que s'adaptin i que aprenguin l'idioma"*, la majoria dels informants destaquen, com a necessitat per al desenvolupament, del seu treball, comptar amb material traduït amb continguts sobre educació sanitària -dietes, control de l'embaràs,...-; materials administratius -consentiments informats, preparació de proves,...- i del funcionament del sistema sanitari.

Considerant les dificultats en la utilització del material disponible, els informants mencionen les característiques mínimes que haurien de tenir: adaptar-se al context o cultura del col·lectiu al que va dirigit, com també a l'idioma. No es tracta, per tant, de traduccions literals dels materials existents sinó que hauria d'incorporar els aspectes culturals. Per exemple, en el cas de les dietes que incorporessin els aliments que consumeixen habitualment els col·lectius als que van dirigits *"haviem fet la traducció tal qual era la dieta que teníem nosaltres, però elles el pa no l'utilitzen, el fan amb una farina especial, pesa més és un tipus diferent, l'arròs també,..."* (professional especialitzada).

Quan a l'idioma, els materials haurien d'estar disponibles en diferents idiomes segons els col·lectius amb més presència al territori. Però, l'experiència prèvia dels professionals a l'hora d'utilitzar material traduït posa de manifest dues dificultats, l'analfabetisme i les varietats dialectals d'alguns col·lectius immigrants, que indiquen la necessitat d'incloure també pictogrames, *"dic amb dibuixos perquè és clar, en escrit amb quin idioma al faràs?, els àrabs no tots parlen el mateix àrab, ja saps tu que hi ha alguns dialectes dintre de l'àrab, a llavors això suposant que sàpiguem llegir"* (directiu especialitzada). Per tal que aquest material sigui accessible, els informants consideren que hauria d'estar emmagatzemat en format electrònic (quadre 5).

Quadre 5. Exemples textuais sobre les característiques necessàries del materials traduïts

Personal sanitari
"acolorit i dibuixat i amb màscara, amb signes, amb cares de dolor, ens anirien estupendament, (...) con el ordenador el programa de dieta del pacient amb... xinès que té sucre, dieta per... seria meravellós" (professional primària)
"a part de l'idioma d'aquí se fessin tot lo que és informació en diferents idiomes (...) crec que també seria una cosa que nos facilitaria a nosaltres la tasca m'entens" (professional especialitzada)
Directius
"no només traduir lo que tenim aquí sinó especials per ells, bé si ells tenen la costum de menjar això tantes vegades i això altre, dintre de la nostra cultura molt adequat a les seves costums" (directiu primària)
"exactament igual que les que tenim pel resta de gent o sigui format, nosaltres tot ho tenim format electrònic aleshores nosaltres podem descarregar el PDF i donar-li al pacient" (directiu primària)
"amb dibuixos (...) és que tenim un poti poti de llengües important" (directiu especialitzada)

Servei de traducció

Els informants consideren que comptar amb un **traductor** en els territoris en els que la proporció d'immigrants és elevada seria de gran ajuda. Com un traductor per a cada col·lectiu és poc factible, opinen que seria indispensable per àrabs i xinesos. Tenint en

compte la incertesa del moment en que apareixerà un immigrant amb la dificultat idiomàtica, sobretot en els serveis d'urgències hospitalàries, tenir una persona a hores concretes no els resoliria el problema completament. Per aquest motiu, si no es pogués disposar d'un traductor físicament les vint-i-quatre hores del dia, com a mínim demanarien un traductor que estigués disponible per telèfon i que poguessin contactar d'una manera àgil, *“que poguéssim tenir a nivell de què sé jo de la Generalitat, o de l'ajuntament, que hi pogués haver-hi aquest tipus de mediadors, traductors diga-li com vulgui, que els poguéssim avisar i els poguéssim tenir”* (directiu especialitzada).

Davant la necessitat d'haver de traduir documentació especial com ara informes mèdics que portin els pacients, carnets de vacunacions,... el personal sanitari considera necessari tenir un punt de referència (servei, institució,...) a la que poder adreçar-se per tal que es realitzin les traduccions, *“que els hi pugués enviar doncs un document que et ve de la Xina amb les vacunes d'aquest senyor”* (directiu primària).

Mediador cultural

Entre els que coneixien la figura del mediador cultural, hi havia diferències d'opinió sobre la necessitat d'implantar aquesta figura en els centres sanitaris, qüestionant sobretot la seva utilitat a l'hora de resoldre les dificultats que acompanyen el procés d'atenció a la població immigrant (quadre 6). Un grup d'informants considerava que es necessitava un traductor i que la figura del mediador cultural com a tal, no era necessària *“quan hi ha un problema important d'idioma es fa necessari un mediador, de veritat que allà jo pagaria per un”* (professional primària), *“per nosaltres teòricament a lo millor només traductor”* (professional primària). *“jo no ho veig necessari [tenir un mediador] és que no se si em podria solucionar res”* (professional primària).

Per la seva banda, un grup d'informants consideren necessària la figura del mediador per disminuir la distància cultural entre el personal sanitari i l'immigrant fent de pont entre les dues cultures, *“aquelles cultures primer transmetre'ns-les a nosaltres, per veure com ho podem entendre més, com podem incidir en allò i a la vegada és una integració d'aquest tipus de comunitat a la nostra”* (professional primària). Fins i tot, un informat considera que la figura del mediador seria necessària també per a la població autòctona que pertany al col·lectiu gitano, *“amb l'ètnia gitana un mediador ens aniria fantàstic”* (directiu especialitzada).

En general els professionals consideren que es necessiten en els primers moments des de l'arribada, per als col·lectius culturalment més diferents, com els marroquins, subsaharians, xinesos i pakistanesos,... Per algun informant aquesta figura no seria necessària en tots els serveis, sinó en els serveis en els que s'estableix més relació amb l'immigrant com atenció primària i hospitalització, i no per al servei d'urgències hospitalàries.

Els informants atribuïrien al mediador cultural funcions dirigides d'una banda cap a la població immigrant i de l'altra, dirigides cap als professionals sanitaris. Entre les funcions orientades cap a la població immigrant un element clau pels professionals seria que els proporcionés informació sobre el funcionament del sistema sanitari, circuits establerts, targetes sanitàries,... i traduís i aclarís les explicacions que dóna el professional sanitari, *"traduir sobre tot informació important que té repercussió en la seva vida, en prendre una decisió, en fer un tractament, en anar-se'n a casa amb les coses clares del que han de fer i quan han de tornar"* (professional primària). Per a un informant el mediador hauria de ser el receptor dels problemes sanitaris del col·lectiu immigrant que podrien ser invisibles pels professionals com conductes additives, *"un dels problemes que surt emergent del barri l'augment tant del consum com de la venda de drogues associat als immigrants (...) tot això se t'escapa, jo necessitaria (...) una persona que fes de vincle de salut per temes d'aquests"* (professional primària). El mediador jugaria, segons els informants, un paper important en la integració de la població immigrant en la societat d'acollida, facilitant l'aprenentatge de l'idioma, la cultura, etc. *"el que el mediador cultural ha de fer és que ells vagin entrant en el nostre sistema de vida sense... que no sigui traumàtic ni per ells ni per nosaltres"* (professional especialitzada). Algunes de les funcions que s'atribueixen al mediador cultural estarien en consonància amb les que realitza un treballador social, aquestes serien: resolució de dubtes i acompanyament en temes relacionats amb els serveis sanitaris, empadronament, escoles,...; gestió de les necessitats socials.

Un altre grup de funcions que els informants atribueixen al mediador cultural estarien orientades cap als professionals sanitaris. Entre aquestes es destaca la figura del mediador com una font d'aprenentatge de les diferents cultures i que facilitaria al personal sanitari d'una banda conèixer millor les cultures dels pacients i de l'altra, la comprensió de la demanda assistencial que fa el pacient immigrant *"te perds molta informació i te pots perdre en moltes proves, te pots perdre en el diagnòstic que no acabes de fer mai i realment a lo millor és un problema d'enteniment (...) si no tens una persona que els puguis entendre, que te pugui explicar a tu"* (directiu primària). Consideren que aquesta figura representa una oportunitat per a la realització d'activitats d'educació sanitària que serien més efectives que si les realitzaven ells mateixos *"classes amb elles [amb les mediadores] pues un dia parlar d'això de sexualitat i reproducció"* (professional especialitzada). Algun informant també destaca la importància del mediador com a interlocutor dels problemes sanitaris invisibles pel sistema, és a dir, si es detecta un determinat problema sanitari aleshores aquesta persona hauria de transmetre la preocupació als professionals *"detecta quins són els casos que per ells importants i que nosaltres no estem tenint en compte, ha de ser una persona que conegui la comunitat detecti els problemes"* (professional primària), *"va sortir a la premsa que el nostre hospital era un dels que es feia més cesàries (...) el paper de les mediadores és important perquè nosaltres no ho haguéssim detectat, tenien com por i quan entraven el primer que deien era a mi cesària no"* (professional especialitzada). Entre les característiques del mediador cultural, els informants opinen que hauria de ser del mateix col·lectiu amb el

que treballarà i amb un temps d'estada suficient com per conèixer bé el sistema. També consideren que un factor determinant per l'èxit d'aquesta figura és l'acceptació per part del col·lectiu que representa i estar en contacte amb les associacions, líders comunitaris,...

Quan a la ubicació, hi ha divergència d'opinions entre els informants. Mentre que alguns informants consideren que haurien d'estar físicament ubicats a l'hospital o al centre d'atenció primària, una minoria considera que haurien d'estar a la comunitat *"és bo que sigui del seu col·lectiu"* (professional primària). D'aquest últims, un informant considera que més que mediadors culturals s'haurien d'introduir agents comunitaris de salut *"potser seria bo tindre agents de salut per coses puntuals (...) si hi ha una senyora de la seua comunitat que els hi fa veure o els intenta explicar que és correcte, que tant per ella pel seu nen anar a fer tots els controls de gestació necessaris"* (professional primària).

Quadre 6. Exemples de cites textuais d'opinions dels professionals sobre la figura del mediador cultural

Personal sanitari
"jo no els criticaré [als mediadors], no els diré no haurien de vindre, però dic potser és una passada, perquè acaben entenent [els immigrants] i si no se entenen que espavilen tu" (professional primària) "la medidora és mediar, evitar que es facin guetos, que es facin que s'apartin, intentar-los integrar" (professional primària) "a nivell del CAP pues estaria molt bé que els anés informant lo que és la targeta contributiva i la no contributiva" (professional primària) "fonamentalment és intèrpret, però jo crec que també fa d'assistent social molt i bé els ajuda a gestionar coses també i fa doncs d'educadora també" (professional especialitzada) "crec que aprendrem d'ells (...) en quant a lo altre [cultura] segur que més que fent cursos" (professional primària) "fer entendre al personal sanitari (...) les costums d'aquella gent i que naltros les poguéssim entendre i acceptar" (professional especialitzada)
Directius
"explica'ls-hi una mica lo que és el sistema sanitari enfocant-los cap a la primària" (directiu especialitzada) "en situacions de dubte diagnòstic o de situacions de risc social important doncs d'acompanyar aquella persona, no només d'acompanyar per fer la traducció sinó (...) per buscar els recursos que té a la ciutat" (directiu primària) "mediador com la persona de referència d'aquella persona a la que pugui recórrer si té un problema puntual i no sap on acudir" (directiu primària) "t'explica més o menys les... te tradueix i a més a més bueno et dona la seva opinió i te lo emmarca en un context que puguis entendre-ho més o menys" (directiu primària)

4.8.2 Formació dels professionals

La majoria d'informants percep una manca de formació o informació, com puntualitzen una part dels professionals, en temes relacionats amb immigració (taula 9). En el discurs del personal sanitari emergeix aquesta necessitat en dues àrees bàsicament, formació, fonamentalment, en competència cultural i en te mes mèdics.

Taula 9. Necessitats de suport en formació en relació a l'atenció a la població immigrada, segons els informants

Àrea	Descripció	
Competència cultural	Objectiu	- Entendre demandes d'atenció sanitària - Disminuir les diferències culturals - Reduir reticències culturals
	Continguts	- Competències culturals - Característiques ètniques - Sistemes sanitaris països d'origen
	Característiques	- Incloure dins l'horari laboral - Pràctica (sense perdre's en l'antropologia dels col·lectius) i encarada a l'abordatge de la consulta amb el pacient immigrant - Informal: seminaris, xerrades,... - Serveis amb més contacte amb població immigrant (atenció a l'usuari, urgències,...) - Desconcentrats físicament - A càrrec de persones del col·lectiu immigrant
Temes mèdics	Continguts	- Estàndards sanitaris població immigrant (corbes de creixement, marcadors específics,...) - Patologies tropicals o de la pobresa: poca prevalença i per tant no és tan necessari

Font: elaboració pròpia

La formació en competència cultural serviria als professionals per entendre les demandes d'atenció sanitàries per part del pacient immigrant que perceben que no són capaços de resoldre *“formació cultural sobre ells, perquè clar enfrontar-te a un pacient sabent les seves cultures, i les seves maneres de viure, i el que li pots demanar, exigir o el que pots esperar d'ells, això sí que és important”* (professional especialitzada). La informació sobre les cultures de la població immigrant permetria, segons els informants, millorar la comprensió d'elements culturals, la comunicació i reduir les reticències culturals en alguns professionals sanitaris que segons l'opinió d'alguns directius estarien originades pel desconeixement, *“necessiten més formació, entendre millor quins són els seus plantejaments, i en aquest moment ja s'entenen moltes coses, però continua sorprenent doncs jo què sé, els pacients subsaharians doncs que es tapen la cara quan van amb la camilla”* (directiu especialitzada) (quadre 7).

Segons els informants seria desitjable que aquesta formació estigués inclosa en l'horari laboral dels professionals, que fos pràctica sense perdre's en la descripció antropològica dels col·lectius i encarada a l'abordatge de la consulta d'un pacient immigrant, *“llavors jo crec que caldria això i que el professionals estiguem formats no en patologia importada sinó en tracte ... necessitem saber si quan tu li estàs dient a una persona despullat, com s'està sentint d'incòmoda o com no s'està sentint ... si per la nit és lo mateix per ells que per tu, aquestes coses són les que necessitem saber”* (professional primària). Alguns informants consideren que no hauria de ser una formació reglada sinó en un format informal, com ara seminaris, xerrades,... *“organitzar taules, xerrades (...) amb els mediadors culturals que parlessin de les ètnies i les cultures”* (directiu especialitzada). Algun directiu considera que la formació és necessària en aquells serveis que estan més en contacte amb la població immigrant que serien sobretot atenció a l'usuari, *“s'hauria de formar molt bé a la gent que està realment en els taulells a nivell de hospital”* (directiu especialitzada). Alguns

professionals consideren que en la formació haurien de participar persona dels col·lectiu sobre el que es tracti. En aquest sentit, el mediador cultural representaria una oportunitat per formar al personal sanitari en la cultura del seu col·lectiu *“el mediador pugui fer ademés aprofitant per fer formació als que vénen a primera línia, ja pot ser el metge, la infermera, sinó també a nivell administratiu, a nivell d'atenció a l'usuari...”* (directiu especialitzada).

Quadre 7. Exemples de cites textuais d'opinions sobre les necessitats de formació

Personal sanitari
“els professionals estiguem formats no en patologia importada sinó en tracte o en problemàtica social, el tracte d'immigrants que no vol dir medecina tropical” (professional primària) “està molt bé conèixer la cultura xinesa però interessa saber com els pots abordar” (professional especialitzada) “no nosaltres formació en tenim, nosaltres ens ha tocat a guantar això” (professional especialitzada) “que ens facin entendre o sigui tindre una mica de noció de quins valors tenen aquesta gent, que no sigui els que et dóna el diari que no sempre son objectius, no?, o sigui què representa per un àrab el ramadan por ejemplo” (professional primària)
Directius
“jo crec que els professionals que això ho viuen dia a dia lo que realment té interès, digal-s'hi com vulguis, digal-s'hi taller, digal-s'hi seminaris, molt pràctics, molt pegats a la realitat” (directiu especialitzada) “hi ha gent que no en fa perquè no vol, que a lo millor precisament necessitaria més formació” (professional especialitzada) “és més difícil aprendre la cultura que atendre la malaltia, l'idioma i la cultura no està en el llibre, la malaltia sí” (directiu especialitzada) “[temes mèdics] ho trobes a les revistes o a les publicacions de metges d'unitat comunitària o cadascú ho fem una mica bueno anem buscant per aquí, per allà, anem fent” (directiu primària)

En l'àmbit mèdic el personal sanitari, sobretot d'atenció primària, suggereix primer formar-se en els estàndards sanitaris de la població immigrant, com ara les corbes normals de creixement, determinats marcadors,... ja que moltes de les pautes que tenen són per poblacions caucàsiques. Si bé la majoria de professionals no consideren necessària la formació en patologies emergents perquè consideren que la prevalença és baixa i sovint troben la solució a internet, *“hi ha coses de malalties de cisticercosis (...) s'estan començant a veure malalties d'este tipo i que quan tu un dia ho necessites, pues tens que anar al google, al doctor google, buscar i au”* (professional especialitzada); ja s'han format en aquestes patologies en les respectives formacions acadèmiques, *“hi hem de tornar a pensar més, però tampoc perquè tot això ja està estudiat, i no n'hem vist fa molt temps, però si hi penses llavors ja vas a buscar”* (professional especialitzada); o bé tenen punts de referència al que adreçar-se en cas de necessitat *“això t'ho mires al llibre o nosaltres un chagas, ja estem en contactes amb Drassanes, pues truques o ja saps on has de trucar, diguem-ne si de fet és una cosa d'aquestes ja saps pues allà s'encarreguen, pues truco allà aviam què he de fer”* (professional especialitzada); una minoria consideren que no estaria de més formar-se en aquest tema.

4.8.3 Canvis en l'organització de l'assistència

En el discurs de professionals sorgeix la necessitat que es realitzin canvis en el sistema de salut, sota el lideratge del Departament de Salut, per d'una banda adaptar els recursos a les necessitats d'atenció de la població i de l'altra per millorar la gestió dels recursos (taula 10).

Taula 10. Canvis necessaris en l'organització de l'assistència, segons els informants

Descripció	
Lideratge del Departament de Salut	
Adequació dels recursos	- Tenint en compte les característiques de la zona: - o Més temps de consulta - o Augment del nombre de professionals - o Augment assistents socials - Allargar l'horari d'obertura d'atenció primària - Registre real de la població atesa
Materials	- Homogeneïtzació dels materials a traduir - Suport en la traducció de materials (redacció, traductor, cost,...) - Posada en comú de les iniciatives institucionals
Informació	- Difusió del Pla director d'immigració i salut - Sobre material disponible per al personal sanitari - Aclariment de la normativa - Diagnòstic de salut de la zona
Gestió clínica	- Protocol de primer contacte de l'immigrant amb el sistema
Coordinació territorial	- Història clínica sanitària compartida - Intersectorial: institucions del territori (ajuntaments, escoles, càrites,...)

Font: elaboració pròpia

En primer lloc, s'hauria d'adequar els recursos a la nova realitat d'atenció, no tan sols en relació a la grandària de la població, sinó que segons algun directiu, s'haurien d'adequar a les característiques de la zona en volum d'immigració, col·lectius predominants, nivell sociocultural,... *"a nivell del Departament hi hauria d'haver-hi una connotació diferent amb aquest tipus d'hospital, perquè és una mica l'hospital de trinxera, de trinxera en tots els aspectes"* (directiu especialitzada). Per poder fer això, els informants consideren que és necessari un registre real de la població atesa en els serveis de salut, per saber realment a qui s'està prestant assistència en els seus territoris.

En aquest sentit, la necessitat expressada pel personal sanitari és disposar primer de més temps en les consultes, sobretot en els informants d'atenció primària, perquè són consultes que requereixen més temps per a la comunicació i tenen un nombre definit de consultes a realitzar *"amb ells més temps, clar perquè en tot això que són problemes que són de cultura, totes aquestes coses que has de parlar-ho i que ells t'han d'agafar confiança i tot, això necessita temps"* (professional primària); i segon, més professionals perquè ha augmentat la població a la que han de donar cobertura *"[necessariem] més professionals, menys pressió assistencial, menys volum per metge"* (professional primària). Professionals i directius convergeixen en assenyalar la necessitat de dotar de més assistents socials a les institucions, en vistes del desbordament que han sofert els serveis socials que ha generat l'atenció a la població immigrant *"necessariem personal de tipus de caire social que moltes vegades pogués donar atenció en aquests pacients"* (professional especialitzada).

Alguns professionals consideren que els centres d'atenció primària haurien de prolongar el seu horari per disminuir les dificultats d'accés derivades de les condicions laborals i per tant, reduir la utilització dels serveis d'urgències, *“nosaltres creiem que probablement fins a les vuit donaries més marge (...) entrem més tard i sortint més tard podries atendre més gent”* (professional primària).

Per a la millora de la coordinació entre els proveïdors sanitaris del territori, un element que segons algun informant facilitaria aquesta coordinació i que per tant permetria fer el seguiment de pacients immigrants entre nivells assistencials seria la història clínica sanitària compartida *“que el pacient tingui una història única, que vagi amb la seva tarja sanitària i allà estigui”* (directiu primària). Un altre requeriment seria la coordinació de les institucions del territori perquè moltes de les dificultats d'atenció a la població immigrant disminuirien si s'abordés conjuntament.

En relació als materials, s'hauria d'evitar que les institucions de manera aïllada vagin resolent, en diferents graus, les dificultats idiomàtiques que han anat apareixent durant el procés d'atenció, donant suport a les institucions en la traducció de materials, amb diferent aspectes. En primer lloc, des del Departament s'hauria de marcar les directrius generals per homogeneïtzar els materials a traduir i el continguts, perquè després cada institució pugui adaptar-lo a la seva necessitat. En segon lloc, s'hauria d'establir un responsable (servei) per fer les traduccions i pressupostar les despeses derivades de la traducció.

Igualment, els professionals consideren que s'hauria de fer una ampla difusió del material i eines que el Departament de Salut ha posat a la seva disposició i que no són coneguts, així com millorar la difusió del Pla director d'immigració i salut. També s'hauria de fer, una posada en comú de les iniciatives individuals, perquè es puguin aprofitar.

Altres instruments necessaris, per al bon desenvolupament de les seves tasques, alguns professionals serien l'elaboració d'un diagnòstic de salut dels seus territoris per conèixer les malalties més prevalents de la població a la que atenen; l'elaboració protocol dels passos a seguir en el primer contacte amb un pacient immigrant i definir aspectes pràctics com ara l'actualització de les vacunes,... *“la pregunta és què hem de fer amb aquesta gent quan arriben? què els hi fem”* (directiu primària).

4.8.4 Abordatge general

Existeix consens entre gran part dels informants de tots els grups que s'hauria de fer un abordatge comunitari de l'acollida de la població immigrant. Segons aquests les institucions del territori escoles, ajuntament, centres d'atenció,... haurien d'estar coordinades per informar als immigrants dels serveis bàsics als que tenen accés i com funcionen els diferents circuits. Alguns especifiquen que l'acollida l'ha de realitzar la primera institució que contacti



amb ells. En relació a la informació que se'ls ha de proporcionar exclusivament en l'àmbit de la salut en l'acollida ha de ser una informació descriptiva, sense entrar molt en el detall, de com funciona el sistema i en quines situacions s'han d'adreçar a cada recurs sanitari *“crec que cal una informació bàsica, de què és un metge, què és una infermera, que és un ambulatori, què és un hospital (...) la resta no perquè quan un està malalt ja sap què ha de fer, ja buscarà ajuda”* (professional primària). També convergeixen en que no n'hi hauria prou amb un paper explicatiu i que serien més efectives les descripcions en forma de xerrada. Algun informant considera que hauria de ser participativa i que en aquesta acollida haurien de participar persones immigrants amb un temps d'estada més llarg, que lligaria amb una de les funcions del mediador cultural.

5 Discussió i conclusions

La majoria dels estudis analitzen l'atenció al col·lectiu immigrant exclusivament des del punt de vista dels immigrants i, generalment, aplicant una metodologia quantitativa (46). Un àmbit poc explorat fins ara ha estat les necessitats i expectatives dels professionals sanitaris en el procés d'atenció a aquest col·lectiu (46). Aquest estudi proveeix informació en profunditat sobre els factors que faciliten i dificulten l'atenció del col·lectiu immigrant percebuts pel personal sanitari i aporta suggeriments per millorar les polítiques sanitàries.

En general es troben similituds en el discurs dels diferents grups d'informants, però també diferències. Tal i com era d'esperar, les diferències es relacionen directament amb el paper dels informants: els professionals destaquen les dificultats en el procés d'atenció, amb algunes diferències segons el nivell assistencial al que pertanyen; i els directius són més crítics amb les dificultats de gestió.

Els informants coincideixen en considerar que l'increment de la població immigrant atesa de forma regular en els serveis sanitaris ha estat notable, concentrat en un període curt de temps, i dinàmic en relació als col·lectius atesos (canvis o diversificació en les nacionalitats) i a les seves característiques sociodemogràfiques (canvis en l'edat, sexe, etc.). Aquesta percepció sembla força aproximada a la realitat com reflecteixen les dades existents: la població estrangera a Catalunya s'ha triplicat en sis anys, passant de representar un 4,3 el 2001 al 13,4 el 2007 (6), període en què la població total de Catalunya ha augmentat en un 9,9%. Alguns autors relacionen aquesta percepció a més de l'augment del nombre de persones a atendre, amb les dificultats que genera en el procés d'atenció a la població immigrant, per les diverses barreres presents -idiomàtiques, culturals, etc. (47)-. Això coincideix amb l'opinió d'alguns directius que consideren que la presència proporcional d'algun col·lectiu (per exemple el col·lectiu xinès enfront del col·lectiu equatorià) en un àrea podria estar supervalorada a causa de les dificultats generades en l'atenció per les barreres idiomàtiques.

Encara que considerin l'accés al sistema sanitari fàcil per als immigrants -i alguns que pot posar a risc la viabilitat del sistema-, els informants identifiquen barreres burocràtiques a nivell de municipi en la l'obtenció de la targeta sanitària: dificultats en aconseguir el certificat d'empadronament als ajuntaments i lentitud de la tramitació de la targeta als centres. Aquestes pràctiques per part de les administracions locals, analitzades també a altres estudis (48), implicarien deixar sense cobertura sanitària a un segment de la població, en contra dels principis d'igualtat d'accés recollits al Pla nacional i autonòmic d'immigració (49;50) i del dret a la salut recollit a la Declaració Universal dels Drets Humans (51). A més, la cobertura exclusiva de l'episodi urgent en l'atenció dels immigrants sense targeta resulta ineficient ja que representa una atenció parcial dels problemes de salut, i segons alguns informants de

pitjor qualitat, que podrien complicar-se posteriorment i originar més despeses de les inicialment necessàries. Com a element a destacar, emergeix en el discurs dels informants la percepció d'una disminució de l'intercanvi de targetes sanitàries entre immigrants, com a conseqüència d'un millor coneixement del sistema.

L'atenció a la població immigrant es percep com una causa important de sobrecàrrega laboral. Consideren que l'augment de la població s'ha traduït en un increment de la pressió assistencial sobre els professionals, que juntament amb les dificultats en el procés de l'atenció, genera una sensació de saturació i sobrecàrrega laboral i origina sentiments d'angoixa i frustració en els professionals. Aquesta sensació és compartida per professionals d'altres indrets (52) i la inadequació dels recursos com a causa ha estat descrita en altres estudis (53). No obstant això, també s'identifica un grup que considera l'atenció a la immigració un repte, que requereix una adaptació i replantejament de la pràctica habitual i expressen la seva satisfacció quan aconsegueixen resultats positius.

Entre les diverses dificultats percebudes en l'atenció a la població immigrant, emergeixen amb força els problemes de comunicació en ambdós sentits, tant del personal sanitari cap al pacient immigrant com a l'inrevés. Les dificultats relacionades amb l'idioma sorgeixen més en l'atenció mèdica que en l'administrativa. S'associen principalment al desconeixement de les llengües oficials de Catalunya, fonamentalment dels col·lectius àrab i xinès, i a la utilització diferent de la llengua, en el cas de col·lectius hispanoparlants. Els informants destaquen que els problemes de comunicació s'intensifiquen per la presència d'elements culturals, fonamentalment en magrebins, com els rols socials establerts que dificulten la comunicació directa amb dones i nens i l'aprenentatge de la llengua, la poca predisposició dels immigrants per comunicar-se i la "ineficàcia" dels instruments de comunicació disponibles. En aquest sentit destaquen també el nivell sociocultural baix, amb un elevat grau d'analfabetisme que dificulta la utilització de material escrit. Problema també present en la població autòctona del mateix nivell sociocultural.

Crida l'atenció que aquests elements se centren en els immigrants o en el sistema sanitari i reflecteixen una concepció unidireccional del procés de comunicació. La comunicació no només està influenciada per la diferència idiomàtica, sinó també per la comprensió per part dels professionals dels valors, creences i comportaments dels immigrants davant la salut (54). Aspectes que apareixen en el discurs dels nostres informants com a risc per a l'atenció i no pas com a influència en la seva comunicació amb el pacient.

La sobrecàrrega laboral a causa del major temps que requereixen les consultes per conèixer el motiu i la sobreutilització de proves diagnòstiques són percebudes pels informants com a conseqüència directa de la barrera de comunicació. En canvi, no emergeixen o ho fan tímidament altres problemes relacionats amb la barrera lingüística i descrits en països amb major tradició d'immigració,(47): baixa qualitat assistencial, menor utilització dels recursos i

pitjors resultats de salut. Els estudis existents que apunten diferències en la utilització de serveis i accés entre la població immigrant i l'autòctona (55-57), no exploren la relació amb les barreres de comunicació.

Els informants associen algunes dificultats en l'atenció amb característiques específiques dels col·lectius immigrants com ara, les pràctiques culturals i religioses, els problemes d'adaptació a les normes locals i les condicions laborals i de vida.

Alguns elements culturals com els valors, creences, i pràctiques de salut i religioses es perceben com a dificultadors de l'atenció als immigrants. Destaquen diferències en les pràctiques sanitàries, el rol de la dona en la cultura musulmana amb la manca d'autonomia i algunes pràctiques de la religió musulmana que interfereixen en la seva tasca, que podrien posar en perill la salut del pacient i els genera inseguretat en la pràctica. La referència als valors i creences culturals també apareix al discurs dels informants per explicar la conductes higièniques, l'ús d'indumentàries locals, el comportament (passiu, exigents, reivindicatius i agressius) enfront dels professionals i les actituds en la utilització dels serveis sanitaris (somatització i interpretació exagerada dels símptomes). No obstant això, no tots els informants contempen els elements culturals i religiosos com una amenaça a la pràctica assistencial. Una part del personal sanitari manifesta que hi ha pràctiques culturals inoques i fins i tot beneficioses i que es poden adaptar progressivament a les pràctiques culturals amb petits esforços organitzatius. Aquesta divergència d'opinions sembla reflectir diferents actituds del personal sanitari enfront a pacients immigrant -també senyalades pels informants- que podrien influir en el procés d'atenció accentuant les barreres estructurals i de comunicació (58).

D'altra banda, l'associació d'alguns comportaments valorats negativament a factors culturals -com ara la demanda d'un professional del mateix sexe del pacient; portar menjar a les habitacions o molta gent per habitació- com a elements a considerar, la mancança d'informació dels professionals sobre drets del pacient com el de la lliure elecció de metge (59) -per exemple de ginecòleg dona- i la pèrdua de perspectiva en relació a conductes presents entre la població autòctona (com per exemple l'ús dels serveis de salut com punt de trobada social per part de la gent gran, hàbits poc higiènics o molta gent per habitació) que podrien reflectir actituds negatives o prejudicis enfront de la immigració. Hi ha abundant literatura en el context internacional que mostra que l'ús dels arguments culturals per explicar les diferències en la utilització dels serveis de salut per part dels immigrants és incorrecte ja que aquestes es relacionen més amb les barreres idiomàtiques, complexitat d'accés, costos, etc. (47).

Finalment, consideren que les condicions laborals, sovint precàries, condiciona un augment de l'accidentalitat i, per tant de la utilització dels serveis de salut. La condició nòmada d'alguns col·lectius dificulta el seguiment dels pacients i per tant, la continuïtat assistencial.

La pèrdua de continuïtat assistencial -tant de relació per la rotació dels professionals, com de gestió per la dificultat en el seguiment (Terraza i cols 2007)-, a més de la temporalitat, es també conseqüència de l'ús de les urgències com a font d'atenció per part dels immigrants i que coincideixen amb estudis a altres entorns (47).

Un altre grup de dificultats en l'atenció a la població immigrant és la percepció de l'ús dels serveis -sobreutilització i l'ús inadequat de les urgències per a problemes lleus i no urgents- amb divergència d'opinions quan comparen amb la població autòctona. Els escassos estudis sobre la utilització dels serveis per part dels immigrants a l'Estat espanyol no són concloents en relació a les diferències amb la població autòctona per problemes amb el registre de la informació (55) o limitacions de les anàlisis. Un estudi (60) basat en l'Enquesta Nacional de Salut no detecta un patró d'utilització (volum i tipus de serveis) diferent per part dels immigrants, excepte taxes d'hospitalització més elevades i un consum més baix de medicaments. Aquest estudi no ajusta per variables de necessitat i per tant, taxes d'utilització semblants podrien en realitat reflectir inequitats d'utilització, com mostren els resultats d'altres països com ara Holanda, Regne Unit, Estats Units i Canada (60).

En canvi, l'entrada al sistema sanitari per la "porta d'urgències" per part de la població immigrant també és assenyalada per estudis nacionals (55) i internacionals (61). Si bé els motius no han estat suficientment analitzats en el cas espanyol, els estudis existents apunten a causes mencionades aquí, relacionades amb les barreres d'accés i la millor accessibilitat (temps, horaris,...), així com la capacitat resolutiva percebuda dels serveis d'urgències en comparació amb l'atenció programada (62). Aquests últims elements s'han associat també amb la preferència dels serveis d'urgència per part de la població autòctona (63).

Les deficiències estructurals i organitzatives del sistema de salut apareixen com un grup important de factors que contribueixen a dificultar l'atenció de la població immigrant, principalment es refereixen a la falta de recursos.

En aquest sentit, els informants destaquen com a problema la inadequació dels recursos a causa de l'absència de previsió i planificació adequada, així com la lentitud de les administracions per adaptar el sistema de salut -recursos físics i humans, normativa i instruments efectius per a l'atenció- tant a l'augment de població, com a les necessitats específiques d'atenció d'aquest col·lectiu. Així, es destaquen com a problemes del nivell central, la lentitud de resposta a les noves necessitats, limitada assignació de recursos econòmics, regulació insuficient i lentitud en la gestió de la targeta sanitària. A nivell local, la inadequació de recursos es tradueix en personal insuficient, amb temps de consulta per pacient insuficients per abordar els problemes de comunicació i la inadaptació dels recursos hospitalaris a les necessitats dels pacients immigrants. A més s'identifiquen problemes organitzatius relacionats amb els horaris inaccessibles de l'atenció primària per als

treballadors immigrants; la limitada coordinació intra i interinstitucional que dificulta el seguiment i el limitat suport dels equips directius al personal sanitari. La lentitud de la resposta institucional ha estat descrita per altres autors anteriorment (48;64).

Una altra dificultat és l'absència de coordinació amb altres institucions del territori -escoles, càrites,...- que actuen independentment i, en general, amb un desconeixement mutu i afavoreix la utilització inadequada dels recursos, com ara, l'hospital.

Les dificultats en l'atenció al col·lectiu immigrant han generat el desenvolupament de iniciatives diverses a nivell de centres -de caràcter individual o institucional-, la majoria centrades en resoldre els problemes idiomàtics, com era d'esperar per la importància atribuïda i les possibilitats locals. L'ús improvisat d'intèrprets informals (professionals sanitaris estrangers, altres pacients i familiars), conjuntament amb la traducció d'informació orientada a l'accés i utilització dels serveis, van ésser les estratègies més comuns. Aquest desenvolupament ha estat variable entre territoris, sent més important en els territoris en què el col·lectiu predominant no era de parla hispana. Aquestes iniciatives individuals i no homogènies als territoris reflecteixen la insuficient planificació de les diferents administracions i també, la limitada difusió dels recursos disponibles.

Així l'estudi mostra un coneixement i ús limitat dels recursos que proporciona el Departament de Salut per facilitar l'atenció del col·lectiu immigrant. Els més coneguts són l'accés telefònic a un traductor (Sanitat Respon), el DVD d'acollida i els cursos de formació. No obstant això, els informants destaquen limitacions importants tant dels instruments desenvolupats pels proveïdors, com els facilitats pel Departament. Principalment pels errors d'interpretació que comporten, la dificultat d'utilització en un temps curt de visita -lentitud de contacte, telèfons sense sortida a l'exterior, dificultat de treballar amb un traductor per telèfon, manca de suport tecnològic-, continguts poc pràctics i per la limitada accessibilitat geogràfica. La figura del mediador cultural, poc coneguda, és també controvertida. Alguns la consideren clau enfront de la dificultat idiomàtica i per avançar en la comprensió de les necessitats dels pacients immigrants. En canvi, altres no coneixen la seva existència o no saben com utilitzar-los. Una petita part considera que aquesta figura no solucionaria els problemes en l'atenció. Entre les limitacions assenyalen els horaris limitats en què estan disponible i el risc de pèrdua de confidencialitat.

Les necessitats de suport del personal sanitari emergeixen en relació directa amb les dificultats identificades en l'atenció a la població immigrant i també reflecteixen el desconeixement o febleses dels medis existent actualment.

Per tal de millorar la comunicació amb el col·lectiu immigrant, sorgeix en primer lloc, la necessitat de disposar de serveis de traducció -traductors presencials a les àrees amb més concentració d'immigrants i accés telefònic efectiu en àrees amb menor presència- i materials traduïts -adaptats al nivell sociocultural-. Es considera necessari també comptar

amb un servei de referència per demanar les traduccions, la qual cosa posa en evidència el desconeixement dels serveis oferts per Sanitat Respon. En segon lloc, s'identifiquen la necessitat de formació en competències culturals per millorar la comunicació amb el col·lectiu immigrant en sentit ampli, amb un major coneixement dels valors, creences i pràctiques culturals i sistemes sanitaris d'origen. Aquesta formació hauria de ser oferta en condicions adequades: dins l'horari laboral, descentralitzada i amb continguts rellevants.

Per tal de que les distintes estratègies i instruments siguin eficaços, haurien de contemplar els principis d'adaptabilitat al context (idiomes, hàbits, grau d'analfabetisme dels immigrants), accessibilitat per als professionals involucrats i orientats cap a problemes reals del procés d'atenció. El Departament de Salut hauria de marcar les directrius generals per homogeneïtzar els materials i facilitar la posada en comú de les iniciatives existents.

Amb la finalitat de promoure una utilització adequada dels serveis de salut per part de la població immigrant, els participants assenyalen la necessitat de facilitar material traduït amb informació sobre el sistema de salut, educació sanitària i tràmits burocràtics, amb el suport del mediador cultural. En aquest sentit es considera que el mediador cultural podria actuar com a agent comunitari proporcionant informació sobre el funcionament del sistema sanitari, circuits establerts, targetes sanitàries; resolució de dubtes i acompanyament en temes relacionats amb el sistema sanitari, empadronaments, escoles, gestió de les necessitats socials. Per tant, tindria un paper fonamental principalment en els moments inicials de l'arribada a Catalunya.

Amb força sorgeix la necessitat que es realitzin canvis en el sistema de salut, sota el lideratge del Departament de Salut, per adaptar els recursos a les necessitats d'atenció a la població immigrant (tenint en compte el volum, nivell sociocultural i col·lectius predominants) i millorar la seva gestió. Per tal de disminuir la sobrecàrrega i millorar les dificultats d'accés, seria necessari augmentar els recursos (tant sanitaris com socials) i introduir modificacions en l'organització dels serveis (més temps de consulta a l'atenció primària) i adaptar-los a les condicions laborals del immigrants (ampliar l'horari dels centres).

Finalment, es considera necessari que l'estratègia d'acollida de la població immigrant s'abordi a nivell comunitari amb la implicació de totes les institucions presents en el territori. Dins d'aquesta, s'hauria de dissenyar un programa per a la difusió efectiva de la informació necessària per a la utilització adequada del sistema, que no hauria de recaure sobre el personal sanitari; a més de promoure una efectiva coordinació interinstitucional al territori.

Reflexió final

Els resultats de l'estudi mostren que l'atenció a la immigració es vivenciada pel personal sanitari com una situació problemàtica, que atribueixen a factors diversos tant relacionats

amb el col·lectiu immigrant, com al propis professionals i al sistema de salut i que relacionen directament amb les necessitats de suport. No obstant això, s'identifiquen diferències en actituds i competències, que semblen relacionats amb el ràpid augment, les idees preconcebudes i l'experiència real. Les diferents posicions dels informants enfront les pràctiques culturals i les actituds negatives dels professionals evidencien una manca de competència cultural¹ en l'abordatge de l'atenció a la població immigrant

D'altra banda, els resultats revelen que l'atenció al col·lectiu immigrant suposa una problemàtica nova -amb problemes específics relacionats amb les barreres d'accés, dificultats de comunicació, la falta de competència cultural al sistema de salut i les actituds i prejudicis socials-. Però a més, posa en evidència algunes deficiències estructurals i organitzatives del sistema de salut: la falta de recursos i la rigidesa del sistema per ajustar la seva estructura en funció de les necessitats dels usuaris. També posa de relleu de nou, la necessitat d'enfrontar de manera holística una situació de salut marcada per determinants socioeconòmics, com la precarietat laboral i de vivenda. Aquestes són problemàtiques comunes en l'atenció de la població immigrant i autòctona i, en part, fora de l'abast del sistema de salut. Per tant, s'hauria d'evitar atribuir al fenomen migratori aspectes abordables amb polítiques públiques generals adients.

¹ La competència cultural es defineix com la capacitat del sistema de proveir atenció a pacients amb diversos valors, creences i necessitats lingüístiques (54)

6 Recomanacions

Els resultats de l'estudi suggereixen la necessitat de donar àmplia difusió del Pla director d'immigració així com garantir la seva implementació a tot Catalunya.

El Departament de Salut hauria de desenvolupar i/o implementar estratègies en diferents nivells:

1. Assegurar que la planificació s'acompanyi de la dotació de recursos que garanteixin la seva implementació, és a dir, garantir els recursos per a la implementació de tots els continguts del Pla director d'immigració a tot el territori català.
2. Desenvolupar un pla de difusió i comunicació de tot els serveis i materials disponibles – tant físics com virtuals- per donar suport a l'atenció a la població immigrant, tant a nivell de professionals de salut, com d'altres sectors en contacte directe amb col·lectius immigrants, així com per aquests col·lectius.
3. Millorar les estratègies de suport ja existents per pal·liar els problemes de comunicació:
 - a. Traducció: incorporar eines de traducció informatitzades amb continguts bàsics i validades pels professionals; garantir l'accés telefònic àgil a la traducció amb més suport tecnològic.
 - b. Materials gràfics per complementar la informació verbal de suport als professionals.
 - c. Dotació de mediadors culturals, traductors de forma equitativa a tot el territori. Aquests instruments han d'estar adaptats a les necessitats específiques dels diferents tipus de personal dels centres i col·lectius immigrants predominants, garantint un accés àgil als mateixos.
4. Accions específiques dirigides als professionals de salut:
 - a. Assegurar la implementació de programes de formació del personal sanitari en el desenvolupament de competències culturals per a l'atenció a la diversitat cultural, en diverses modalitats:
 - i. D'una banda, oferir cursos de formació continuada -fent ampla difusió- amb continguts pràctics adaptats a la realitat dels professionals i que els proporcionin eines pràctiques d'aplicació immediata. Així com, que treballin aspectes relacionats amb les actituds enfront la diversitat. S'ha de facilitar la participació del personal sanitari mitjançant la dedicació de temps laboral i recursos a esta activitat. Així com facilitant l'accés geogràfic.
 - ii. Promoure la inclusió de cursos específics en la formació de pregrau i especialització del personal sanitari.

5. Accions específiques dirigides al col·lectiu immigrant i a la població en general.
 - a. Implementació de programes d'educació per a la salut adequats (quant a continguts i mitjans utilitzats, tenint en compte les característiques socioeconòmiques i d'alfabetització), adaptats a les necessitats específiques dels immigrants en les distintes etapes d'immigració, en aquelles àrees que siguin adients i sobretot, continuats en el temps. Aquests programes haurien de gaudir d'un important component de participació dels col·lectius objectius, des del seu disseny fins a la seva implantació.
 - b. Implementació de programes d'educació per a la utilització adequada dels serveis de salut dirigits a la població general i, adaptats a les característiques dels diferents col·lectius que la componen, incloent la població immigrada. Aquests programes haurien de gaudir d'un important component de participació dels col·lectius objectius, des del seu disseny fins a la seva implantació (de manera individual o mitjançant les seves organitzacions).
 - c. Implementació de programes de salut comunitària, com ara agents comunitaris de salut, per identificar les necessitats específiques i promoure la utilització adequada dels serveis de salut, tant preventius, com curatius.
 - d. Implementació de programes per la població en general centrats en valors de multiculturalitat, solidaritat i elements de convivència.
6. Promoure la col·laboració intersectorial, per assegurar la coordinació de les accions, aprofitar sinèrgies i evitar duplicitats. S'hauria de promoure la col·laboració amb els municipis i altres organismes locals i autonòmics adients per:
 - a. Implantació dels plans d'acollida i traducció/mediació cultural.
 - b. Millora de la implementació de programes d'informació i educació a la població en general sobre el fenomen de la immigració i a la població immigrant sobre els serveis socials al seu abast i sobre els seus drets i deures com a ciutadans en relació a aquests serveis .
7. Polítiques per adaptar els recursos i l'organització dels serveis de salut a les necessitat de la població.
 - a. Adaptació de l'oferta dels serveis, especialment els recursos professionals, a les característiques de la seva població, tenint en compte especialment la grandària real de la població atesa i les especificitats dels col·lectius immigrants -distribució geogràfica, barreres idiomàtiques, necessitats canviants amb el temps d'estada al país i canvis en els col·lectius predominants- per garantir que el personal sanitari disposa de temps suficient per a una atenció adequada.
 - b. Ampliar els horaris dels centres per millorar l'accessibilitat de la població treballadora, destinant els recursos suficients.



- c. Promoure polítiques i estratègies que afavoreixin la coordinació i continuïtat assistencial entre tots els proveïdors del territori (sistemes d'informació compartits, protocols conjunts, sistemes d'assignació, etc.).
8. Promoure recerca aplicada que permeti millorar el coneixement sobre:
- a. Les necessitats en salut i d'atenció a la salut de la població immigrada. ¿Quines són les necessitats de salut i d'atenció percebudes? ¿hi ha diferències entre col·lectius? ¿canvien les diferències amb el temps?
 - b. accés i utilització dels serveis de salut. ¿Hi ha una utilització diferenciada dels serveis de salut? ¿quins són els factors que la determinen: culturals, relatius als serveis, etc.? ¿perceben que reben la atenció adequada?
 - c. Barreres a la atenció dels col·lectius immigrants: ¿aquest col·lectius perceben que hi ha barreres en l'atenció? ¿de quin tipus? ¿els problemes de comunicació actuen com a barrera per a l'accés als serveis? ¿contribueixen a rebre una atenció de pitjor qualitat? ¿las accions específiques dissenyades estan arribant als col·lectius d'immigrants, als professionals sanitaris i altres institucions involucrades?
 - d. Necessitats del personal i del sistema sanitari per a l'atenció al col·lectiu immigrant. ¿S'estan implementant les mesures adients?

Sempre tenint en compte la diversitat (gènere, classe social, situació legal, ubicació, nacionalitat i temps des de l'arribada al país, nivells d'atenció, etc.).

9. L'anàlisi de les necessitats de salut, la demanda i utilització de serveis i necessitats de suport del personal de salut es facilitaria amb la millora dels registres de dades relacionades amb la població immigrant.

Bibliografia

- (1) Departament de Salut. Secretaria d'Estratègia i Coordinació. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut. Versió 10.0. 2006.
- (2) Andersen RM. Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behaviour*. 1995;36:1-10.
- (3) Berra S, Elorza 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 Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
- (4) Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit*. 2001;15(4):320-6.
- (5) II Informe sobre immigració i treball social. Barcelona: Àrea de Serveis Socials, Diputació de Barcelona; 1997.
- (6) Instituto Nacional de Estadística. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2007. Datos provisionales. Disponible en: <http://www.ine.es/infoine> [consultat el 02.01.2007].
- (7) Instituto Nacional de Estadística. Explotación Estadística del Padrón Municipal. Instituto Nacional de Estadística 2006. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fe245&O=inebase&N=&L=> [consultat el 06.11.2006].
- (8) Institut d'Estadística de Catalunya. Padró municipal d'habitants. Xifres oficials. Recomptes. Institut d'Estadística de Catalunya 2006. Disponible en: <http://www.idescat.net/territ/BasicTerr?TC=9&V3=497&V4=435&PARENT=1&CTX=B&TAR=5> [consultat el 06.11.2006].
- (9) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Observatorio Permanente de la Inmigración. Información estadística. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2006. Disponible en: http://extranjeros.mtas.es/es/general/DatosEstadisticos_index.html [consultat el 06.11.2006].
- (10) López F, Rodríguez FJ. Planificación Sanitaria (I). *SEMERGEN* 2003;29(5):244-54.
- (11) Aday LA, Andersen RM. Theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1993;(9):208-22.
- (12) Mogollón AS. Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia. Tesis de doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
- (13) Gold M. The concept of access and managed care. *Health Serv Res*. 1998;33(3):634.
- (14) Arredondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Mex*. 1992;34:36-49.

- (15) Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization: the patient perspective. *Med Care*. 1985;23:438-60.
- (16) Sánchez JR. Modelo causal en la decisión de ir al médico y/o practicar autocuidados en la población pediátrica. Tesis de doctorado. Universidad de Granada; 2005.
- (17) Andersen R, Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Department of Health, Education and Welfare; 1979.
- (18) Andersen R, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res*. 1983;18(1):49-74.
- (19) Departament de Salut. Extracte normatiu dels drets en l'assistència sanitària en l'àmbit de l'estrangeria. Departament de Salut 2006 [accedit 9 Nov 2006].
- (20) Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl): 207-13.
- (21) Gámez E, Galindo JP, Cañada JL, Coll J, Díaz M, Hernández E, et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documento nº 17 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- (22) Jansà JM. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:165-8.
- (23) Fuertes C, Martín MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sis Sanit Navar*. 2006;29(Supl 1):9-25.
- (24) Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria*. 2006;37(5):249-50.
- (25) Seguí M. El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. *SEMERGEN*. 2005;31(11):505-7.
- (26) Jansà JM, Garcia P. Desigualtats en la salut i la immigració. En: Borrell C, Benach J, editors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2003. p. 217-50.
- (27) Rodríguez CB. Asistencia sanitaria a inmigrantes: entre el mito y la realidad. *Rev Esp Econ Salud*. 2002;1(4).
- (28) Fundació Nous Horitzons. *Habitatge i immigració*. 2006.
- (29) Vázquez V, Espejo J, Faus MJ. Determinación de las necesidades en atención farmacéutica de los inmigrantes del Campo de Gibraltar. *Pharmacy Practice*. 2006;4(1):24-33.
- (30) Martín MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Aten Primaria*. 2001;28(2):89-90.
- (31) Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;29(8):463-8.
- (32) Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: 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: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.

- (33) Dey I. Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists. London: Routledge; 1993.
- (34) Da Silva MRF, Vázquez ML. Introducción a los fundamentos teóricos de la investigación cualitativa. In: 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: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
- (35) Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. London: BMJ Books; 2000.
- (36) Institut d'Estadística de Catalunya. Padró municipal d'habitants. Xifres oficials. Recomples. Institut d'Estadística de Catalunya 2006. Disponible en: <http://www.idescat.net/territ/BasicTerr?TC=9&V3=497&V4=435&PARENT=1&CTX=B&TAR=5> [consultat el 06.11.2006].
- (37) Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
- (38) Flick U. Sampling strategies. In: Flick U, editor. An introduction to qualitative research. London: SAGE Publications; 1998. p. 62-73.
- (39) Mogollón AS, Vázquez ML. Técnicas cualitativas aplicadas en salud. In: 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: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
- (40) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1987.
- (41) Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. London: Sage Publications; 1995.
- (42) Vázquez ML, Da Silva MRF. Análisis de datos cualitativos. In: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
- (43) Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
- (44) Pla Consuegra M. El rigor en la investigación cualitativa. Aten Primaria 24, 295-300. 1999. Ref Type: Journal (Full).
- (45) Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. BMJ. 1995;311:109-12.
- (46) Berra S, Elorza R, 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. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
- (47) Bowen S. Language barriers in access to health care. Ottawa, Ontario: Publications Health Canada; 2001.
- (48) Moreno FJ. Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa. Madrid: Consejo Económico y Social; 2004.

- (49) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración (2007-2010). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
- (50) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
- (51) Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos humanos. Nueva York; 1948.
- (52) Salud y población inmigrante extracomunitaria en la CAPV. Estudio sociodemográfico y de salud. Medicusmundi; 2007.
- (53) Martín M. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? Aten Primaria 2001;28(2):89-90.
- (54) Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. New York: The Commonwealth Fund; 2002.
- (55) Cots F, Castell X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanitaria. 2002;16(5):376-84.
- (56) Cañavate J. Los efectos de la inmigración en el campo de la salud en la Región de Murcia. Anales de Historia Contemporánea. 2002;18:175-90.
- (57) Varela J. El IMAS en la atención sanitaria de los inmigrantes en Barcelona. Barcelona: Institut Català de la Mediterrània; 2003.
- (58) Burgess DJ, Fu SS, van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? J Gen Intern Med. 2004;19:1154-9.
- (59) Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2002.
- (60) Carrasco-Garrido P, Gil A., Hernández V, Jiménez R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. Eur J of Public Health. 2007;17(5):503-7.
- (61) Chin JL. Culturally competent health care. Public Health Reports. 2000;115:25-33.
- (62) Instituto de Salud Pública. Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; 2004.
- (63) Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. Gac Sanitaria. 2006;20(2):91-100.
- (64) Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. Atención Primaria 2002;29(8):463-8.

ANNEX

Annex I. Guia de l'entrevista individual

Data, hora d'inici de l'entrevista, hora de finalització

Nom, edat, professió, càrrec que ocupa, temps en el càrrec

- Percepcions de la immigració a la comarca
 - Descripció dels canvis migratoris que ha experimentat la comarca
 - Tipologia d'immigrant al que atén amb més freqüència (nacionalitat, sexe, edat,...)
 - Estat de salut dels immigrants, percepció salut/malaltia dels immigrants
 - Patologies més freqüents, serveis més utilitzats
 - Coneixement del sistema de salut per part dels immigrants
- Procés d'atenció al col·lectiu immigrant
 - Com és l'accés als serveis sanitaris pels immigrants. Factors que el faciliten (material departament) / obstaculitzen. Quins. Per què. Com es podria millorar a nivell de CAP, sistema,...
 - Barreres institucionals,
 - Com és l'atenció d'aquest col·lectiu. Dificultats/facilitats del personal sanitari per atendre aquesta població. Quines. Per què. Com es podria millorar.
 - Com és el seguiment (atenció/tractament) d'aquesta població. Per què. Com es podria millorar.
- Necessitats dels professionals
 - Necessitats de suport per donar resposta a l'atenció d'aquest col·lectiu. Quina ajuda necessitarien (formació, competències,...). Per què.
 - Accions per suplir aquestes necessitats. Quines. Per què.
 - Intervencions que s'han introduït a nivell de centre/districte. Qui les ha introduït. En què consisteixen. Opinió. Per què.
- Coneixements i opinions sobre els recursos oferts per atendre aquesta població
 - S'han implementat nous serveis, mecanismes per atendre aquesta població a nivell de Catalunya. Quins. Opinió. Quins serien necessaris. Per què.
 - Recursos que hi ha disponibles per als professionals per donar atenció a aquest col·lectiu. Quins. Opinió. Necessitat d'altres recursos. Per què.
 - Formació
 - Què s'ha fet. Què els sembla. Per què. Què s'hauria de canviar.
 - Preferència per recursos externs (mediadors,...) o formació continuada.
 - Acollida
 - Coneixement sobre l'acollida. Què és. Material d'acollida. Coneixement de l'acollida de la secretaria d'immigració. Com hauria de ser el procés d'acollida



- Integració immigrants en els circuits normals d'atenció o creació de nous. Per què.

Mediació

- Mediació. Quan és necessària. Què opina. Utilitat. Com hauria de seguir
- Plans/polítiques sobre l'atenció sanitària a aquest col·lectiu.



Annex II. Guia del grup focal

Data, hora d'inici de l'entrevista, hora de finalització. Participants.

- **Percepcions de la immigració: salut i utilització**

- Descripció dels canvis de la població que atenen, quan a la immigració.
- Estat de salut dels immigrants i patologies més freqüents, serveis més utilitzats.
- Accés als serveis sanitaris pels immigrants. Factors que el faciliten / obstaculitzen. Per què?. Com es podria millorar -CAP, hospital, etc.-.
- Coneixement del sistema de salut per part dels immigrants.

- **Procés d'atenció al col·lectiu immigrant**

- Com és l'atenció d'aquest col·lectiu. Vivència del personal de l'atenció al col·lectiu immigrant.
 - o Dificultats/facilitats Per què. Com es podria millorar.
 - o A què es deu.
 - o Diferències entre col·lectius.
 - o Diferències amb la població autòctona.
- Com és el seguiment (atenció/tractament) d'aquesta població. Per què. Com es podria millorar.

- **Necessitats dels professionals**

- Necessitats de suport per donar resposta a l'atenció d'aquest col·lectiu. (formació, competències,...). Per què.
- Quina ajuda necessitarien: accions necessàries. Quines. Per què?
- Accions específiques que s'han introduït a nivell de centre. Qui les ha introduït. En què consisteixen. Opinió. Per què.

- **Coneixements i opinions sobre els recursos oferts per atendre aquesta població**

- Quins recursos específics hi ha disponibles per als professionals per donar atenció als immigrants a Catalunya. Opinió. Necessitat d'altres recursos. Per què.

Formació

- Què s'ha fet. Què els sembla. Per què. Què s'hauria de canviar.

Acollida

- Coneixement sobre l'acollida. Què és. Material d'acollida. Coneixement de l'acollida de la secretaria d'immigració. Com hauria de ser el procés d'acollida

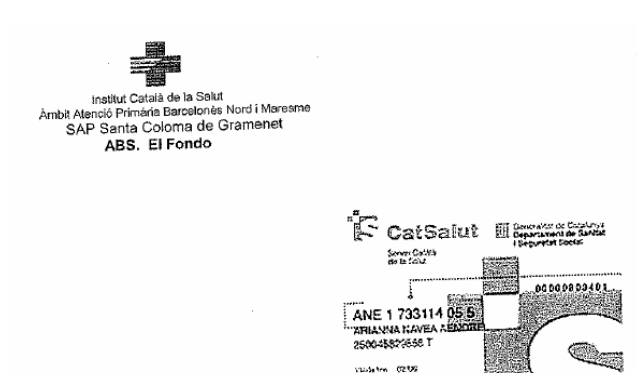
Mediació

- Mediació. Quan és necessària. Què opina. Utilitat. Com hauria de seguir

Traducció

- Plans/polítiques sobre l'atenció sanitària a aquest col·lectiu.

Annex III. Exemples de les iniciatives de les institucions del territori



A partir del 1 de novembre las altas de tarjetas sanitarias se tramitaran exclusivamente de:

8:30h a 9:30h y de 15h a 16h



由11月有益健康的卡片只将被做:

8:30h to 9:30h and from 15h to 16h



Model provisional

Informació sobre les visites amb el metge de guàrdia

Acabeu de demanar hora amb el metge de guàrdia, ja que considereu que el vostre motiu de consulta és urgent. **Només les emergències s'atenen de forma immediata.**

El metge us visitarà, però heu d'esperar el temps que sigui necessari fins que us puguin atendre, ja que és l'equip de guàrdia qui decideix l'ordre de les visites, segons les necessitats.

Us demanem que tingueu paciència. Gràcies per la vostra comprensió.

ES

*Usted acaba de solicitar hora con el médico de guardia, ya que considera que su motivo de visita es urgente. **Solo las emergencias se atienden de forma inmediata.***

El médico le visitará, pero deberá esperar el tiempo que sea necesario hasta que le pueda atender, ya que es el equipo de guardia quien decide el orden de las visitas, según las necesidades.

Le pedimos que tenga paciencia. Gracias por su comprensión.

FR

*Vous venez de demander d'être visité par le médecin de garde, puisque vous considérez que votre motif de consultation est urgent. On fait attention de forme immédiate **seulement aux urgences.***

Le médecin vous visitera, mais vous devez attendre le temps qu'il soit nécessaire jusqu'à ce qu'il pourra faire attention à vous, puisque l'équipe de garde est qui décide l'ordre des visites, selon les besoins.

Veuillez patienter, s'il vous plaît. Merci pour votre compréhension.

EN

*You have just asked for visit with the doctor on guard, since you consider that your motive of consultation is urgent. Attention is paid **only to the emergencies** in an immediate way.*

Doctor will visit you, but you must to wait the time that it is necessary until he can attend to you, since the medical equipment on guard is that one who decides the order of the visits, according to the needs.

We ask you to have patience you. Thank you for your understanding.

中文

您要求由卫兵的医生拜访，因为您考虑您的咨询的原因迫切。注意只紧急状态用一个直接方式。

医生将拜访您，但他必须等待时间，它是必要的直到它能做注意与您，
因为卫兵的队是哪些决定参观的次序，根据需要。

请耐心等待。 谢谢您的领悟。



ABS Sta Coloma-6 Fondo

VISITAS MÉDICO DE GUARDIA

NOTA INFORMATIVA

You finish asking for a visit with the guard doctor, since she considers that its reason for consultation is urgent. Single the EMERGENCIES are taken care of of immediate form. Doctor/a it will visit him, but it will have to hope time that is necessary until him it can to take care of, since the one that decides the order of the visits, based on the necessities is the guard team. We requested to him has patience. Thanks for its understanding.

The Direction

Approximated hour of visit _____



ABS Sta Coloma-6 Fondo

VISITAS MÉDICO DE GUARDIA

NOTA INFORMATIVA

您完成请求一次参观与卫兵医生。
因为她考虑它的咨询的原因迫切。选拔紧急状态被处理直接形式。Doctor/a
它将拜访他,但它将必须希望是必要的时间直到他能照顾,
因为那个决定参观的次序。
根据必要是卫兵队。我们请求了对他有耐心。感谢它的理解。方向

接近的小时参观 _____

HOW TO OBTAIN THE HEALTH-CARE
CARD

ONE PERSON:

- > PASSPORT
- > CENSUS CERTIFICATE (you can obtain it at the town council)

A FAMILY OR COUPLE:

- > PASSPORTS
- > FAMILY BOOK
- > COHABITATION CERTIFICATE (you can obtain it at the town council)

办医疗卡的人需以下证件

给一个人的医疗卡需①护照复印一张，②一张住家证明
(去政府打来的)。

不满十八岁的小孩需①护照复印一张，②一张住家证
明(包括全家在内)也是去市政府打来的。

谢谢大家合作。