



## MAGRIBINS A CATALUNYA: DETERMINANTS SOCIALS I NECESSITATS DE SALUT.

Lourdes Rubio Rico

Dipòsit Legal: T 79-2015

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Lourdes Rubio Rico

MAGRIBINS A CATALUNYA:  
DETERMINANTS SOCIALS I NECESSITATS  
DE SALUT

TESI DOCTORAL

dirigida pel Dr. Enric Olivé Serret i la Dra. Mercè Viladrich Grau

Departament d'Història i Història de l'Art



Tarragona 2014









ENRIC OLIVÉ SERRET, Catedràtic d'universitat, i MARIA MERCÉ VILADRICH, Catedràtica d'Universitat i co-directors de la tesis de doctorat de MARIA LOURDES RUBIO RICO,

FEM CONSTAR,

Que la doctoranda Maria Lourdes Rubio Rico ha realitzat la seva tesis doctoral "Magribins a Catalunya: determinants socials i necessitats de salut" sota la nostra direcció.

Havent-la acabat té el nostre vist i plau per la seva presentació.

Perque consti ho signem a Tarragona a 23 d'abril de 2014

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Enric Olive', written over a horizontal line.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Mercè Viladrich', written over a horizontal line.



## AGRAÏMENTS

Al principi hi hagué l'Enric que va respondre amb diligència un meu correu curiós. En aquell temps el meu doctorat tenia més d'un pretendent –bé, era jo qui els perseguia, els pretendents–. Jo, que venia de fer Humanitats a la UOC, ja maldava per tornar a complicar-me la vida, sense fer-me cap falta... o sí, perquè ja em venia de gust tornar a estudiar. Buscava alguna cosa que es deixés fer sense massa urgències. Alguna cosa que, després d'uns quants anys de treball solitari –la UOC ja ho té, això–, em posés en contacte amb la gent. Alguna cosa que em permetés de lliurar-me al plaer d'escoltar els que tenen coses interessants a dir. I així va ser.

*Estudis Culturals Mediterranis?* Heus aquí el mèrit de l'Enric, que em va saber vendre el producte... i jo que volia comprar, és clar. Una mica de tot i tot força interessant, molt escaient per a una formació humanista com la meva.

I de l'altra riba, què en sabia jo? Ben poca cosa, certament, però de seguida m'hi vaig entusiasmar. Perquè –m'ho sentireu a dir– no hi ha res com conèixer. La vacuna contra el mal fer i el maldir de l'altre és tractar-lo, conèixer-lo de prop. Acostar-s'hi amb l'ànim de deixar-se sorprendre. Descobrir-ne grandeses i misèries, tal volta compartides.

I més tard la Mercè, i altre cop l'Enric, que es van atrevir a embolicar-se en aquesta aventura meva de fer una tesi sobre salut. I potser no ho saben –perquè els consells els surten amb naturalitat i ben bé sembla que no els costa cap esforç– però cada cosa que m'han dit l'he guardada com un petit tresor i sempre ha arribat el moment en què m'ha estat útil. A tots dos, agrair-los que hagin cregut en mi i m'hagin deixat fer, sempre pròxims, però sense ofecs.

A la Dalila li he de reconèixer el mèrit d'ajudar-me a trencar el gel de les entrevistes. Però no només, perquè després han vingut les llargues converses i les confidències. Ara som amigues.

Al Joan Fernández Ballart, que ha fet un cop d'ull als números, li vull agrair la paciència i el saber, i que mai no m'ha fet sentir com una pesada, que potser és el que sóc.

A la Joan Anderson i a la Paddy Rodney, perquè em van tractar com una convidada excepcional i perquè, en uns pocs dies amb elles, vaig aprendre molt més del que havia après en uns quants anys de llegir-les.

A totes les institucions que han col·laborat en aquest treball i a totes les persones que les representen, per posar-m'ho tot molt fàcil i per les seves ganes de canviar les coses.

A tots els homes i dones que han acceptat de participar en aquest treball. Perquè sense conèixer-me m'han obert casa seva. I m'han fet confiança i m'han fet confidències. I perquè, de fet, aquesta tesi és el que és gràcies a ells.



A les meves companyes de la Facultat d'Infermeria per haver confiat en mi i fer que tot això tingui sentit.

A la Natàlia, per tants riures juntes i tantes hores dedicades a transcriure entrevistes. I al Carles, la Lors i la Sagrario Chacón, perquè de totes totes han insistit a llegir-se aquesta tesi abans que ningú. I s'hi han deixat hores de son, i potser estones d'esbarjo. A la Isabel, i altre cop a la Lors, perquè de tots els moments que hem passat juntes n'he tret la força per sortir-me'n. Aquesta és la generositat dels amics, i és per això que me'n recordo, més enllà que hagin fet que aquesta tesi estigui una mica més ben escrita o s'entengui una mica millor, que també.

A la meva família i a tots els meus amics. A tots! (i no en diré els noms perquè ells ja ho saben que en som, d'amics). Perquè han estat l'ànim constant a aquesta feina. Perquè m'han rescatat quan defallia. Perquè han esperat amb impaciència i il·lusió aquest moment (i això és prova d'amistat!). I perquè sempre he pogut sentir pròxim el seu escalf i el seu amor.

I al Miquel. Per la correcció, per ser-hi sempre i per totes les coses que compartim.

## **Resum**

Tradicionalment, els estudis sobre immigració i salut han estat enfocats des d'una perspectiva eminentment culturalista. L'enfocament culturalista responsabilitza la diferència cultural dels problemes en el manteniment i cura de la salut de certs grups de població, així com de les dificultats sorgides en la relació entre professionals de la salut i usuaris immigrants del servei. Darrerament, alguns autors proposen d'estudiar les relacions entre salut i migració des de perspectives complementàries que tinguin en compte, també, la influència de les condicions d'assentament en l'estat de salut dels diversos col·lectius d'immigrants. A més de tot això, altres recomanacions suggereixen que cal estudiar el tema des de la visió de la persona usuària dels serveis de salut.

A partir de l'Enquesta de Salut Catalunya 2006, es descriu l'estat de salut del col·lectiu de magribins establerts a Catalunya, i el dels determinants socials que els afecten. També es compara la situació d'aquests dos paràmetres entre magribins i autòctons.

Amb metodologia qualitativa, i mitjançant la realització d'entrevistes i grups focals d'usuaris i mediadors de salut per al col·lectiu de magribins, es descriu l'experiència de relació del grup estudiat amb les institucions i professionals del sistema públic de salut a Catalunya, i se'n distingeixen els elements i les relacions entre ells que la configuren, l'experiència. Tot plegat per identificar possibles àrees de millora dels aspectes explorats i comprendre els mecanismes implicats en la generació de les dificultats detectades.

Finalment, a partir de l'anàlisi de les dades obtingudes, s'infereixen propostes de millora orientades a compensar els dèficits trobats.



## **Llista d'abreviatures**

AAN: American Academy of Nursing

ACH: Abús en l'Atenció a la Salut

CIS: Centre d'Investigacions Sociològiques

EI: Entrevista Individual

ENI 07: Encuesta Nacional de Inmigrantes de l'any 2007

EPA: Enquesta de Població Activa

ESCA 06: Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2006

GF: Grup Focal

GHQ: General Health Questionnaire

IAP: Investigació Acció Participativa

IDESCAT: Institut Estadístic de Catalunya

IMC: Índex de Massa Corporal

INE: Institut Nacional d'Estadística

OIM: Organització Internacional per a les Migracions

OMS: Organització Mundial de la Salut

PDI: Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut

PNI: Pacte Nacional per la Immigració

SERVQUAL: Model Service Quality de Parasuraman *et al.*

TAC: Tomografia Axial Computada

WOM: Word Of Mouth

## Índex de taules

Taula 4.2.1: Característiques dels informants	72
Taula 4.2.2: Descripció dels grups focals	73
Taula 5.1.1: Contactes a Espanya abans d'emigrar. ENI 07 (en %)	89
Taula 5.1.2: Estat civil. ENI 07 (en %)	90
Taula 5.1.3: Estat civil. ESCA 06 (en %)	91
Taula 5.1.4: Condicions de l'habitatge. ESCA 06 (en %)	92
Taula 5.1.5: Condicions de l'habitatge. ENI 07 (en %)	92
Taula 5.1.6: Nivell educatiu. ESCA 06 (en %)	95
Taula 5.1.7: Nivell educatiu. ENI 07 (en %)	96
Taula 5.1.8: Maneig lingüístic. ENI 07 (en %)	96
Taula 5.1.9: Situació laboral. ESCA 06 (en %)	98
Taula 5.1.10: Situació laboral. ENI 07 (en %)	99
Taula 5.1.11: Sous dels magribins que declaren ingressos. ENI 07	99
Taula 5.1.12: Tipus d'ocupació. ENI 07 (en %)	104
Taula 5.1.13: Classe social. ESCA 06 (en %)	104
Taula 5.1.14: Participació social. ENI 07 (en %)	108
Taula 5.2.1: Hàbits i estil de vida. ESCA 06 (en %)	120
Taula 5.2.2: Estat de salut. ESCA 06	124
Taula 5.2.3: Suport social i emocional. ESCA 06	127

Taula 5.2.4: Experiència de discriminació (en %). ESCA 06	127
Taula 5.4.1: Accés i ús dels serveis de salut (en %). ESCA 06	162
Taula 5.4.2: Accés i ús dels serveis de salut (en %). ESCA 06	163

## Índex de gràfics

Gràfic 5.1.1: Piràmide de població dels estrangers d'origen magribí a Catalunya a 1 de gener de 2007	85
Gràfic 5.1.2: Piràmide de població dels estrangers d'origen magribí a Catalunya a 1 de gener de 2012	86
Gràfic 5.1.3: Fluxos d'arribada de magribins a Catalunya per sexes. ENI07	87
Gràfic 5.1.4: Motius migratoris per sexe. ENI 07 (en %)	88
Gràfic 5.1.5: Sectors d'ocupació dels treballadors magribins. ENI 07 (en %)	101
Gràfic 5.1.6: Sectors d'ocupació de les treballadores magribines. ENI 07 (en %)	102
Gràfic 5.1.7: Tipus d'ocupació dels treballadors magribins. ENI 07 (en %)	102
Gràfic 5.1.8: Tipus d'ocupació de les treballadores magribines. ENI 07 (en %)	103
Gràfic 5.1.9: Comparació de percentils. Ingressos individuals mensuals en €.	105
Gràfic 5.1.10: Comparació de percentils. Ingressos individuals mensuals en € per als homes.	105
Gràfic 5.1.11: Comparació de percentils. Ingressos individuals mensuals en € per a les dones.	106
Gràfic 5.1.12: Comparació de percentils. Ingressos familiars anuals en €. ESCA 06	106

## **Índex de figures**

5.3.4 Sobre els dolors de ser i sentir-se immigrant	155
5.4.4 Sobre l'accés i el perfil d'ús	188
5.5.4.1 La confiança	232
5.5.4.2 Satisfacció - insatisfacció	233
5.5.4.3 Discriminació	234
5.5.4.4 Prejudici	235
5.6.4 Dificultats per comunicar-se	292
5.7.4 Nens traductors als serveis de salut	312
5.8.4 Dependència a autonomia	328
6.10 Conclusions	352



### **Aportacions a congressos i publicacions derivades de la tesi**

Comunicació oral: *Estado de los determinantes socioeconómicos de salud del colectivo magrebí residente en España*. IV Jornades Interdisciplinàries de Salut i Interculturalitat. El repte de la diversitat. II Jornades Nacionals. Vila-seca, 11 a 13 de novembre de 2009

Rubio Rico L. Seguridad cultural: la interculturalidad y la salud en un entorno globalizado. *Metas de enfermería*. 2011;14(2):72-6.

Conferència al I Congrés Internacional sobre els Exilis Contemporanis: *Sobre els dolors de ser i sentir-se immigrant. Experiències de magribins a Catalunya*. Tarragona, 6 a 9 de febrer de 2013

Acceptat per a publicació a *Globalization and Health*. «Maghrebi minors as translators in health services in Tarragona (Spain): a qualitative study of the discourse of the Maghrebi adults.»

## ÍNDEX

<b>1. INTRODUCCIÓ</b>	<b>25</b>
1.1. Sobre la necessitat del diàleg intercultural en temps de globalització	26
1.2. Sobre la necessitat del diàleg intercultural en salut en temps de globalització	29
1.3. Marc teòric, o sobre la millor manera d'abordar el diàleg intercultural en salut en temps de globalització	31
1.3.1. De la competència cultural a la seguretat cultural	31
1.3.2. La perspectiva crítica postcolonial-feminista	34
1.4. Estat de la qüestió i justificació	39
1.5. Estructura expositiva dels resultats	41
1.6. Bibliografia	42
<b>2. MARC CONCEPTUAL</b>	<b>47</b>
2.1. La salut... què és?	48
2.2. Sobre l'atenció a la salut i el sistema sanitari en el nostre medi	49
2.3. Polítiques d'immigració a Catalunya	49
2.4. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut	51
2.5. Ara i aquí	52
2.6. Orientacions i propostes per garantir i millorar l'accés a la salut dels immigrants	54
2.7. Bibliografia	56
<b>3. OBJECTIUS I PREGUNTES D'INVESTIGACIÓ</b>	<b>59</b>
3.1. Preguntes d'investigació	61
3.2. Objectius	61
3.2.1. Objectiu general	61
3.2.2. Objectius específics	61
3.3. Bibliografia	62
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>65</b>
4.1. Tipus d'estudi	66
4.2. Població i mostra d'estudi	68
4.2.1. Mostra per a l'anàlisi quantitativa de dades	68
4.2.2. Mostra per a l'anàlisi qualitativa de dades	69
4.3. Recollida de dades	74
4.4. Consideracions ètiques	76
4.5. Anàlisi dels resultats	77
4.5.1. Anàlisi quantitativa	77

4.5.2. Anàlisi qualitativa	79
4.6. Estratègies de rigor metodològic	79
4.7. Bibliografia	80
<b>5. RESULTATS</b>	<b>83</b>
5.1. Magribins a Catalunya. Qui són? Com viuen?	84
5.1.1. Introducció	84
5.1.2. Resultats	85
5.1.2.1. Demografia	85
5.1.2.2. Procés migratori	86
5.1.2.3. Estat civil	89
5.1.2.4. Condicions de l'habitatge	90
5.1.2.5. Nivell educatiu i maneig lingüístic	93
5.1.2.6. Situació econòmica i laboral	97
5.1.2.7. Situació documental, plans i participació social	107
5.1.3. Discussió	108
5.1.4. Bibliografia	114
5.2. Estat de salut: immigrant sa o immigrant portador de malaltia?	117
5.2.1. Introducció	117
5.2.2. Resultats	119
5.2.2.1. Comportaments relacionats amb la salut	119
5.2.2.2. Autopercepció de la salut	121
5.2.2.3. Salut mental	125
5.2.2.4. Morbiditat percebuda	125
5.2.2.5. Discapacitat, cronicitat i accidents	126
5.2.2.6. Capital social i percepció de discriminació	126
5.2.3. Discussió	128
5.2.4. Bibliografia	131
5.3. Sobre els «dolors» de ser i sentir-se immigrant	135
5.3.1. Introducció	135
5.3.2. Resultats	136
5.3.2.1. Iguals? Diferents?	137
5.3.2.2. Els altres «dolors»	144
5.3.2.3. Els remeis	148
5.3.3. Discussió	150
5.3.4. Figura: Sobre els «dolors» de ser i sentir-se immigrant	155
5.3.5. Bibliografia	156
5.4. Sobre l'accés i el perfil d'ús	159
5.4.1. Introducció	159
5.4.2. Resultats	161

5.4.2.1. Un cop d'ull a l'accés i el perfil d'ús	161
5.4.2.2. <i>Salud, dinero y amor...</i> per aquest ordre?	165
5.4.2.3. Sobre els perquès d'abstenir-se de cercar atenció	169
5.4.2.4. Aprendre a «anar al metge»	173
5.4.2.5. Maneres de fer	175
5.4.3. Discussió	182
5.4.4. Figura: Sobre l'accés i el perfil d'ús	188
5.4.5. Bibliografia	189
5.5. Sobre la interacció professional - usuari	193
5.5.1. Introducció	193
5.5.2. Resultats	195
5.5.2.1. Què és i com es crea la confiança?	195
5.5.2.2. Sobre la desconfiança	199
5.5.2.3. Sobre la satisfacció - insatisfacció	201
5.5.2.4. Sobre sentir-se discriminat	210
5.5.2.5. El prejudici: o sobre el fet de pensar l'altre sense coneixe'l	217
5.5.3. Discussió	221
5.5.4. Figures: Sobre la interacció professional - usuari	232
5.5.4.1. La confiança	232
5.5.4.2. Satisfacció - insatisfacció	233
5.5.4.3. Discriminació	234
5.5.4.4. Prejudici	235
5.5.5. Bibliografia	236
5.6. <i>Lost in translation</i> . O sobre els problemes de no entendre's	243
5.6.1. Introducció	243
5.6.2. Resultats	245
5.6.2.1. Problemes d'idioma o problemes culturals?	245
5.6.2.2. Conseqüències clíniques –i no– de no entendre's	253
5.6.2.3. Les raons: més enllà del que és obvi	259
5.6.2.4. Els desaprofitats. Mediadors... per què no?	262
5.6.2.5. I sobre les coses a fer per entendre's	266
5.6.3. Discussió	279
5.6.4. Figura: Sobre els problemes de no entendre's	292
5.6.5. Bibliografia	293
5.7. Intèrprets als serveis de salut: coses de nens?	299
5.7.1. Introducció	299
5.7.2. Resultats	300
5.7.2.1. Sobre els perquès de fer servir nens com a	

intèrprets als serveis de salut	300
5.7.2.2. I els adults... què hi diuen?	302
5.7.2.3. Jugar amb foc... o sobre els riscos de fer servir nens com a intèrprets	305
5.7.2.4. Per canviar les coses...	307
5.7.3. Discussió	308
5.7.4. Figura: Nens traductors als serveis de salut	312
5.7.5. Bibliografia	313
5.8. De la dependència a l'autonomia, o sobre què dóna poder	315
5.8.1. Introducció	315
5.8.2. Resultats	316
5.8.2.1. Sobre com esdevenir autònom(a). Ser o no ser	316
5.8.2.2. Sobre com esdevenir autònom(a). Tenir... i no tenir	318
5.8.2.3. Sobre com esdevenir autònom(a). Ser... i tenir	320
5.8.2.4. Sobre com esdevenir autònom(a). El procés	321
5.8.3. Discussió	324
5.8.4. Figura: Dependència a autonomia	328
5.8.5. Bibliografia	329
<b>6. CONCLUSIONS</b>	<b>331</b>
6.1. Sobre el perfil sociodemogràfic	332
6.2. Sobre l'estat de salut	332
6.3. Sobre el patró d'utilització dels serveis de salut	334
6.4. Sobre l'experiència de relació amb els serveis públics de salut	335
6.5. Necessitats de salut	336
6.6. Propostes de millora	339
6.7. Limitacions	346
6.8. Propostes d'investigacions futures	348
6.9. Reflexions finals	349
6.10. Figura: Conclusions	352
6.11. Bibliografia	353
<b>7. ANNEXOS</b>	<b>355</b>
Annex 1: Guió dels temes a tractar a les entrevistes segons tipologia dels informants i preguntes gatell associades	356
Annex 2: Document de consentiment informat	358
Annex 3: Recodificació de categories i variables	360
Annex 4: Recodificació d'ingressos per trams	364

Als meus parèntesis,  
perquè aquí dins sempre s'hi està bé



«I jo, quan sigui gran, què seré? Àrab, o catalana?»

(Haala, 6 anys)





# **1. INTRODUCCIÓ**

## 1. INTRODUCCIÓ

[...] Nós us hem fet pobles i tribus, diferents,  
perquè reconeguem les diferències i la igualtat  
dels uns i dels altres.  
L'Alcorà, 49:13

### 1.1. Sobre la necessitat del diàleg intercultural en temps de globalització

Els homes i dones del segle XXI vivim en societats en què les funcions bàsiques estan globalment articulades per processos que tenen la capacitat de funcionar com una unitat a escala planetària (1). És la globalització.

La globalització es manifesta mitjançant l'existència d'una economia global, la difusió gairebé instantània de la ciència, la tecnologia i el coneixement pràctic al llarg del planeta; i també per l'emergència d'una força de treball transnacional (1). Amb efectes en altres àmbits, la globalització comporta, a més, un sistema mundial de mitjans de comunicació caracteritzat per la interrelació dels processos de comunicació globals i locals, la gestió del medi ambient com una qüestió planetària que situa l'origen dels problemes mediambientals en el consum desbocat i insostenible, la consideració de la seguretat com un problema global i, finalment, la globalització dels drets humans i el sorgiment de la qüestió de la justícia social per al planeta en el seu conjunt (1). Amb tot, i sense negar la difusió planetària que la globalització està fent de la qüestió dels drets humans, hi ha autors com ara De Lucas (2) que sostenen que malgrat la universalització del tràfic de mercaderies o, millor, del flux de capital financer, encara hi ha fronteres per als drets humans. El condicionament dels drets humans de què parla De Lucas està lligat a circumstàncies com la ciutadania nacional, la supeditació al mèrit i la capacitat, o la racionalitat instrumental i econòmica; amb el resultat que, els drets humans, lluny de ser universals, «són concessions que mai no seran atribuïdes a una part de la població, bé perquè no les poden pagar, perquè no en són plenament capaços o mereixedors, o simplement perquè no són nacionals» (2).

La qüestió dels drets humans –que es reprendrà més tard– ben bé podria ser la primera nota discordant de la composició monòtona que és el món global. N'hi ha d'altres, però. Els fets demostren que coexistent amb l'impuls homogeneïtzador de la globalització hi ha la reafirmació de diferents identitats culturals, i no com una coincidència casual, sinó com a resultat d'una relació sistèmica (3). El món global, doncs, té una doble cara: és uniforme i divers alhora.

La penetració –amagada o evident– de maneres de fer i sentir cada cop més universals que és la globalització, pot derivar en dues actituds ben diferents (3, 4). D'una banda, el desig d'apuntar-se a una cultura universal lligada a l'espècie humana tot prescindint de particularismes. De l'altra, la resistència a aquest impuls homogeneïtzador tot reafirmant-se en l'especificitat identitària. En el primer cas, les identitats generen desconfiança i són vistes com

un discurs perillós, probablement fonamentalista i, per descomptat, inferior a l'alternativa universalista que es vol entendre com el resultat de la necessària confluència de l'essència humana. En el segon, la modernitat que proposa la globalització –per l'empenta homogeneïtzadora que du– arrossega algunes cultures a la marginalitat i revifa antics greuges mal resolts que, inexorablement, estableixen lligams entre el model cultural en expansió i la mà de l'agressor. Com conciliar aquestes dues forces que sovint amenacen d'esquinçar la convivència? Si es parteix de la base que la globalització no és una idea, sinó una realitat objectiva, una cosa és ben segura: cal conciliar-les! No provar-ho, i no sortir-se'n, voldria dir condemnar la humanitat a l'estat de permanent conflicte.

No cal dir que les dues posicions presentades –l'universalisme de valors i els valors identitaris– poden ser igualment perilloses per a la convivència. L'universalisme de valors, sota la cara amable de l'impuls civilitzador, pot amagar la temptació de convertir en universal allò que mai no ha deixat de ser particular per molt que compti amb poderosos instruments de difusió; o, encara pitjor, pot provar d'imposar-se per força (5, 6). En canvi, si el que hi ha és una identitat ferida que sent que només pot afirmar-se si ho fa en contra de l'altre i no amb les altres cultures amb què ha de compartir un espai i un temps comuns, aleshores el que tenim és una identitat de resistència incapaç de sortir de l'assetjament –real o sentit, tant és–, que pot derivar en fonamentalisme identitari –en paraules de Castells– (3), o tal com ho diria Maalouf, en una identitat assassina, intransigent, autoritària, sempre a la defensiva, sempre disposada a fer-se valer amb les armes (4).

Un cop previnguts contra el perill dels extrems, convé reprendre les preguntes ja fetes i, tal vegada, fer-se'n de noves. Posats a desgranar les raons que mouen al diàleg intercultural i al respecte de les identitats hi ha la consideració de la pluralitat cultural com un valor a protegir. Més enllà de la retòrica de les paraules, però, hi ha el sentit que la identitat dóna a l'existència dels grups i les persones en un moment en què, més que mai, l'estat nació, ara agent de globalització, és incapaç d'aglutinar els ciutadans entorn d'una pertinença cultural comuna. En un moment en què, més que mai, les persones es veuen abocades al desarrelament que comporta un procés migratori forçat. Per als recelosos de la diversitat cultural, Kymlicka afirma que «el respecte als drets de les minories pot ampliar la llibertat dels individus, ja que la llibertat va íntimament lligada a la cultura i, alhora en depèn», ara bé –puntualitza Kymlicka– cal que les persones puguin –si ho volen–, posar en dubte i revisar certs valors i determinades creences. Distanciar-se'n a fi d'avaluar-los. I no n'hi ha prou amb oferir-ne el dret jurídic, s'han de donar, també, les condicions socials que afavoreixin aquesta capacitat; en definitiva, s'ha de poder mantenir, lliurement, una posició crítica sobre els propis pressupòsits culturals (7). Hi ha, encara, altres raons. La consideració mútua en les interaccions entre cultures hauria d'ajudar a conciliar les diferents maneres de veure i viure el món, potser entossudides unes en el victimisme, i les altres en el deure de salvació; i no cal dir que totes dues, errades en els seus plantejaments tan absoluts.

Ja d'acord en la necessitat del diàleg intercultural, s'obre el nou interrogant del *com*. Com fer per desplegar sense coacció el lligam del diàleg enmig de la feblesa que comporta la necessitat? Com fer-ho quan l'asimetria del poder, més que una conversa entre iguals, el que propicia és un discurs a una sola veu? Com fer-ho quan les persones sovint identifiquem allò que ens és conegut amb allò que, per força, ha de ser natural? Certament, no hi ha receptes miraculoses que assegurin l'èxit del diàleg. Es podria dir, sense anar gaire errats, que el diàleg es fa fent-se, i que no es pot menystenir cap iniciativa si és feta amb voluntat d'entendre's. Ara bé, sí que hi ha determinades condicions que de donar-se actuen de substrat favorable perquè el diàleg s'afermi. De primer, el que cal és fer-se conscient de la pròpia adscripció cultural i de la seva fragilitat, que no és més que reconèixer l'origen cultural –que no natural– de les nostres –les de cadascú que hi entri a reflexionar– concepcions sobre la vida i el món (8). Prevenició, aquesta, que ens obliga a estendre una mirada crítica sobre la inèrcia cultural que ens arrossega a fer i sentir d'una determinada manera; com també ens obliga a rebre sense prejudicis sentiments, pensaments i accions fins ara desconeguts; tot plegat per entendre l'estranyesa que provoquem amb la nostra manera de fer: la mateixa que sentim quan allò que veiem és nou als nostres ulls!

Per bé que la predisposició de les persones a l'empatia cultural i el pensament crític són essencials, no són suficients. Si situem la nostra reflexió en context migratori, convé plantejar-se quina és l'essència de la identitat aplicable en aquesta circumstància. Una concepció identitària exclusiva obliga a triar. I la tria per força escindeix l'ànima d'aquell que necessàriament ha de viure entre dos mons, el món que acaba de deixar i el món que espera que l'aculli. L'ànima escindida del migrant ho és perquè, sota aquesta concepció hermètica i pura de la identitat, se sent empesa a trair-se o a negar l'altre, sense que sigui possible conciliar diferents realitats en una mateixa persona. Ara que... si molt convé, podrem distanciar-nos d'aquesta circumstància i pensar, erròniament, que no va amb nosaltres, perquè ni som migrants ni pensem ser-ne... Podríem fer-ho si no fos que aquesta disjuntiva afecta també l'home contemporani, l'home sotmès a múltiples influxos, l'home immers en un món canviant, l'home compromès amb la realitat dels altres homes. Altre cop, l'impuls de les pertinences múltiples ensopega amb la vivència identitària única i s'atreveix a pertorbar la plàcida existència de l'home que té de tot. I l'obliga a prendre partit i a preguntar-se sobre qui és i a quins mons pertany. Com fer, doncs, per triar amb encert quan, tant se val què decidim, sempre hi hem de perdre. La resposta és ben senzilla: no triar! En aquest punt culmina l'argumentació d'Amin Maalouf (4) en favor de les pertinences múltiples. El món global, potser també la Mediterrània actual –diu– demanen una nova concepció de la identitat que permeti assumir les múltiples pertinences de l'home contemporani (9). Una nova concepció que s'aprofiti de l'impuls de la mundialització que, si bé ressalta les nostres diferències, també ens fa conscients del destí comú de la humanitat. De manera que aquest destí, implacablement dual, divers i universal alhora, ens condueixi a una nova manera de donar sentit a l'existència humana. Una nova concepció de la identitat on coexisteixin les pertinences dels individus i els col·lectius amb una pertinença humana compartida com a identitat principal. Dit així sembla perfecte, però és cert

que el concepte amaga una dificultat inherent –potser un parany–, la de construir amb encert i sense ferides aquesta pertinença superior lligada al destí de tots els homes. Com fer per harmonitzar aquestes tendències aparentment contradictòries, la diversa i la universal, sense caure en l'hegemonia o el despit? Heus aquí el repte!

Reciprocitat. Reciprocitat com a principi clau que regeixi les relacions entre les cultures (4, 10-12). Reciprocitat de tracte i de condicions. Reciprocitat perquè el respecte sentit ens obri al coneixement de l'altre. Perquè ningú no es vegi obligat a dissimular vergonyosament la seva identitat. Perquè ofereixi allò que sé i faig meua la donació de l'altre. Perquè en mi, o en l'altre que també sóc, sempre puc seguir el fil de pertinença que em lliga al món. Reciprocitat per acceptar la crítica talment com m'atreveixo a exercir-la. Reciprocitat... i raó! Perquè la pertinença també es construeix des de la reflexió, l'acord i el diàleg (13). Perquè la pertinença inclusiva, que ha de ser acordada, és més racional que visceral, més de la voluntat que no pas dels sentiments.

La raó, per construir la crítica i l'autocrítica des de la reflexió i no des del rampell. Per decidir les meves fidelitats. Per acordar sense coacció allò que és comú i necessari per a tots, i per fer que la dignitat –que és de tots– i la memòria específica –la de cadascú– se sostinguin amb valors comuns.

Si el paper atorgat a la reciprocitat ja és difícil, més ho ha de ser encara el de la raó. En quins valors comuns s'han de recolzar el divers i l'universal? Quin ha de ser el límit en la protecció de la diversitat sense caure en els extrems de l'assimilació o el relativisme cultural? Com fer per poder viure junts sense necessitat de ser iguals? A priori, sembla acceptable que aquest marc regulador que ha de donar cabuda a allò essencialment humà, capaç de lligar la diferència de les formes amb la subtileza del fons compartit, ha de ser el dels drets humans; sempre que siguem capaços de reconèixer-los com el producte de la consciència històrica de la justícia, sempre que n'admetem la contribució diversa i sempre que acceptem de seguir-los repensant (14); perquè els drets humans no han existit sempre, ni són patrimoni exclusiu de cap cultura, ni tampoc immutables, i perquè, al capdavall, som els humans qui fem –i refem– les cultures.

## **1.2. Sobre la necessitat del diàleg intercultural en salut en temps de globalització**

Si tal com ja s'ha dit la identitat forneix de sentit la vida de les persones, el respecte cultural ajuda a mantenir la dignitat dels grups i els individus que els integren. És des d'aquesta consideració que l'exigència d'assimilació es fa èticament inadmissible per la imposició d'una manera de fer que, sense més arguments que el poder o una pretesa superioritat, esborra tot d'una allò que les persones i els col·lectius han arribat a ser en la seva manera d'encarar-se amb la vida. Com tampoc n'és, d'admissible, el relativisme cultural sense límits que en nom del respecte a la tradició específica arriba a legitimar l'agressió a les persones i els seus drets (15).

Tot fugint d'argumentacions filosòfiques, si es mira la relació entre cultures amb el pragmatisme que caracteritza el camp de la salut, és fàcil entendre que el reconeixement de l'altre sense exigències absurdes més lligades al prejudici que no pas a l'evidència, millora les experiències de convivència entre professionals i usuaris perquè afavoreix la lliure expressió i el coneixement recíproc –al capdavant, la millor recepta contra la prevenció irracional que sovint ens provoca allò que no coneixem (11)–. Pot passar, però, que en un esforç de convivència, sovint partint d'una posició de necessitat, es reprimeixin –per imposició, per pragmatisme o fins i tot per convicció– els ornaments externs de les cultures, les pràctiques concretes referides als diferents àmbits de la realitat; però ja és més difícil operar aquest canvi en la profunditat dels valors, els significats o les creences, sovint situats més enllà de la consciència reflexiva; perquè no és una transformació que es pugui autoimposar fàcilment des del coneixement o la voluntat (16). Essent que l'experiència personal i comunitària de la salut, la malaltia i el sofriment, connecta en un primer impuls amb el vessant inconscient de les persones i els col·lectius, i que no sempre s'és capaç d'elaborar respostes racionals a la situació (17-20), la dificultat per renunciar a les conviccions més íntimes sobre la salut fa encara més necessari el diàleg intercultural en aquest camp, en tant que el malentès afegeix sofriment al que ja pateix i entrebanca a la interacció entre l'usuari i el professional, més encara si es dona una renúncia externa que genera el miratge d'una proximitat inexistente, que, de fet, ho és només en les formes, però no en el fons dels significats de la salut, que no depenen només de la voluntat.

La diversitat cultural és l'expressió de la creativitat humana, són maneres diferents de trobar solucions als desafiaments de la vida, són maneres diferents d'arribar a ser persona, comunitat i transcendència (10, 21). La defensa sincera de la diversitat cultural no pot ser mai un acte de tolerància cap a la diferència –que porta implícita la idea de superioritat–, ans al contrari ha de ser un acte de reconeixement de la realitat plena que és l'altre, amb les seves contradiccions i també amb el seu saber. I no n'hi ha prou que el reconeixement s'expressi amb un acte neutre de simple coexistència sense contacte, limitat a constatar la diferència i sense possibilitat de canvi perquè no hi ha intercanvi. L'intercanvi, de fet, hauria de ser la unitat elemental del contacte intercultural, la que ha de permetre bastir la convivència i treure'n profit (8, 21, 22). Un profit que s'expressa simbòlicament i material. Simbòlicament perquè objectiva en fets concrets la dignitat i el reconeixement de l'altre. Materialment perquè, en aprofitar totes les savieses disponibles en el maneig dels efectes secundaris de la vida –la malaltia entre ells–, per força s'esdevé una millora de la salut i el benestar.

Les relacions entre cultures i el tracte entre persones s'han de donar –ja ho hem dit– en condicions d'igualtat i justícia. En temps de globalització, amb el capital circulant lliurement i els drets humans en retrocés, el tractament de la multiculturalitat demana una nova perspectiva. Perquè, per bé que la globalització intensifica i estén la penetració d'un model cultural dominant –l'occidental– també permet la promoció de models culturals alternatius, tot generant-se una situació d'oferta cultural diversa i contacte intercultural mantingut que fa de la cultura, ara més que mai, una entitat canviant i heterogènia bastida a partir de la dialèctica entre persones i

grups immersos en un espai, un temps i una circumstància específiques. Una circumstància que fa que les persones, ara més que mai, construeixin la seva identitat a partir de múltiples influències encaixades en una realitat única, la de la persona que, sense trair-se, és i se sent moltes coses alhora. Una circumstància que, en participar de l'engranatge de l'economia global, limita l'accés de les persones al benefici dels drets humans sense qüestionar-se les responsabilitats en la creació d'aquesta dissort. Així les coses, convé mirar-se la diversitat cultural des d'una perspectiva que deixi enrere la consideració essencialista de les cultures per endinsar-se en la responsabilitat social i la reparació dels greuges.

Aplicada a la salut, aquesta nova manera de mirar-se el fet multicultural, obliga a reflexionar sobre l'exercici del poder en la gestió de la salut, a reconèixer el prejudici cap a la diferència, a donar veu als que fins ara no l'han tinguda, a acceptar que la diversitat s'expressa de maneres diverses, i a admetre la utilització perversa de la cultura com a disfressa de la desigualtat. Aplicada a la salut, aquesta nova manera de mirar-se el fet multicultural, obliga a fer un pas més, perquè el diàleg intercultural, més enllà de les idees que el sustenten, està fet de gestos concrets; i no s'hi val a quedar-se en la grandiloqüència de les idees sense avançar en la realitat del dia a dia, això vol dir passar de les paraules als fets. Això vol dir anar més enllà de la superficialitat de l'estètica per endinsar-se en la profunditat de l'ètica i, encara més, de la política.

### **1.3. Marc teòric, o sobre la millor manera d'abordar el diàleg intercultural en salut en temps de globalització**

#### **1.3.1. De la competència cultural a la seguretat cultural**

¿Se puede dividir la realidad humana, como de hecho la realidad humana parece estar auténticamente dividida, en culturas, historias, tradiciones, sociedades e incluso razas claramente diferentes entre sí y continuar viviendo asumiendo humanamente las consecuencias?

Edward Said (23)

Fins ara, el concepte més utilitzat en l'aplicació de la interculturalitat a la pràctica de l'atenció a la salut ha estat el de competència cultural. El comitè d'experts en competència cultural de l'American Academy of Nursing (24) (AAN) el defineix com:

Tenir el coneixement, la comprensió i les habilitats sobre diversitat cultural que permeten al professional de la salut oferir unes cures de salut culturalment acceptables. La competència cultural és un procés continu que comporta acceptar i respectar les diferències sense deixar que les pròpies assumpcions tinguin una influència indeguda en aquells que tinguin una cosmovisió diferent de la nostra. La competència cultural requereix tenir de la cultura, tant coneixements generals com específicament referits a la salut, de manera que permetin al professional interrogar sobre els aspectes necessaris.

El mateix organisme (24) defineix cultura com:



[...] aquell comportament adquirit, après i modelat al llarg del temps que inclou creences explícites i implícites, actituds, valors, costums, normes, tabús, arts, hàbits i maneres de vida acceptades per una comunitat d'individus. La cultura s'aprèn i es transmet primàriament a l'interior de la família i altres organitzacions socials, és compartida per la majoria del grup, inclou la pròpia manera de veure el món, els esquemes de decisió i facilita l'autoestima.

El document elaborat pel comitè d'experts subscriu les conclusions d'alguns estudis que reconeixen l'existència de desigualtats en salut que afecten poblacions ètnicament diverses i admet la possibilitat que diferències en l'estat de salut de les poblacions estiguin causades per iniquitats en l'atenció sanitària; accepta, fins i tot, que malgrat la millora en l'accés a la salut experimentada per algunes minories ètniques, l'atenció rebuda difereix de la que rep la població blanca no hispana, tot mostrant, finalment, pitjors resultats de salut que el grup majoritari. El fet no és vist com a nou, sinó que s'accepta que les iniquitats s'han donat àmpliament al llarg de la història i segueixen passant avui dia. El sistema de salut, els professionals, els malalts, l'estereotip, el prejudici, el desconeixement, la visió parcial dels fets i determinades polítiques de salut en són –subscriu l'informe– responsables.

Amb tot, la definició de competència cultural emesa per l'AAN es queda en un nivell molt superficial d'anàlisi de les interaccions entre grups humans, tot reduint-la a una qüestió d'especificitats culturals coexistents, però de dubtosa interacció. Tampoc aclareix què entén per «influència indeguda» del dispensador de cures de salut en l'expressió de la diversitat cultural. Aquesta manca de precisió permet entreveure la convicció de superioritat cultural que pot deixar-se de banda en qüestions menors –les d'influència indeguda, potser?– però que cal recuperar en altres circumstàncies en què la superioritat inqüestionada del model dominant ho fa aconsellable, a més de donar per fet un determinat model cultural en la dispensació de cures de salut.

Les estratègies de respecte cultural es basen únicament en iniciatives de coneixement i comprensió de l'altre, també en la capacitació pràctica del maneig de la diferència –per descomptat organitzada segons criteris ètnics–, sense que se'n desprengui la voluntat de valoració i reconeixement del saber aliè ni tampoc la superació de l'etnicitat en la definició cultural.

Les intervencions de lluita contra les iniquitats en salut que proposen semblen menystenir la capacitat de les persones i els grups per apoderar-se del seu destí i són –si més no– paternalistes com, de fet, ho és la proposta d'advocar per aquells grups vulnerables que no poden fer-ho per ells mateixos, sense contemplar l'autogestió i la capacitació com a eines de dignificació de les persones i millora de la salut.

La definició de cultura dóna idea d'un producte acabat, total i cohesionat a l'interior del grup. Sembla ignorar les dinàmiques culturals generades per la globalització i el món contemporani que fan persones amb dimensions culturals diverses, que creen grups heterogenis de difícil

essencialització i que sotmeten les cultures a un procés de formació i reformació constant en un espai simbòlic de dialèctica intercultural. A la pràctica, les recomanacions del comitè es conformen amb la sensibilitat cultural –potser li escauria millor dir-ne ètnica– dels treballadors i les institucions de salut sense revisar els mecanismes implicats en la construcció històrica de l'altre, ni aprofundir en la manera com les institucions i els professionals de salut reproduïen esquemes de relació jeràrquics i unidireccionals en relacionar-se amb poblacions diverses; i insisteixen en la construcció d'una imatge simplista i esbiaixada de l'altre que, de fet, evidencia l'escassa voluntat transformadora de la societat, perquè la reducció de la cultura a un component ètnic i la preeminència de la cultura en l'articulació de l'atenció a la salut contribueix, segons Gustafson (25) a diluir la importància dels contextos socials i polítics subjacents a la conceptualització de la cultura.

El text, malalt d'un cert etnocentrisme disfressat de tolerància, no té la disculpa del temps en què ha estat escrit –l'any 2007–, ja que força anys abans han aparegut nous corrents en el tractament de la diversitat amb un enfocament ben diferent. M'estic referint al concepte *Seguretat Cultural* encunyat a la dècada dels noranta per les infermeres maoris de Nova Zelanda amb l'objectiu d'incorporar la visió del seu poble a la pràctica de la salut del moment. El nou concepte, teoritzat inicialment per Irihapeti Ramsden l'any 1991, fou subscrit i desenvolupat ben aviat pel consell d'infermeria de Nova Zelanda (26). Aquesta nova idea sobre les cures de salut a la diversitat incorpora elements inèdits que la fan especialment útil en el context globalitzat dels nostres dies. Per començar, la definició de diversitat cultural va més enllà de l'estricta referència a l'etnicitat i s'estén també a la diversitat expressada en diferències socials, religioses o espirituals, de gènere, d'edat o generació, d'orientació sexual, d'experiència migratòria, etc. La pràctica de la seguretat cultural comença amb un procés de reflexió crítica sobre la pròpia identitat, sobre com influeix el desenvolupament de la pràctica assistencial i sobre l'impacte que té en el benestar de les persones cuidades i dels grups, menystenint-los, denigrant-los o negant-los capacitats i autonomia. Es pregunta sobre els efectes de la història, les condicions socials i la política en la salut de les persones, i prova de contribuir a millorar-ne els indicadors de salut. Finalment, es preocupa per desenvolupar entre cuidadors i cuidats una relació que generi, en tots dos, confiança i respecte. Per entendre millor l'abast i la natura del concepte, convé afegir a aquesta declaració de principis un llistat d'intencions específiques:

- Identificar i analitzar les relacions de poder entre proveïdors i usuaris dels serveis de salut
- Capacitar els usuaris per expressar la seva percepció del risc i la seguretat
- Preparar el cuidador per entendre la diversitat
- Aplicar conceptes de la ciència social per relacionar-se i respondre de manera efectiva a les persones amb necessitats diverses, segons allò que els usuaris defineixen com a adequat

- Reconèixer les iniquitats en les interaccions de salut com el reflex de les iniquitats que s'han donat al llarg de la història
  - Preguntar-se per la influència de la història, la política, la situació social i laboral, l'habitatge, l'educació, el gènere i l'experiència personal sobre els usuaris dels serveis de salut
  - Acceptar i legitimar la diferència i la diversitat en els comportaments humans i l'estructura social
  - Admetre que les actituds, creences, polítiques i pràctiques dels serveis socials i de salut poden actuar com a obstacles a l'accés
  - Interessar-se per la millora del servei i pels drets de l'usuari
  - Entendre l'impacte del cuidador com a portador d'una cultura, una història, unes actituds i unes experiències de vida pròpies i la resposta que aquests factors generen en l'altre
  - Equilibrar les relacions de poder a la pràctica, de manera que tots els usuaris rebin un servei eficaç
  - Preparar els professionals per resoldre el conflicte entre les seves cultures i les de l'usuari
- i
- Entendre que cal examinar, negociar i canviar l'asimetria en les relacions de poder per tal de fer de l'atenció a la salut un servei just, eficaç, eficient i adequat que minimitzi el risc de les persones que, altrament, en podrien ser excloses.

### 1.3.2. La perspectiva crítica postcolonial-feminista

El concepte *Seguretat Cultural* no està exempt de desacord i polèmica. De primer, se l'acusa de ser un concepte de difícil comprensió i, de fet, poc entès i poc difós fora del seu nucli originari. També són objecte de controvèrsia les poques investigacions crítiques que en qüestionen la utilitat, la proposta d'un model bicultural –concebut inicialment per guiar les relacions entre infermeres i pobladors autòctons de l'illa– en un context de provada multiculturalitat, la sospita dels possibles efectes negatius que l'aplicació del model pot tenir sobre la salut dels migrants no maoris; i el risc no descartat d'essencialitzar els usuaris indígenes i d'homogeneïtzar la resta de grups culturals (27).

Pensat des d'una lògica clarament bicultural, diversos autors s'han plantejat la legitimitat de traslladar-lo a altres entorns de diversitat cultural no estrictament binaris. Kirkham *et al.* (28) troben en el poblament europeu del Canadà que va desposseir els indígenes de la terra i els va

situar en una posició subordinada, i en el tracte desfavorable als altres pobles que hi han anat arribant més tard, el relat d'uns fets que permeten pensar el Canadà actual com un context multicultural amb una història colonial. La pregunta que es fan les investigadores canadenques (28, 29) és si seria correcte aplicar el nou concepte, pensat des d'un biculturalisme estricte, a la realitat multicultural del país. L'argumentació que defensa la translació del concepte a les societats multiculturals actuals, parteix de la seguretat cultural i es recolza en la teoria crítica postcolonial. La seguretat cultural –tal com ja s'ha dit– proposa una nova manera d'ocupar-se de la diversitat en l'àmbit de la salut. Mentre que les teories dites culturalistes, tot i acostar-se amb respecte a la diversitat cultural, es preocupen únicament de la recreació etnogràfica del catàleg d'especificitats culturals per copsar-les i atènyer-s'hi amb poques aspiracions de canvi social, la seguretat cultural va més enllà i proposa als professionals una reflexió sobre la pròpia història personal i cultural, sobre les creences i valors que aporten en la seva interacció amb els pacients, sobre els desequilibris en les relacions que estableixen amb els usuaris i sobre les múltiples dimensions amb què s'expressa la diversitat. En definitiva, es tracta de dotar d'autocrítica la relació del professional amb els que no són com ell, d'acceptar les diferents maneres com la diversitat es mostra al món global, i de tractar totes les persones com a importants, més que no pas donar importància a allò que diuen o fan les persones. Per la seva banda, la teoria postcolonial incita a l'anàlisi crítica de l'experiència colonial i prova de demostrar com les idees de raça, racialització i cultura han estat construïdes en determinats contextos històrics i de colonització per servir els interessos del poder (30, 31). Aquesta és, de fet, la idea que Said intenta demostrar al llarg de la seva obra *Orientalisme* (23) –text considerat fundacional del postcolonialisme–, la idea d'un coneixement interessat de l'*altre*. Un coneixement que de cap manera és objectiu, ni neutre ni crític, generat des d'una posició de poder i orientat clarament a la confirmació del prejudici i a la dominació de l'*altre*:

Además, he intentado plantear una serie de preguntas siempre relevantes cuando se trata de la experiencia humana: ¿Cómo se representan otras culturas? ¿Qué es otra cultura?, el concepto de una cultura distinta (raza, religión o civilización). ¿Es útil o siempre implica una autosatisfacción (cuando se habla de la propia cultura) o una hostilidad y una agresividad (cuando se trata de la «otra»)? ¿Qué cuenta más, las diferencias culturales, religiosas y raciales o las categorías socioeconómicas y político-históricas? ¿Cómo adquieren las ideas autoridad, «normalidad» e incluso la categoría de verdades «naturales»? ¿Cuál es el papel del intelectual? ¿será el de dar validez a la cultura y al Estado del que forma parte? ¿Qué importancia debe él dar a una conciencia crítica e independiente, a una conciencia de oposición? (23)

Kirkham i Anderson (32) aprofiten, del concepte Seguretat Cultural, l'empenta per analitzar les relacions de poder en l'atenció a la salut, i els processos històrics i socials que les organitzen. De la teoria postcolonial es queden amb l'exhortació a rebatre els mecanismes tradicionals de construcció i racialització de l'*altre* a partir d'un únic discurs, extern i parcial, el del poder; per obrir la porta a noves maneres de pensar i teoritzar la realitat a partir de la veu dels grups més desfavorits de les societats pluralistes occidentals. Tot plegat, per concloure que l'emergència de noves formes de dominació a les societats contemporànies requereix del discurs crític de la seguretat cultural que obliga a preguntar-se per quines són, en aquest context, les

vulnerabilitats humanes, tot exhortant, al mateix temps, a recórrer a la humanitat comuna per superar-les (30, 31). Això sí, la translació del concepte a les societats multiculturals contemporànies requereix la veu crítica de l'aportació postcolonial per la voluntat que té de situar en la història i les actuals condicions polítiques, socials i econòmiques, l'origen de la desigualtat associada a la diversitat cultural (33).

Per entendre l'abast de la lent postcolonial en examinar els fenòmens lligats a la salut en un context multicultural, convé saber-ne més coses. La teoria postcolonial refusa la ciència occidental com a única font de generació de coneixement, i proclama les iniquitats en salut relacionades amb el gènere, la raça i la classe social com a resultat de processos de colonització i neocolonització (34, 35). La teoria postcolonial no es pot circumscriure a un espai i un temps concrets perquè està compromesa amb l'estudi del colonialisme i els seus efectes, passats i presents, locals i globals (31). Però, i a fi d'estirar més encara l'abast de la perspectiva postcolonial, convé preguntar-se pels lligams –si és que n'hi ha– que s'estableixen entre les seqüeles del colonialisme i la realitat de la globalització. És a dir, de quina manera es pot legitimar el marc teòric postcolonial en la realitat global del segle XXI? És a través del fil de la pobresa i la desigualtat que la globalització econòmica genera en alguns casos (36, 37), que s'estableix el lligam entre la perspectiva crítica postcolonial i la globalització. De fet, alguns autors veuen en la globalització una nova forma d'imperialisme (37, 38). Un imperialisme que, per insidiós, és encara més perillós. Un engany, el del colonialisme global, que en diluir les fonts de dominació en l'univers financer dificulta la identificació concreta del poder colonitzador, alhora que dispersa pertot –també per les societats del primer món– el subjecte colonitzat. És a dir, utilitza les estratègies d'ocultació del poder i fragmentació de l'impacte per introduir-se subtilment en la vida de les persones i els pobles. Segons Coronil (37):

Desde la conquista de las Américas, los proyectos de cristianización, civilización, modernización y el desarrollo han configurado las relaciones entre Europa y sus colonias en términos de una oposición nítida entre un Occidente superior y sus otros inferiores. En contraste, la globalización neoliberal evoca la imagen de un proceso no diferenciado, sin agentes geopolíticos claramente demarcados o poblaciones definidas como subordinadas por su ubicación geográfica o su posición cultural.

És més –segueix l'autor–, l'estratègia de dominació amagada darrere el possibilisme del mercat, alimenta el miratge d'una acció humana lliure i fa que resultats com la marginació, l'atur i la pobresa s'interpretin en clau individual o col·lectiva, en lloc de ser vistos com a conseqüència de la violència estructural; alhora, provoca l'emergència d'una nova configuració de l'alteritat, més lligada ara a la condició de subaltern que a la diferència (37, 39). Una altra mena de diversitat entreteixida, ara, per una articulació complexa de fonts d'identificació com són la religió, la territorialitat, la raça, la classe, l'etnicitat, el gènere i la nacionalitat –entre d'altres–, informades pels discursos que la cara amable de la globalització s'encarrega d'escampar arreu: els drets humans, lleis internacionals, ecologia, feminisme, drets culturals i altres mitjans de fer respectar les diferències en igualtat de condicions (3, 4, 30).

En aquesta conjuntura, ja no sempre serveixen les dicotomies entre colonitzador i colonitzat per il·lustrar les relacions de poder i les experiències de vida en contextos colonials. Avui, per entendre millor la natura de les opressions específiques en llocs concrets, cal fixar-se en les actuals formes d'opressió.

La colonització contemporània desdibuixa la dominació i li dona una aparença innocent feta de greuges diversos de difícil atribució sempre interaccionant, de manera que no se'n poden destriar les causes. Anderson ho explica molt bé en interpretar la intersecció de dues opressions, el gènere i l'etnicitat, com a resultat de la distribució del poder en l'estructura social. En el cas de les dones de color –segueix l'autora– les relacions de gènere no es poden separar dels processos de racialització, les relacions de classe, l'organització del mercat laboral o altres relacions socials que estructurin la vida de les persones (30).

Si el postcolonialisme ja aportava una veu crítica en pensar les relacions interculturals en l'entorn globalitzat, ara cal afegir-hi la visió feminista postcolonial. L'aportació del feminisme postcolonial continua rebel·lant-se contra la generació d'un coneixement parcial i esbiaixat, i hi afageix, a més, la preocupació per les interaccions entre el gènere i altres formes d'opressió. L'òptica feminista dona veu a la culminació de les opressions, perquè si hi ha alguna cosa pitjor que ser pobre, estranger i diferent, aquesta és ser, a més, dona. Compte, però, perquè l'òptica feminista no es pot pensar deslligada de la postcolonial –és per això que parlem de feminisme postcolonial–. La perspectiva de gènere en l'estudi i la pràctica de la interculturalitat aplicada a la salut sense l'aportació postcolonial, ens ofereix una visió esbiaixada de la realitat i restringeix el discurs de la dona a un únic discurs d'entre tots els possibles, el del feminisme occidental. Un discurs que, no tant per feminista com per occidental, tendeix a ofegar les altres veus i proclamar la seva veritat com a única. Ho explica molt bé Jabardo (40) quan parla d'un discurs hegemònic que en nom de les dones –les àrabs sobretot– n'expropia la veu per ressaltar-ne determinats tipus de pràctiques que les presenten com a dependents i submises, i, amb aquests ingredients, enfilar un raonament que acaba justificant la situació de desigualtat que pateix el grup. I és que, en presentar-se el feminisme «blanc» com a universal, n'acaba expulsant totes les dones que són diferents. De fet –diu– no és estrany veure com hi ha qui defensa els drets individuals de les dones malgrat elles mateixes: «Parlant per elles, ocupant el seu espai. Tutelant-les. Infantilitzant-les. Minoritzant-les» (40). Vet aquí la raó de ser del feminisme postcolonial! I és que aquesta nova manera de pensar el gènere, no focalitza, només, en el patriarcat com a font d'opressió, sinó que també es pregunta per la manera com els contextos històrics, polítics, culturals i econòmics s'hi entrelliguen –al patriarcal– i actuen simultàniament per donar lloc a noves i complexes formes de domini (31).

Així doncs, el discurs postcolonial, amb el contrapunt feminista, contribueix a bastir un coneixement doblement alternatiu, que ho és per donar veu als que fins ara no han estat preguntats, i d'entre ells, també a les dones, sovint resignades a sentir que algú altre –home o dona, occidental o no– parla per elles, però no només, perquè en un món d'entrecruaments, el

feminisme postcolonial enceta una nova mirada on la classe social, la raça i la nacionalitat són, a la vida de les dones –a la vida de les persones– d'arreu del món, tan importants com el gènere (41)

Dit això, i per concloure, convé reprendre i resumir l'argumentació encetada sobre la utilitat del concepte Seguretat Cultural i la conveniència de contemplar les relacions interculturals en l'àmbit de la salut al segle XXI des de la perspectiva teòrica postcolonial i, ara també, feminista, amb el benentès que l'elecció d'un acostament teòric influeix en la conceptualització de les cures de salut, tant pel que fa a la recerca com a la pràctica.

Si es considera que la seguretat cultural, malgrat haver estat pensada des del biculturalisme, sorgeix per guiar la pràctica de les interaccions culturals en salut tot reconeixent el saber de les cultures minoritàries i minoritzades, rescabulant-les dels greuges si han estat menystingudes i capacitant-les per protegir-se'n, es pot considerar la seguretat cultural com un model útil per orientar l'atenció a la salut en els contextos multiculturals contemporanis.

Si s'admet la responsabilitat de la globalització en la generació d'una tipologia identitària feta de pertinences múltiples, si s'accepta la globalització com una nova mena de colonialisme –pel domini econòmic i cultural que exerceix sobre les persones–, i es reconeix que l'opressió al segle XXI respon a la confluència de diferents eixos de discriminació, es pot dir que la perspectiva postcolonial i feminista és adequada per pensar el diàleg intercultural en salut al segle XXI (28-30, 32, 41). I ho és perquè el sofriment i la salut estan profundament encastats en el context històric, polític i social (41). Al llarg de la història, la construcció social de les categories mitjançant les quals s'ha definit l'alteritat ha situat les persones en diferents posicions socials amb enormes conseqüències per a les seves vides com ara l'accés o la limitació dels recursos. Ni la raça, ni la cultura, ni la nacionalitat han estat construccions socials neutres ni benignes. És més, han conformat, de moltes maneres, les desigualtats econòmiques i altres circumstàncies de la vida que tenen un poderós efecte en la salut, la malaltia, la curació i el benestar. Així les coses, el feminisme postcolonial ofereix una nova manera de mirar la diversitat cultural, entesa, ara, com el resultat de l'acció de la política i la història sobre les persones, més que no pas com una condició heretada i immutable. Segons Racine (35), la perspectiva postcolonial feminista proposa encarar les desigualtats de salut causades per estructures de poder asimètriques, canviar les regles que fan callar els que són culturalment diferents i desenvolupar un coneixement transformatiu dirigit a assolir la justícia social, tot corregint les desigualtats socials sorgides de la diferència.

Hi ha, encara, més raons que donen arguments per pensar la salut i la interculturalitat al segle XXI des de l'òptica postcolonial i feminista. Si fins ara la globalització se'ns girava d'esquena per conspirar contra els drets dels més desfavorits, no seria just obviar la contribució de la globalització a la difusió de la idea dels drets humans i altres missatges alternatius com és ara el discurs postcolonial. Un discurs especialment útil per a la ciència infermera, per la

preocupació que demostra envers la deshumanització i el sofriment humà al llarg de la història i per l'aportació d'arguments que ens ajuden a entendre les desigualtats en salut (41).

#### 1.4. Estat de la qüestió i justificació

Encara ara, en el nostre medi, l'estudi de la interculturalitat i la salut es fa des de la consideració que la pertinença cultural és única i està essencialment lligada a l'origen. Entén la cultura com un ens estable que pot ser sotmès a fenòmens de translació com ara les migracions sense que se n'afecti gaire l'essència, sovint ignora –o defuig– les dinàmiques de relació intercultural i quan les contempla acostuma a fer-ho des d'una posició jeràrquica, etnocèntrica i, en certa manera, paternalista, en què els fluxos de civilitat i coneixement es donen en un sol sentit, tot ignorant el guany que per a les parts en interacció comporta l'intercanvi de sabers.

En aquest camp trobem treballs que van des de petits catàlegs d'especificitats de multitud de col·lectius –pensats per ser funcionals en l'entorn sanitari– (42) a etnografies i altres documents força elaborats sobre el comportament de determinats grups ètnics pel que fa a la salut (43, 44). També hi ha reflexions de caire més general sobre l'ètica de l'abordatge de la multiculturalitat en salut, aplicables per igual a tots els col·lectius (45).

Si el que preocupa són els efectes de la immigració en el sistema sanitari i la salut de les persones, el que hi ha són treballs que tracten d'ajudar els professionals a encarar les noves realitats sanitàries generades pel gran volum de persones novingudes d'orígens diversos. Així, doncs, trobem protocols d'atenció a determinats col·lectius o a patologies emergents relacionades amb la immigració (46, 47), i també reflexions per orientar les polítiques d'accés i atenció a la salut per a un gran volum de persones amb realitats econòmiques, socials i culturals diverses (48, 49). En qualsevol cas, els estudis sobre immigració i salut acostumen a posar en el mateix sac poblacions heterogènies que, en molts casos, requeririen un abordatge específic.

Malgrat el pes de la perspectiva culturalista tradicional, darrerament s'han sentit algunes veus crítiques que remarquen la necessitat d'una visió alternativa –o complementària– que aportí llum sobre les dificultats estructurals que afecten l'accés i l'atenció a la salut dels diferents col·lectius d'immigrants. Berra *et al.* (50) conclouen que «És important tenir en compte que l'enfocament dels estudis des de la perspectiva de les desigualtats socials i de gènere és imprescindible per determinar quina part de les seves necessitats és atribuïble a aquests condicionants» i afegeixen la necessitat d'aprofundir en la prioritat que els problemes de salut tenen dins dels col·lectius d'immigrants i en el coneixement de la relació personal sanitari-usuari. També Mota (51) afirma que:

[...] sovint els comportaments atribuïts a la diferència cultural es poden atribuir a les desigualtats socials, econòmiques i legals que són comunes en diversos immigrants estrangers més enllà de la cultura o del



model de salut que puguin tenir. És en aquestes situacions en les que es pot parlar de sobrevaloració de la cultura i de racisme cultural, en atribuir situacions estructurals a aspectes essencialistes com poden ser la cultura, l'ètnia o el mateix procés migratori. Cal incorporar l'estratificació ètnica de la societat, les desigualtats socials i les condicions de vida als estudis sobre la diferència cultural abans de partir de preconcepcions culturals atribuïdes a la nacionalitat o al grup ètnic que tenen un risc clar de discriminació i estigmatització.

En aquesta mateixa línia, Serra-Sutton *et al.* (52) i Borrell *et al.* (53, 54) expressen la necessitat d'estudiar fins a quin punt aspectes de desigualtat i discriminació afecten l'estat de salut de la població immigrant i el seu accés als serveis sanitaris, ja que es dona per fet que les diferències culturals, sociolaborals, legislatives, econòmiques i idiomàtiques són aspectes potencialment generadors de desigualtats en salut, amb l'afegitó que en el cas de les dones de classe social desafavorida hi conflueixen dos eixos de desigualtat, el de gènere i el de classe, que finalment determinen una pitjor situació en les condicions laborals, les responsabilitats familiars i l'estat de salut (55).

Pel que fa a les tècniques de recerca i fonts d'informació, Berra *et al.* (50) assenyalen la conveniència de recollir la perspectiva del col·lectiu d'immigrants. Semblantment, Serra-Sutton *et al.* (52) destaquen la necessitat que els estudis sobre migració siguin menys etnocèntrics i que integrin tècniques qualitatives en l'avaluació de les necessitats de salut de la població immigrant. Per la seva part, Saurina *et al.* (56) ressalten la importància de l'origen de la població com a determinant d'ús dels serveis sanitaris.

En un altre ordre de coses, l'estudi sobre percepcions, valors i actituds de la població basca envers la immigració (57) conclou que els bascos, en parlar d'immigrants, s'estan referint, bàsicament, a persones d'origen magribí, col·lectiu, aquest, força rebutjat entre els enquestats. De manera semblant, l'estudi de Navas i Cuadrado (58) mostra que el col·lectiu magribí, si es compara amb altres grups d'immigrants, és el pitjor avaluat pels autòctons, la seva presència sobrepercebuda i la diferència exagerada. Per la seva part, Vázquez *et al.* (59), a l'estudi sobre necessitats sentides pels professionals en l'atenció a la salut dels immigrants, troben que els professionals perceben que alguns elements culturals lligats majoritàriament a l'islam els dificulten la pràctica professional. Els informants també expressen la seva queixa sobre determinades pràctiques de salut associades a valors culturals –atribuïts en gran mesura a la cultura islàmica–, com ara la demanda d'un professional del mateix sexe que el pacient, portar menjar a les habitacions o molta gent per habitació, que denoten la manca d'informació dels professionals sobre els drets dels pacients i una pèrdua de perspectiva en relació amb conductes presents en la població autòctona, totes dues coses com a reflex d'actituds negatives o prejudicis cap a la immigració o cap a determinats grups d'immigrants. Finalment, convé parlar de l'informe Pew (60) sobre actituds, que situa Espanya al capdamunt dels països europeus que més rebutgen les persones de cultura islàmica. En concret, el 52 % de la població espanyola dóna suport a aquesta afirmació tot dient que tenen una mala imatge dels musulmans.

En definitiva, les experiències de recerca en salut i migració comencen a demanar un acostament complementari al culturalista i ètnic. Un acostament que es fixi també en la presència de desigualtats socials i els seus efectes sobre la salut i l'accés a l'atenció sanitària. També es reclama la participació activa dels immigrants en la recerca, ja sigui en forma de sobremostreig per als estudis quantitius o reclamant-ne el punt de vista, si la investigació és qualitativa. Per altra banda, es detecta una evolució negativa de la valoració del col·lectiu magribí per part dels professionals de la salut i la població en general, fet que en podria agreujar la situació pel que fa a l'accés a la salut, la continuïtat de l'atenció i la relació amb els professionals, i que obliga a preguntar-se si aquesta percepció de la societat envers el col·lectiu afecta el fer dels professionals i el sistema sanitari i, al capdavall, la salut i el benestar dels homes i dones magribins.

Tot plegat, el predomini de la perspectiva culturalista aplicada a la recerca que afecta immigrants econòmics, el rebuig creixent cap a un determinat col·lectiu, a més del volum relatiu dels immigrants provinents del Nord d'Àfrica –245.816 persones procedents d'Algèria i el Marroc, el 20,73 % del total de residents estrangers censats a Catalunya a gener de 2011 (61)– justifica un acostament específic per a aquest grup de persones, inspirat –ja ho hem dit– en la manera postcolonial i feminista d'entendre la interculturalitat en el món del segle XXI. Un cop fet això, caldrà aplicar-ne les conclusions a la pràctica amb criteris de seguretat cultural, a fi de millorar la salut, el benestar, la satisfacció i l'autogestió del col·lectiu implicat, la qualitat de les cures dispensades i les relacions entre els professionals i usuaris en interacció.

### **1.5. Estructura expositiva dels resultats**

Els resultats d'aquesta tesi s'han organitzat segons les unitats temàtiques detallades a l'índex.

El fet de mostrar-se aquestes unitats temàtiques i no unes altres, respon a dues circumstàncies. En primer lloc, hi ha unitats temàtiques que contesten de manera íntegra alguna de les preguntes concretes que s'han formulat a l'apartat d'objectius, especialment aquelles que s'estudien mitjançant dades quantitatives. En segon lloc, altres capítols responen als temes emergents sorgits de resoldre interrogants, a priori, més genèrics i oberts com ara els que es vinculen a preguntes de caire qualitatiu.

Cadascuna de les unitats temàtiques repeteix la mateixa estructura interna, que queda com segueix:

- 1- Una breu contextualització del tema a tractar
- 2- Exposició dels resultats obtinguts
- 3- Conclusions i discussió dels resultats

#### 4- Figura resum

#### 5- Bibliografia

S'obvia el tractament diferenciat de l'apartat de metodologia perquè és comú per a totes les unitats temàtiques i ja haurà estat tractat de manera genèrica en un capítol d'aquest treball dedicat a tal fi.

Aquesta estructura busca facilitar la lectura i comprensió d'uns resultats que han acabat sent molt extensos i dispersos i que, cas d'haver-se presentat sota una única discussió, s'hauria corregut el risc de caure en discussions massa farragoses i desvinculades dels fets concrets que les han generades. El mateix hauria passat amb la bibliografia, si s'hagués optat per situar-la al final de l'obra, per això cada un dels capítols d'aquesta tesi té un apartat final on s'hi recull la bibliografia específica.

Al final de cada capítol, després de la discussió i abans de presentar la bibliografia, es mostra, si escau, una figura resum dels resultats mitjançant un mapa conceptual que recull una síntesi dels conceptes emergents de cada unitat temàtica i les relacions que s'estableixen entre ells.

Quant a l'estil de citació bibliogràfica, essent aquest un treball que tracta un tema a mig camí entre les ciències socials i les ciències de la salut, ha calgut triar entre un estil propi d'alguna de les dues disciplines, amb el benentès que la tria comporta inevitablement una pèrdua. Finalment, la decisió s'ha decantat per fer servir l'estil de citació propi de les ciències de la salut, el de Vancouver. En primer lloc perquè en un treball amb molta profusió de cites bibliogràfiques com és aquest, l'estil Vancouver permet conservar el text net d'interferències a la lectura. Per altra banda, l'estructuració dels resultats en unitats temàtiques independents –tot i que amb una certa interrelació–, agilitza la consulta a final de capítol, d'una bibliografia que a dins del text dóna molt poca informació sobre l'obra.

#### 1.6. Bibliografia

(1) Castells M. Global Governance and Global Politics. PS: Political Science and Politics 2005 Jan.;38(1):9-16.

(2) de Lucas J, Centre d'Estudis de Temes Contemporanis. Globalització i identitats: claus polítiques i jurídiques. Barcelona: Ecsa; 2003.

(3) Castells M, Institut Europeu de la Mediterrània. Globalització i identitat. Barcelona: IEMED, Institut Europeu de la Mediterrània; 2004.

(4) Maalouf A. Les identitats que maten: [per una mundialització que respecti la diversitat]. 3a ed. Barcelona: La Campana; 2003.

(5) Salem Z. Diálogo intercultural: cultivemos la hospitalidad. Quaderns de la Mediterrània 2008(10):307-310.

- (6) Guerrato L. Un balance crítico del diálogo entre culturas. ¿Demasiadas acciones, pero todavía ninguna estrategia? *Quaderns de la Mediterrània* 2008(10):313-318.
- (7) Kymlicka W, Carrillo M. Ciudadanía multicultural: una teoría liberal dels drets de les minories. Barcelona: Biblioteca Oberta, Proa; 1999.
- (8) Arnáiz Sánchez P, de Haro Rodríguez R. Ciudadanía e interculturalidad: claves para la educación del s. XXI. *Educatio siglo XXI: Revista de la Facultad de Educación* 2004(22):19-38.
- (9) Maalouf A. Els reptes de la interculturalitat a la Mediterrània. A: Maila J, Roque MA, editors. *Els reptes de la interculturalitat a la Mediterrània*. 1a ed. Barcelona: Proa; 2001. pp. 49-58.
- (10) Sténoú K. Hacia una integración de los principios de la diversidad cultural y el diálogo intercultural en las políticas de desarrollo sostenible. *Quaderns de la Mediterrània* 2008(10):369-373.
- (11) Himmich BS. El diálogo intercultural en cuestión. *Quaderns de la Mediterrània* 2008(10):277-280.
- (12) Jamal S. Más soluciones políticas y económicas y menos teorías de interculturalidades y multiculturalidades. *Quaderns de la Mediterrània* 2008(10):311-312.
- (13) Béji H. El malentendido cultural. *Quaderns de la Mediterrània* 2008(10):330-331.
- (14) de Lucas J. ¿Elogio de Babel? Sobre las dificultades del Derecho frente al proyecto intercultural. *Anales de la cátedra Francisco Suárez* 1994(31):15-40.
- (15) Ferjani M. Les nouveaux défis de la diversité. A: Olivé E, editor. *The Europe of the human rights. Identity and differences in a common framework*. Pesaro: Studio Alfa; 2004. pp. 121-130.
- (16) Nicolau Coll A. Retos de la sociedad multicultural en la era de la globalización. *Labor hospitalaria* 2003(267):21-36.
- (17) Kleinman A, Benson P. La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Humanitas: Humanidades Médicas* 2004(2):17-26.
- (18) Kleinman A, Benson P. Culture, moral experience and medicine. *Mt Sinai J Med* 2006;73(6):834.
- (19) Rodríguez J, Zurriaga R. *Estrés, enfermedad y hospitalización*. 1997.
- (20) Cox CL. An interaction model of client health behavior: theoretical prescription for nursing. *ANS Adv Nurs Sci* 1982 Oct;5(1):41-56.
- (21) Maila J. Por una política de la cultura en el Mediterráneo. *Quaderns de la Mediterrània* 2008;10:404-406.
- (22) Onghena Y. Transculturalismo e identidad de relación. *Quaderns de la Mediterrània* 2008(10):366-369.
- (23) Said EW. *Orientalismo*. Madrid: Libertarias-Prodhufi; 1990.
- (24) Giger J, Davidhizar RE, Purnell L, Harden JT, Phillips J, Strickland O, et al. American Academy of Nursing Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *J Transcult Nurs* 2007 Apr;18(2):95-102.

(25) Gustafson DL. Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science* 2005;28(1):2-16.

(26) Nursing Council of New Zealand. Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice. 2005 March.

(27) Polaschek NR. Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities. *J Adv Nurs* 1998 Mar;27(3):452-457.

(28) Kirkham SR, Smye V, Tang S, Anderson J, Blue C, Browne A, et al. Rethinking cultural safety while waiting to do fieldwork: methodological implications for nursing research. *Res Nurs Health* 2002 Jun;25(3):222-232.

(29) Anderson J, Perry J, Blue C, Browne A, Henderson A, Khan KB, et al. "Rewriting" cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: toward new epistemologies of healing. *ANS Adv Nurs Sci* 2003 Jul-Sep;26(3):196-214.

(30) Anderson J. Gender, "race", poverty, health, and discourses of health reform in the context of globalization: A post-colonial feminist perspective in policy research. *Nursing Inquiry* 2000;7(4):220-229.

(31) Quayson A. *Postcolonialism: theory, practice, or process?* Malden, Mass.: Polity Press; 2000.

(32) Kirkham SR, Anderson JM. Postcolonial nursing scholarship: from epistemology to method. *ANS Adv Nurs Sci* 2002 Sep;25(1):1-17.

(33) Browne AJ, Varcoe C, Smye V, Reimer-Kirkham S, Lynam MJ, Wong S. Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy* 2009;10(3):167-179.

(34) Racine L. Les potentialités de l'approche théorique post-coloniale en recherche infirmière culturelle sur l'adaptation du soin infirmier aux populations non occidentales. *Recherche en soins infirmiers* 2003(75):7-14.

(35) Racine L. Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non-Western populations. *Nurs Inq* 2003 Jun;10(2):91-102.

(36) Navarro V. Las causas del subdesarrollo. A: Guerra A, Tezanos Tortajada JF, editors. *Las políticas de la tierra: IV encuentro Salamanca* Madrid: Sistema; 2006. pp. 111-135.

(37) Coronil F. Naturaleza del poscolonialismo: del eurocentrismo al globocentrismo. A: Lander E, editor. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* Buenos Aires: CLACSO; 1993.

(38) Mignolo WD. La colonialidad a lo largo y a lo ancho. A: Lander E, editor. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* Buenos Aires: CLACSO; 1993. pp. 55-85.

(39) Anderson J, Reimer Kirkham S, Browne A, Lynam M. Continuing the dialogue: postcolonial feminist scholarship and Bourdieu - discourses of culture and points of connection. *Nurs Inq* 2007;14(3):178-188.

(40) Jabardo Velasco M. Desde el feminismo negro, una mirada al género y la inmigración. A: Suárez Navaz L, Martín Díaz E, Hernández Castillo RA, editors. *Feminismos en la antropología: nuevas propuestas críticas. XI Congreso de Antropología* ed. San Sebastián; 2008. pp. 39-54.

- (41) Anderson J. Lessons from a postcolonial-feminist perspective: suffering and path to healing. *Nursing Inquiry* 2004;11(4):238-246.
- (42) Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Direcció General d'Affers Religiosos. Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari. Barcelona: Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions; 2005.
- (43) Rodríguez-García D, San Román T. Inmigración, salud y gestión de la diversidad: Presentación y avances preliminares de un proyecto en barrios de Cataluña. *Revista de antropología iberoamericana* 2007 Septiembre-Diciembre 2007;2(3):489-520.
- (44) Bermann S, Lurbe K. La salut i el Marroc. Guia de suport als professionals sanitaris sobre l'atenció sanitària a la població immigrada procedent del Marroc. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. Departament de Salut ed. Barcelona; 2008.
- (45) Comitè Consultiu Bioètica Catalunya. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de salut; 2007.
- (46) Generalitat de Catalunya. Immigració i salut. Canal Salut. Generalitat de Catalunya 2013; Disponible a:  
[http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=35e36557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=35e36557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default#div\\_03](http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=35e36557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=35e36557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default#div_03). Consultat 29-8-2013.
- (47) Jansà JM, García de Olalla P. Health and immigration: new situations and challenges. *Gac Sanit* 2004 May;18 (Suppl 1):207-213.
- (48) Zapata-Barrero R. Inmigrantes en el sector de la sanidad: ¿Acceso universal o problema cultural? *Quadern CAPS* 2004;(32):9-17.
- (49) Méndez E. Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario. *Quadern CAPS* 2003(32):18-23.
- (50) Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesitats de salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. 1a ed. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Catsby. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
- (51) Mota P. Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: UAB; 2007.
- (52) Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració a països europeus: el cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. 2004;IN02/2004.
- (53) Borrell i Thió C, Benach J, Fundació Jaume Bofill, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. Les desigualtats en la salut a Catalunya: informe CAPS-Fundació Jaume Bofill. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003.
- (54) Borrell C, Benach J, CAPS-FJ Bofill Working Group. Evolution of health inequalities in Catalonia [Spain]. *Gac Sanit* 2006 Sep-Oct;20(5):396-406.
- (55) Rohlfs I. Desigualtats de gènere en la salut. A: Borrell C, Benach J, editors. Les desigualtats en la salut a Catalunya: informe CAPS-Fundació Jaume Bofill. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 179-216.

(56) Saurina C, Vall-Llosera L, Sáez M, González S, Renart G, Rué M, et al. Immigració i salut: estat de salut, necessitat i utilització dels serveis d'atenció primària. A: Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la immigració, editor. Recerca i immigració. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2008. pp. 153-173.

(57) Ikuspegi, observatorio vasco de la inmigración. Valores y actitudes de la población vasca hacia la inmigración extranjera. Vitoria: Gobierno Vasco; 2004. Disponible a:  
<http://ikuspegi-inmigracion.net/documentos/investigacion/es/informePercepciones.pdf> .  
Consultat 12-09-2009

(58) Navas M, Cuadrado I. Actitudes hacia gitanos e inmigrantes africanos: un estudio comparativo. Apuntes de psicología 2003;21(1):29-49.

(59) Vázquez M, Terraza R, Vargas I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: Pla director d'immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.

(60) Pew Research Center. Pew Global Attitudes Project. Unfavorable Views of Jews and Muslims on the Increase in Europe 2008. Disponible a:  
<http://www.pewglobal.org/2008/09/17/unfavorable-views-of-jews-and-muslims-on-the-increase-in-europe/> . Consultat 16-09-2012.

(61) Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). INE Base. Estadística del Padrón Continuo. 2013; Disponible a:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245&file=inebase&L=0>. Consultat 29-8-2013.

## **2. MARC CONCEPTUAL**



## 2. Marc conceptual

### 2.1. La salut... què és?

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), «La salut és un estat de complet benestar, físic, mental i social; i no només l'absència de malaltia» (1). L'estat de complet benestar de què parla l'OMS a la seva acta fundacional, l'any 1948, remet a la subjectivitat del concepte i fa, de la salut, tota una experiència en el sentit fenomenològic del terme. La salut, així entesa, es desempallega del company incòmode que és la malaltia i comença a explicar-se per ella mateixa. La salut, a partir d'aquest moment, apel·la a l'essència múltiple de l'ésser humà i escapa, així, de la constricció biomèdica a què tradicionalment ha estat sotmesa. I encara més, en aquest reconeixement multidimensional de l'ésser humà se n'accepta, implícitament, la seva concepció holística i la interdependència entre les realitats que el conformen, tot donant com a resultat un producte –homes i dones– extraordinàriament complex i sensible.

L'aportació que metges i biòlegs catalans fan a l'explicació del concepte salut en la seva reunió a Perpinyà l'any 1976, ho és en el sentit de considerar-la una manera de viure: «La salut és una qualitat de vida o una manera de viure autònoma, solidària i joiosa» (2). La salut, des d'aquesta visió, s'entén com una determinada actitud davant la vida, com un estil personal d'afrontar el viure i els efectes «secundaris» que se'n deriven, el sofriment i la malaltia entre ells. Si es tracta de pensar en els «dolors» de sentir-se immigrant, la importància d'aquest enfocament rau en rebutjar el valor absolut dels fets vitals i obrir-se a una consideració relativa dels esdeveniments, que poden ser més o menys feixucs segons com els prenguem i segons la resposta que hi donem. Per altra banda, la salut entesa com una manera de viure autònoma, solidària i joiosa, lluny de ser pensada des de la disjuntiva que es planteja entre viure amb salut i tenir una malaltia, permet que totes dues circumstàncies puguin coexistir, i reconeix, a la dificultat de la malaltia i el sofriment, el valor d'estimular el creixement i la superació personals a través de l'adaptació que tal circumstància requereix. Encara més, perquè la referència a la solidaritat del viure saludable deixa entreveure que la salut es pot entendre, també, com una manera de relacionar-se les persones amb l'entorn, fins al punt que la salut esdevé una condició que va més enllà de ser considerada de l'àmbit individual i s'obre a ser pensada, també, com a pròpia de les comunitats humanes.

La salut, doncs, no es pot concebre desvinculada dels seus significats socials. Així ho admet, també, la Declaració d'Amman (3) sobre la promoció d'estils de vida saludables des de la perspectiva de vida islàmica, en què s'afirma que la salut mai no pot ser plena si altres elements de la vida social com ara la llibertat, la seguretat, la justícia, l'educació, el treball, l'autonomia, l'aliment, l'aigua, el vestit, la vivenda, la família i un medi ambient saludable, no hi són presents. L'article segon de la Declaració d'Amman estableix el lligam ineludible entre salut i justícia social, i dóna a entendre que la salut és, també, una qüestió social, ètica i política.

De ben segur que hi ha moltes altres maneres d'entendre la salut que acabarien de completar el concepte i d'altres que en mostrarien visions alternatives. Tant se val, perquè no és aquest

l'objectiu que ara ens ocupa, sinó acostar-nos a entendre com viuen i senten els homes i dones magribins que un bon dia van deixar casa seva per establir-se a Catalunya. I per això cal recórrer a la subjectivitat del benestar i a l'holisme que impregna l'essència de l'ésser humà. Cal acceptar que la resposta personal a les dificultats que comporta el procés migratori serà un factor clau en l'experiència. I cal admetre, també, que les condicions de l'aventura migratòria i l'establiment lluny de casa, en determinaran el resultat final en termes de salut, amb el benentès que en la definició d'aquestes condicions, tots –els que arriben i els que hi són– hi tenim molt a dir. Per totes aquestes raons, cal pensar els «dolors» de ser i sentir-se immigrant des de la perspectiva conceptual que proporcionen aquests –i no uns altres– acostaments al concepte de salut.

## **2.2. Sobre l'atenció a la salut i el sistema sanitari en el nostre medi**

En el moment de realització del treball de camp d'aquest estudi l'atenció a la salut per als estrangers residents a Catalunya i a Espanya estava garantida en les mateixes condicions que els autòctons, amb l'únic requisit d'empadronar-se prèviament a l'ajuntament de residència (4). El mateix decret que regula el cas anterior garanteix a les persones no registrades ni residents a Catalunya l'atenció sanitària d'urgències, l'atenció a l'embaràs, part i postpart de les dones que ho requereixin amb independència de la seva situació legal, i l'atenció sanitària en les mateixes condicions que els autòctons als menors que es trobin en territori de Catalunya sense cap mena de requisit. La garantia del dret a la salut a Catalunya en les condicions esmentades es deriva d'una llei espanyola de rang superior, la Llei Orgànica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (5).

El dret a la salut dels estrangers a Espanya s'ha mantingut en les mateixes condicions fins que de resultes de la crisi econòmica per què estem passant, el govern central va decidir, l'estiu de 2012, restringir l'accés dels estrangers a les prestacions sanitàries públiques. Amb la nova llei (6), només els estrangers menors d'edat i els que tinguin autorització residencial conserven el dret a la salut en les mateixes condicions que els autòctons. L'atenció a l'embaràs, part, postpart i situacions d'urgència es manté sense canvis respecte a la norma prèvia. A Catalunya les coses són una mica diferents i els estrangers conserven el dret a la sanitat pública en les mateixes condicions que abans del canvi legislatiu de 2012, llevat que per accedir a l'atenció primària s'exigeix una antiguitat de tres mesos en el padró d'algun municipi català i per accedir a la prestació sanitària completa cal, com a mínim, un any d'antiguitat d'empadronament (7).

## **2.3. Polítiques d'immigració a Catalunya**

Les dades de l'Idescat sobre l'evolució de la població estrangera a Catalunya (8) mostren que el percentatge d'estrangers arribats a Catalunya va augmentar força a partir de l'any 2001 i fins al 2010, moment a partir del qual la xifra d'estrangers es va estabilitzar al voltant del 15 % de la població general. Un increment tan ràpid com aquest va comportar, per als serveis públics, el desafiament d'adaptar-se amb celeritat als canvis demogràfics i socials que s'estaven

esdevenint; i per a la societat el repte de la convivència d'homes i dones d'orígens diversos i, tal vegada, amb horitzons compartits.

És a partir de l'any 1992 que la Generalitat de Catalunya es comença a preocupar per donar una resposta global a les diferents demandes que ocasiona l'arribada de nousvinguts d'orígens diferents. És per això que el novembre d'aquell mateix any, el Govern de la Generalitat crea la comissió per al seguiment i la coordinació d'actuacions en matèria d'immigració, integrada per vuit departaments de la Generalitat. El setembre de l'any següent, i de resultes d'aquesta iniciativa, s'aprova el Pla interdepartamental d'Immigració (9), els principis del qual són la promoció d'una política global d'immigració, l'establiment i la implementació d'un seguit de programes i serveis coordinats, potenciar la participació dels immigrants en la construcció nacional i promoure la informació i la sensibilització sobre el tema en la població general.

L'any 2000 es crea la Secretaria per a la Immigració, dependent del Departament de la Presidència. Entre els encàrrecs que assumeix la Secretaria hi ha l'elaboració d'un nou Pla interdepartamental d'Immigració per al període 2001-2005 (10), inspirat en els mateixos principis que l'anterior. En el període següent, del 2005 al 2008 (11), les polítiques transversals en matèria d'immigració experimenten un canvi qualitatiu en els seus plantejaments ja que, a més d'estructurar les polítiques en tres àmbits inèdits fins ara, el de l'acollida, el de la igualtat i el de l'acomodació, estableix el concepte de ciutadania resident per a tots els nousvinguts d'orígens diversos i les seves famílies, amb la idea de promoure el sentiment i l'exercici de la ciutadania catalana per a tothom, amb independència de quin sigui l'origen de les persones.

A finals de l'any 2008 i després d'un treball que va involucrar gairebé 2.000 persones i un bon grapat d'actors socials de tota mena, es va signar el Pacte Nacional per a la Immigració (PNI) (12). Un pacte fruit de les aportacions, la reflexió i el consens d'una àmplia representació de la societat catalana. Un pacte pensat per guiar les polítiques d'immigració a Catalunya dels 20 anys següents. Un pacte que es compromet amb l'extensió dels drets i deures a tothom que visqui a Catalunya, que reivindica la necessitat de polítiques migratòries transversals i interdepartamentals, adaptades a les característiques del territori i a la diversitat de les persones, que aposta sense ambigüitats per l'accés normalitzat i en igualtat de condicions de les persones immigrades als serveis públics, i que considera l'acomodació com una qüestió bilateral que implica el conjunt de la ciutadania i no només la població immigrada.

Inspirat en els principis del PNI, sorgeix el Pla de ciutadania i immigració 2009-2012 (13) que, per primer cop, incorpora les noves competències en matèria d'immigració que reconeix la reforma estatutària de 2006. El pla d'aquest període té com a objectius gestionar els fluxos migratoris i l'accés al mercat de treball, adaptar els serveis públics a una societat diversa i integrar els nousvinguts en una cultura pública comuna mitjançant accions com ara fomentar la participació en la vida pública, conviure en la pluralitat de creences, assegurar la igualtat

d'oportunitats entre homes i dones, reforçar les polítiques adreçades als sectors més vulnerables de la població i fer del català llengua pública comuna.

Paral·lelament a la planificació de les polítiques migratòries durant tot aquest temps i malgrat la perspectiva transversal amb què es contempla el fet migratori, el Departament de Salut, per donar compliment als objectius del Pla de Salut per al 2010 (14), prioritza l'abordatge de la immigració com una manera pròpia d'encarar el primer dels eixos en què es van articular les polítiques de salut d'aquest pla, el que fa referència a la disminució de les barreres i desigualtats a través de les actuacions intersectorials en salut. És per això que l'any 2006 es publica el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut (PDI) (15).

#### **2.4. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut**

El PDI sorgeix per donar resposta a les noves demandes de salut relacionades amb la immigració a què ha de fer front el Departament de Salut. El pla neix amb vocació d'encarar els aspectes generadors de desigualtats que determinen una especificitat en l'atenció de la població immigrant. Entre els factors que actuen com a barreres d'accés a la salut entre la població immigrada, el PDI destaca la cultura, la tradició, la religió, les diferents maneres d'interpretar la salut i la malaltia, les dificultats idiomàtiques i les diferències en els estils de vida, entre d'altres.

Pensat per a una vigència de tres anys, del 2005 al 2007, el PDI preveu un desplegament en tres eixos bàsics, a saber: el Pla d'acollida, el Pla de mediació i el Pla de formació. El Pla d'acollida pretén establir una sèrie d'accions en l'àmbit del sector sanitari que facilitin l'accés de la població immigrant als serveis de salut. El Pla de mediació es planteja impulsar la figura del mediador en l'àmbit sanitari, amb els objectius de reduir els desavantatges dels immigrants nous respecte a l'accés als serveis de salut, adaptar el sistema sanitari a la nova realitat i informar sobre les diferents percepcions, actituds i coneixements relacionats amb les diferències culturals, socials o lingüístiques de la població immigrada, així com ajudar a interpretar-les. Finalment, el darrer eix del PDI contempla l'elaboració d'un Pla de formació que faciliti als professionals de la salut els coneixements i habilitats necessàries per assolir el grau de competència cultural que garanteixi la qualitat de l'atenció durant tot el procés assistencial.

El PDI preveu, també, actuacions específiques en aquelles àrees d'atenció de major impacte entre la població immigrant –salut sexual i reproductiva, salut infantil, salut mental, i malalties infeccioses i parasitàries– per tal de tendir a equiparar-ne la salut amb la dels autòctons.

Entre les activitats previstes en el Pla de mediació del PDI hi ha l'impuls a la formació reglada sobre mediació en l'àmbit de la salut. En aquest sentit una de les iniciatives més reeixides ha estat el Programa de Mediació Intercultural en l'Àmbit de la Salut organitzat per l'Obra Social de la Caixa en conveni amb el Departament de Salut (16), mitjançant el qual s'han format bona part dels mediadors interculturals en salut de Catalunya. Dos anys després de la signatura del

conveni, el desembre de 2009, es va publicar un informe d'avaluació de la implementació al territori de la mediació en l'àmbit de l'atenció sanitària a Catalunya prevista al PDI (17). A grans trets, l'informe conclou que els serveis de mediació milloren la comunicació i augmenten la qualitat de l'assistència de manera molt significativa. Com sigui que de l'informe es desprèn que la implantació del servei és deficitària, es suggereix la necessitat d'aprofundir en el procés de desplegament dels serveis de mediació intercultural a totes les regions sanitàries del territori.

## **2.5. Ara i aquí**

L'any 2009, en què es va iniciar la recollida de dades d'aquest treball, ja s'endevinava la crisi que venia. Tot i la insistència del govern espanyol a negar l'evidència i fer com si res no passés, a Catalunya, la situació de crisi ja s'esmenta al Pla de ciutadania i immigració 2009-2012. Així i tot, ningú no podia imaginar-se la magnitud del que se'ns venia a sobre: una crisi que, encara ara, cinc anys després, és ben viva.

De resultes del Pla de mediació previst al PDI, l'any 2007 es va iniciar el programa de formació dels professionals de la mediació intercultural en salut. Un programa que preveia un any de formació teòrica i un altre any de pràctiques de mediació en context sanitari, d'unes 80 persones de tot Catalunya. La majoria dels seleccionats per a la formació com a mediadors interculturals en salut, ja feia temps que, amb més o menys assiduïtat, es dedicaven a tasques de traducció i interpretació intercultural en diversos àmbits –també, el sanitari– i per a institucions diferents com ara ajuntaments o consells comarcals. Com sigui que el finançament del Pla de mediació era en part públic i en part privat –amb la participació de la Fundació “la Caixa”–, el Pla de mediació es va dur a terme sense incidències malgrat la situació de crisi que s'estava instaurant l'any 2009. Ara bé, un cop finalitzada l'etapa de formació, havien de ser els proveïdors de serveis sanitaris els que es fessin càrrec de la implantació al territori de la nova figura professional, el mediador intercultural en salut. Tot i que l'any 2010 els pressupostos de la Generalitat encara no incorporaven restriccions pressupostàries, ni tampoc ho feren les assignacions destinades a salut i promoció social (18), aquell any es va tancar el cicle expansiu dels pressupostos de la Generalitat, i en pressupostos successius va baixar en nombres absoluts el total disponible dels pressupostos de la Generalitat i també la partida destinada a salut.

Així les coses, és fàcil entendre que les expectatives inicials del Pla de mediació del PDI s'hagin vist frustrades. L'any 2009 hi havia a les comarques de Tarragona –Baix Camp, Alt Camp, Tarragonès, Baix Penedès i la Conca de Barberà– cinc mediadors interculturals en salut per a la comunitat marroquina, vinculats a les actuacions de formació de mediadors en el marc del PDI (19). Per altra banda, el PDI reivindicava una sèrie d'accions sense les quals el pla no podia garantir la seva eficàcia, entre elles la promoció d'activitats comunitàries i l'adequació dels models de mediació a les necessitats del territori, accions, totes dues, que demanaven el

recurs a traductors intèrprets i a agents de salut comunitària, entre d'altres (15). Els anys de crisi transcorreguts des dels plantejaments inicials del PDI han fet que a finals del 2013 –segons informacions facilitades pel Servei Català de la Salut a Tarragona– la presència de mediadors interculturals en salut a les institucions sanitàries públiques de Tarragona sigui anecdòtica, tot i estar prevista per a l'any 2014 una reactivació de la presència de mediadors a les institucions de salut de la zona, per bé que amb algunes diferències de plantejament respecte a les del PDI. La nova proposta d'inclusió de mediadors interculturals en salut comparteix amb la proposta del PDI un finançament mixt –en part públic i en part privat–, però, a diferència de les actuacions del Pla de mediació previstes als PDI, contempla les intervencions de mediació necessàriament vinculades a programes de salut concrets.

Pel que fa a l'acollida, i des del punt de vista sectorial, el Departament de Salut va incorporar en el PDI el Pla d'acollida com un dels eixos a través dels quals es pretenia millorar l'accessibilitat de la població immigrant a la salut i als serveis sanitaris (15). Des de la perspectiva transversal dels successius plans d'immigració i ciutadania des de l'any 2005 (11-13), la creació d'un servei universal d'acollida ha estat una exigència ineludible per tal d'adaptar els serveis públics a una societat diversa.

Les accions del Pla d'acollida del PDI, lògicament orientades als serveis de salut, es van concentrar en l'elaboració de materials d'acollida sanitària dirigits tant a professionals com a usuaris, la investigació de les necessitats d'acollida i adequació dels registres i la informació al servei d'aquesta finalitat, el seguiment i l'avaluació de projectes destinats a millorar l'accés dels nouvinguts al sistema sanitari, la creació d'una xarxa que treballés coordinadament l'accés a la salut, i, molt especialment, es van orientar a facilitar la Targeta Sanitària Individual (TSI) a totes les persones nouvingudes o en situació d'exclusió (15). Amb tot, el Pla d'acollida del PDI no preveia actuacions d'apoderament clarament orientades a l'autonomia de l'usuari immigrant en la seva relació amb els serveis públics, potser perquè aquesta orientació correspon a les actuacions d'acollida transversals que es proposen des de la Secretaria per a la Immigració del Departament d'Acció Social i Ciutadania.

El Pla de Ciutadania i Immigració 2009-2012 (13) es proposà el repte de crear un servei d'acollida universal i homogeni a tot el territori mitjançant eines diverses. El primer d'aquests instruments havia de ser l'aprovació i implementació de la Llei d'acollida de les persones immigrades i les retornades a Catalunya (20), una llei que es va publicar el 14 de maig de 2010, que té, però, pendent el desplegament reglamentari. Convé destacar que l'esmentada llei considera l'acollida com un procés dinàmic i bidireccional del qual en són responsables tant els nouvinguts com els catalans i les catalanes, i es basa en el principi que un coneixement mínim de la llengua, la història i les institucions de la societat d'acollida és bàsic per a la integració. També és digna de menció la voluntat inclusiva dels successius plans d'immigració –tant els sectorials com els transversals–, que es demostra pel recurs a tots els sectors de la societat

civil –també els que representen els immigrants, és clar– en les diferents fases d’elaboració dels plans.

La posada en marxa de punts d’acollida bàsics a tot el territori que oferissin formació en coneixement de l’entorn, la llengua i el mercat laboral juntament amb la dotació de recursos lingüístics que permetessin atendre l’usuari en un idioma de proximitat, donen fe de la voluntat emancipadora del Pla de Ciutadania i Immigració 2009-2012 (13) així com de l’assumpció de responsabilitats de l’administració en la integració dels nouvinguts. L’aprenentatge de la llengua es revela, al llarg de tot el document, com un element crucial per a l’autonomia de l’immigrant i la cohesió d’una societat diversa, en tant que element bàsic per a la relació i el coneixement mutu. Ara bé, tal com ha passat en l’àmbit de la salut, és de preveure que les restriccions pressupostàries hagin afectat la implementació de les accions previstes al Pla 2009-2012. Per bé que no coneixem el detall de com s’ha distribuït la despesa a cadascuna de les àrees, les partides de protecció social i llengua catalana dels pressupostos de la Generalitat de 2011 i 2012 –també del 2013 a causa de la pròrroga pressupostària– (18) s’han vist minvades per les restriccions pressupostàries que han afectat la totalitat de la despesa, amb l’agreujant que, molt probablement, la crisi hagi augmentat les necessitats de protecció i promoció social respecte a les d’anys previs. Tot plegat fa pensar en un desequilibri entre les necessitats de protecció social i els recursos disponibles, un desequilibri que, previsiblement, s’ha fet sentir amb més força a les costelles dels més dèbils, els immigrants, tal vegada.

Finalment, convé matisar que en un context de restricció de drets als immigrants, persisteix la voluntat del govern català d’oferir un accés universal als serveis públics, més lligat a la ciutadania que no pas a la nacionalitat, tot i que, tal com s’ha exposat més amunt i pel que fa a la sanitat, actualment s’exigeix una antiguitat mínima en l’empadronament que abans del 2012 no es demanava.

## **2.6. Orientacions i propostes per garantir i millorar l’accés a la salut dels immigrants**

El dret a la salut dels migrants i la provisió dels serveis de salut en un món globalitzat preocupa els governs i les institucions de salut. La prova en són les cimeres (21, 22) que s’organitzen per analitzar i debatre la situació i establir pautes d’actuació que garanteixin el dret a la salut de totes les persones en una circumstància com l’actual on, segons l’OMS (21), hi ha al món 214 milions de migrants internacionals i, més encara, després de constatar que entre 35 i 40 milions de persones estrangeres a Europa tenen dificultats per integrar-se plenament en la vida econòmica, cultural, social i política de les societats en què viuen (23).

Entre les propostes de millora sorgides de les reunions amb especialistes de diferents països i de les investigacions sobre el tema, n’hi ha de transversals i d’específicament dirigides al camp de la salut. El pas previ per reconèixer la necessitat de polítiques transversals en l’abordatge de la salut en context globalitzat passa per pensar les relacions entre immigrants i societat d’acollida des d’un enfocament de ciutadania (24). Un enfocament, aquest, que considera la

salut un dret humà i reconeix en la residència l'únic criteri per destinar polítiques, tot deslligant-lo de la nacionalitat. Un enfocament que es recolza en tres pilars bàsics: el del pluralisme com a valor essencial, el civisme com a norma de la relació entre persones, i el principi d'igualtat –de tractament i d'oportunitats– per contrarestar les desigualtats que, massa sovint, genera l'arribada i permanència de persones foranes.

Les propostes de caire transversal per millorar l'abordatge de la salut en les societats amb forta presència d'immigrants es basen en l'efecte dels determinants socials en la salut, i proposen intervencions no necessàriament sanitàries que incideixin en la millora de la salut i les condicions de vida dels més pobres. Les intervencions transversals en benefici de la salut es recullen sota el que l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut ha anomenat *Health in all Policies* (la salut a totes les polítiques) (25). *La salut a totes les polítiques* reconeix els efectes en la salut de les polítiques en sectors com ara l'educació, el medi ambient, el treball, l'habitatge, el trànsit o l'agricultura, entre d'altres; i en raó d'aquest vincle reivindica les polítiques sobre els determinants de salut com a polítiques de salut mateixa. Paral·lelament, *La salut a totes les polítiques* reconeix una altra mena de vincle entre la salut i la societat i transmet la idea que la salut és un actiu social que contribueix decisivament a l'economia, la productivitat i el desenvolupament general de la societat. Tot plegat justifica la rendibilitat de les inversions en salut i la integració de la perspectiva de la salut en la formulació de polítiques socials (25).

Les desigualtats en salut sorgeixen, en gran mesura, com a resultat de la discriminació, les diferències en els ingressos i l'ocupació, l'accés desigual a l'educació i la manca de suport social, als quals els immigrants són especialment vulnerables (21). Les polítiques transversals proposades per millorar la salut dels immigrants busquen actuar sobre els determinants socials de salut, el context ambiental i les desigualtats presents en les poblacions mitjançant abordatges multisectorials (21-23, 26) que se centrin en les causes de la desigualtat i els processos d'exclusió més que no pas en les característiques de les persones (27). Igualment importants són les actuacions destinades a encoratjar la consciència de control sobre la pròpia vida d'aquells que l'han de suportar, la desigualtat. Això és, en primer lloc, vetllar perquè les persones siguin autònomes en relació amb les circumstàncies que en determinen la vida i la salut per a, posteriorment, promoure'n la implicació en les qüestions socials i polítiques que els són d'incumbència, com ara la participació en la prestació dels serveis i les polítiques de salut (21-23, 26, 27). Ara bé, aquesta implicació no pot ser, de cap manera, unilateral. És per això que alguns fòrums han destacat la necessitat d'impulsar-hi la participació de la societat civil, a fi d'augmentar la cohesió social i fer créixer les possibilitats d'èxit de les iniciatives dirigides a millorar la salut dels immigrants (21, 22, 27).

Entre les propostes específiques, es parla molt de la necessitat de promoure la investigació en salut i migració per fornir el camp d'estudi de dades objectives que permetin recolzar la presa



de decisions en l'evidència (22, 26). Abans, però, caldria millorar les dades i els registres d'informació disponibles, sovint dispersos i recollits de manera poc sistemàtica (22, 28).

Altres propostes es preocupen per conrear entre els professionals i les institucions de salut un clima de sensibilitat cultural i social. És per això que es recomana formar específicament en matèria de migració i salut tots els professionals que interactuen amb immigrants – professionals sanitaris, personal de recepció, directius, treballadors socials, etc.– per millorar la resposta del sistema a les necessitats específiques dels diferents grups d'immigrants (21, 26). També se suggereix que les institucions adoptin acostaments diversos en la cura de la salut, des del convenciment que la incorporació de diferents tradicions mèdiques al sistema de salut pot ajudar a millorar-ne l'adequació cultural (26).

En definitiva, tal com s'afirma a l'informe de la trobada internacional sobre salut i migració organitzada per l'OMS, l'Organització Internacional per a les Migracions (OIM) i el Ministeri de Sanitat i Política Social l'any 2010 (21), es tracta d'aconseguir que els sistemes sanitaris siguin sensibles a les necessitats de salut del món globalitzat. Un món que es defineix, entre d'altres aspectes, per la presència de profundes desigualtats, els desequilibris demogràfics, les crisis econòmiques i polítiques, i la migració com un fet omnipresent. Una sensibilitat que, en paraules de Fortier a l'esmentat document (21), s'hauria de demostrar amb «la incorporació conscient i sistemàtica de les necessitats dels migrants en el finançament, les polítiques, la planificació, la implementació i l'avaluació de la salut, tot incloent-hi aspectes com ara els perfils epidemiològics de les poblacions migrants, els factors culturals, lingüístics i socioeconòmics pertinents, i l'impacte del procés migratori en la salut».

## 2.7. Bibliografia

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2013; Disponible a: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>. Consultat 31-1-2013.
- (2) Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Congrés de Metges i Biòlegs | Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Disponible a: [http://www.acmcb.es/Portal/academia/metges\\_biologs\\_llengua\\_catalana/CuXd7XicwV4-o249MirX\\_A](http://www.acmcb.es/Portal/academia/metges_biologs_llengua_catalana/CuXd7XicwV4-o249MirX_A). Consultat 20-2-2013.
- (3) World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. The right path to health: health education through religion, N. 5. Health promotion through Islamic lifestyles: the Amman declaration. Alexandria: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 1996.
- (4) Generalitat de Catalunya. DECRET 188/2001, de 26 de juny, dels estrangers i la seva integració social a Catalunya. DOGC 2001 16 de juliol;3431:11114-11116.
- (5) Cortes Españolas. Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 2000 12 de enero;10:1139-1150.

- (6) Gobierno de España. Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE 2012 4 de agosto de 2012;186:55775-55786.
- (7) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. CatSalut. Instrucció 10/2012. Accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut. 2012.
- (8) Idescat. Població estrangera. Evolució. 2013; Disponible a:  
<http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0> . Consultat 18-9-2013.
- (9) Departament de Benestar Social. I Pla interdepartamental d'immigració (1993-2000). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1994.
- (10) Departament de la Presidència. Secretaria per a la immigració. II Pla interdepartamental d'immigració (2001-2004). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2001.
- (11) Departament de Benestar i Família. Secretaria per a la immigració. Pla de ciutadania i immigració (2005-2008). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
- (12) Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració. Pacte Nacional per a la Immigració. Un pacte per a viure junts i juntes. 1a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.
- (13) Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració. Pla de ciutadania i immigració 2009-2012. 1a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.
- (14) Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Pla de salut. 2010; Disponible a:  
[http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut/menuitem.98854c4efd5306c1bd2aa410b0c0e1a0/?vgnextoid=95835eab0fb7a110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=95835eab0fb7a110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default&newLang=es\\_ES](http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut/menuitem.98854c4efd5306c1bd2aa410b0c0e1a0/?vgnextoid=95835eab0fb7a110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=95835eab0fb7a110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default&newLang=es_ES) Consultat 20-3-2010.
- (15) Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya 2006.
- (16) Obra Social "la Caixa". Mediació intercultural en l'àmbit de la salut. 2013; Disponible a:  
[http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacio\\_intercultural\\_ca.pdf](http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacio_intercultural_ca.pdf). Consultat 17-9-2013.
- (17) Carratalà P. Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya. 2009; Disponible a:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Immigracio\\_i\\_salut/documents/avasermedi2010.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Immigracio_i_salut/documents/avasermedi2010.pdf). Consultat 20-3-2010.
- (18) Generalitat de Catalunya. Departament d'Economia i Coneixement. Estadístiques pressupostàries. 2014; Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/economia/menuitem.6135b456613b7f9af813ae92b0c0e1a0/?vgnextoid=8a78591e515d9210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=8a78591e515d9210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>. Consultat 7-1-2014.
- (19) Pérez D. Entrevista a Belén Escalada, coordinadora territorial del Pla Director d'Immigració. Somics 2008 Setembre; (11). Disponible a:  
<http://www.somics.info/index/mostra/id/12>. Consultat 20-03-2010.

- (20) Generalitat de Catalunya. Llei 10/2010, del 7 de maig, d'acollida de les persones immigrades i de les retornades a Catalunya. DOGC 2010 14/05;5629:37720-37741.
- (21) World Health Organization. Health of migrants. The way forward. Report of a global consultation. Madrid, Spain. 3-5 March 2010. Disponible a:  
[http://www.who.int/hac/events/consultation\\_report\\_health\\_migrants\\_colour\\_web.pdf](http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf). Consultat 18-8-2013.
- (22) Fernandes A, Miguel JP. Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.
- (23) Mladowski P. Migration and health in the EU. Research note produced for the European Commission as part of the Health and Living Conditions Network of the European Observatory on the Social Situation and Demography 2007. Disponible a:  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/rn\\_migration\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/rn_migration_health.pdf). Consultat 18-8-2013.
- (24) Zapata-Barrero R. Filosofies de la immigració i autogovern: El Quebec, Flandes i Catalunya. Revista d'estudis autonòmics i federals 2006(2):177-223.
- (25) Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies. Prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2006.
- (26) International Organization for Migration. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants. 2006; Disponible a: [http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL\\_DRAFT - IOM SDH.pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL_DRAFT_-_IOM_SDH.pdf). Consultat 26-8-2013.
- (27) Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012 Sep 15;380(9846):1011-1029.
- (28) Mota P. Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: UAB; 2007.

### **3. OBJECTIUS I PREGUNTES D'INVESTIGACIÓ**

### 3. OBJECTIUS I PREGUNTES D'INVESTIGACIÓ

La finalitat d'aquest estudi és descriptiva i interpretativa de la realitat, és per això que no s'hi trobaran hipòtesis explícites que calgui comprovar. Ara bé, els fonaments teòrics que s'han exposat fins ara i els objectius i les preguntes d'investigació que es presentaran tot seguit, mostren implícitament una determinada línia de pensament que ha de ser útil per tal de sistematitzar els eixos de reflexió i l'anàlisi dels resultats.

Sense negar l'aportació de la mirada culturalista en la comprensió dels models de salut i malaltia de les persones d'orígens diversos (1), també és cert que aquest tipus d'abordatge de la diversitat en l'atenció a la salut no se'n surt d'equilibrar les relacions de poder entre grups socialment asimètrics (2, 3). Per altra banda, i com molt bé explica Mota (4) en el seu treball sobre migracions i salut: «la preconcepció de la diferència cultural com a element a destacar en l'atenció a part de la població immigrada és un element estigmatitzador i diferenciador que dificulta anticipadament la relació entre el personal sanitari i part de la immigració estrangera». Segons això, doncs, la sobrevaloració de la cultura com a determinant de salut dels immigrants estrangers ignora els efectes dels altres determinants que hi interactuen i dirigeix les accions a objectius erronis. A més, l'apriorisme de considerar la diferència cultural com a font de conflicte entre professionals i usuaris dels serveis de salut, contribueix a crear un estat d'opinió que anticipa la dificultat abans que es doni i etiqueta la diferència cultural de problemàtica. Per acabar, no cal dir com l'enfocament culturalista ajuda a defugir les responsabilitats socials de l'estat de salut dels immigrants econòmics sense que hi aparegui ni un bri d'autocrítica.

Per tal d'entendre i canviar, si cal, determinats comportaments de salut atribuïts inicialment a la cultura, l'abordatge alternatiu al culturalista proposa l'estudi i la intervenció sobre les condicions econòmiques i socials, amb el benentès que les condicions econòmiques i socials afecten la salut mitjançant l'efecte que tenen sobre les condicions mediambientals, els hàbits i estils de vida, i el consum de béns i serveis de salut (5).

Tal com ja s'ha dit i d'acord amb la finalitat d'aquest estudi, no calen hipòtesis explícites que calgui comprovar (6) tot i que per avançar en la descripció i interpretació dels fets des de la perspectiva del marc teòric triat, convé ajudar-se dels pressupòsits dels enfocaments crítics culturalistes. El propòsit de considerar opcions complementàries a la culturalista –quan no alternatives– en l'estudi de les interrelacions entre la salut i la immigració, hi és perquè aquests enfocaments reconeixen implícitament el paper de les condicions socials i econòmiques com a creadores –o no– de salut i benestar, perquè admeten l'asimetria de poder com un element que configura les relacions entre migrants i professionals de la salut i perquè es decanten per actuar sobre les circumstàncies generadores de desigualtat que afecten la salut, més que no pas sobre la cultura. Aquestes tres proposicions constitueixen els eixos de reflexió i anàlisi que, a tall d'hipòtesis subjacents, inspiren els objectius d'aquest treball i n'han de guiar l'anàlisi i les conclusions.

### **3.1. Preguntes d'investigació**

1. Quin és el perfil sociodemogràfic del col·lectiu de magribins residents a Catalunya? Com es defineix en relació amb el dels autòctons?
2. Quin és l'estat de salut del col·lectiu magribí resident a Catalunya? Com es defineix respecte a l'estat de salut dels residents autòctons?
3. Com es percep l'efecte de l'experiència migratòria dels homes i dones magribins en la salut i el benestar?
4. Quin és el perfil d'utilització dels serveis de salut de l'usuari magribí resident a Catalunya i en què es diferencia del perfil dels autòctons?
5. Quins són i com es relacionen els elements amb què els usuaris magribins fonamenten el perfil d'accés i ús dels serveis de salut?
6. Com percep l'usuari magribí la seva relació amb els serveis públics de salut a Catalunya?
7. Quins són i com s'organitzen els factors identificats per l'usuari magribí com a modificadors de l'experiència de relació amb els serveis de salut?
8. Quines recomanacions, sorgides de l'anàlisi anterior, podrien contribuir a millorar la salut, el benestar i l'atenció a la salut del col·lectiu magribí resident a Catalunya així com la seva experiència de relació amb els serveis sanitaris públics?

### **3.2. Objectius**

#### **3.2.1. Objectiu general**

Identificar les necessitats de salut del col·lectiu de magribins residents a Catalunya basant-nos en l'estat dels determinants socials de salut, la situació de salut –percebuda i objectivada–, l'ús que fan dels serveis sanitaris i la percepció de relació amb la sanitat pública catalana, per tal d'explorar i proposar estratègies de millora de les condicions que en determinen la salut i el benestar.

#### **3.2.2. Objectius específics**

1. Estimar el perfil sociodemogràfic del col·lectiu de magribins residents a Catalunya.
2. Comparar el perfil sociodemogràfic estimat del col·lectiu de magribins residents a Catalunya amb el del conjunt de la població catalana.

3. Estimar, a grans trets, l'estat de salut del col·lectiu de magribins residents a Catalunya.
4. Comparar l'estimació de l'estat de salut del col·lectiu de magribins amb la del conjunt de la població catalana.
5. Revelar els mecanismes pels quals els usuaris magribins residents a Catalunya vinculen el procés migratori amb la salut i el benestar.
6. Estimar el perfil d'utilització dels serveis de salut de l'usuari magribí resident a Catalunya.
7. Comparar l'estimació del perfil d'utilització dels serveis de salut de l'usuari magribí amb el del conjunt de la població catalana.
8. Identificar els elements subjacents que, segons l'usuari magribí, determinen el seu perfil d'utilització dels serveis de salut.
9. Comprendre els mecanismes pels quals els elements identificats afecten el perfil d'utilització dels serveis de salut per part dels usuaris magribins.
10. Caracteritzar l'experiència de relació de l'usuari magribí amb els serveis públics de salut de Catalunya.
11. Identificar els factors que l'usuari magribí sent com a determinants de la relació amb els serveis públics de salut de Catalunya.
12. Comprendre com els factors identificats afecten la relació de l'usuari magribí amb els serveis públics de salut a Catalunya.
13. Determinar les necessitats de salut del col·lectiu de magribins residents a Catalunya, específiques dels eixos explorats: perfil sociodemogràfic, estat de salut, patró d'utilització dels serveis i experiència de relació amb els serveis públics de salut.
15. Elaborar propostes de millora de la situació dels eixos explorats.

### **3.3. Bibliografia**

- (1) Giger J, Davidhizar RE, Purnell L, Harden JT, Phillips J, Strickland O, et al. American Academy of Nursing Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *J Transcult Nurs* 2007 Apr;18(2):95-102.
- (2) Culley L. Transcending transculturalism? Race, ethnicity and health-care. *Nurs Inq* 2006 Jun;13(2):144-153.
- (3) Gustafson DL. Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science* 2005;28(1):2-16.

(4) Mota P. Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: UAB; 2007.

(5) Hernández Pedreño M. Estructura social y desigualdades en salud. RES 2002(2):97-112.

(6) Denman CA, Haro JA. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora; 2000.





## **4. METODOLOGIA**

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Tipus d'estudi

Les perspectives qualitativa i quantitativa han estat tradicionalment plantejades com a antagòniques pel que fa a les maneres d'entendre la realitat –aspectes paradigmàtics–, als camins per copsar-la –aspectes epistemològics–, a les diferents concepcions dels fenòmens socials –aspectes teòrics–, a les estratègies idònies per interrogar-la –aspectes metodològics–, i també pel que fa al paper del coneixement d'allò social en el posicionament davant dels problemes humans investigats –aspectes ètics i ideològics– (1). En els darrers 15 anys, però, s'han suavitzat les postures i una nova generació d'investigadors ha abandonat la guerra dels paradigmes i ha optat per una tercera via basada en la filosofia del pragmatisme, segons la qual la validesa d'una teoria científica rau en els seus efectes pràctics. Així doncs, és veritat el que funciona. En el context de la metodologia de la investigació, la perspectiva pragmàtica proposa que els mètodes i dissenys d'investigació són adequats o no en funció del que són capaços de fer (2). A la pràctica, la racionalitat pragmàtica està disposada a abraçar una combinació de mètodes si les preguntes d'investigació i els aspectes pràctics del context de la investigació així ho demanen (3).

Aquest és un estudi amb finalitat descriptiva i interpretativa de la realitat, que utilitza metodologia mixta –qualitativa i quantitativa– de manera complementària. La metodologia qualitativa i quantitativa utilitzada en mode complementari se serveix de diferents conjunts de dades que observen els fenòmens a estudi des de diferents punts de vista, sense que necessàriament una perspectiva hagi de corroborar l'altra. La metodologia mixta en mode complementari es fonamenta en el fet que mentre les dades quantitatives són útils per establir generalitzacions, les dades qualitatives ajuden a comprendre en profunditat els processos estudiats (4). En aquest cas, l'anàlisi de les dades de tots dos mètodes es juxtaposa i genera coneixements complementaris que junts creen una imatge més completa de l'objecte d'estudi (3).

Tot el procés, des de la concepció a l'anàlisi, està inspirat en la manera com la teoria postcolonial i feminista entén les relacions interculturals en salut. Per començar, el fet que les dades a analitzar provinguin de la percepció que l'usuari magribí té sobre la pròpia salut i les necessitats que sent en relacionar-se amb el sistema sanitari català en dóna fe, en tant que dóna veu als que fins ara no l'han tinguda. La sobrerrepresentació femenina dels informants, a part d'obeir a raons pràctiques com ara el fet que la gestió de la salut i el cuidatge familiar entre els magribins recau en les dones, també expressa la voluntat d'escoltar els que fins ara estaven doblement silenciats, això és, d'entre els magribins, les dones. Per altra banda, i aprofitant canvis recents en la recollida de dades socials i sanitàries, s'han pogut –i volgut– aprofitar amb idèntic propòsit les dades de l'Enquesta de Salut Catalunya 06 (ESCA 06), que per primer cop informa sobre l'origen dels enquestats. També, l'Encuesta Nacional de

Inmigrantes de l'any 2007 (ENI 07) ha permès d'explotar les dades sobre les persones d'origen magribí residents a Catalunya, a fi de completar-ne el perfil sociodemogràfic.

Pel que fa a l'anàlisi dels resultats, la teoria postcolonial i feminista hi és present en tant que es para especial atenció a descobrir, en les necessitats de salut expressades pels usuaris magribins, l'expressió de relacions desequilibrades en què una de les parts exerceix un poder sobre l'altra o, fins i tot, un cert grau de violència simbòlica. En contrapartida, també s'ha de dir que en aquest afany per explicar les necessitats de salut sentides per l'usuari magribí com a resultat d'un desequilibri de forces entre els homes i dones magribins i les institucions amb què s'han de relacionar per tenir cura de la seva salut, hi ha la intenció de cercar mostres de satisfacció de l'usuari i esbrinar-ne els factors i mecanismes que s'hi vinculen per a posteriorment preguntar-nos –i respondre, és clar– fins a quin punt la satisfacció de l'usuari es pot interpretar en funció de la interacció que l'usuari estableix amb les institucions i els professionals de salut. Una relació que es preveu, ara, lliure de jerarquies, i de desplegament bidireccional amb efectes a totes dues bandes.

Per bé que aquest estudi no pretén demostrar que les desigualtats socioeconòmiques que podrien afectar el col·lectiu de magribins respecte dels autòctons en determinarien l'estat de salut, sí que es planteja com un primer pas per evidenciar l'existència de desigualtats socioeconòmiques entre el col·lectiu estudiat i la població autòctona, i ho fa des del convenciment que les desigualtats socials s'entrecreuen amb la cultura per configurar la salut i el benestar que, en el contínuum en què s'expressen, també agafen forma de malaltia, vulnerabilitat i sofriment. Entenent la cultura –tal com ho fa la perspectiva postcolonial– com una creació externa amb voluntat de respondre de la identitat d'algú per boca d'altri, i –des de l'òptica feminista– com un element més que contribueix a explicar la desigualtat. Partint d'aquest antecedent, lògicament, l'anàlisi qualitativa de les dades estarà especialment atenta a descobrir raons de caire social i econòmic que ajudin a explicar la salut i benestar dels usuaris entrevistats, així com la manera com aquests usuaris perceben les relacions que mantenen amb el sistema de salut i els seus professionals

Al seu torn, la Seguretat Cultural, que orienta les concepcions teòriques del cuidar, és present en l'anàlisi dels resultats sobre la relació que mantenen cuidadors i cuidats o, el que ve a ser el mateix, usuaris magribins i professionals de la salut.

Finalment, l'objectiu de generar propostes de millora dóna fe de la voluntat última de servir –aquest treball– per millorar la salut, el benestar i la satisfacció dels usuaris magribins respecte del servei de salut. Determinació que enllaça clarament amb el propòsit de la teoria postcolonial i feminista de desenvolupar un coneixement transformatiu orientat a la justícia social.

## 4.2. Població i mostra d'estudi

La població a estudi és el col·lectiu de persones d'origen magribí residents a Catalunya. No obstant això i atès que aquest és un treball realitzat amb metodologia mixta, que ha analitzat dades prèviament recollides amb altres finalitats que no la d'aquest estudi, convé delimitar, per a cada una de les metodologies utilitzades, la mostra de referència a partir de la qual s'han estimat els indicadors sociodemogràfics i de salut, i s'han copsat les experiències de relació de l'usuari magribí amb els serveis públics de salut.

### 4.2.1. Mostra per a l'anàlisi quantitativa de dades

Per a la descripció demogràfica del col·lectiu de magribins residents a Catalunya s'ha acudit a les dades a 1 de gener de 2007 i 1 de gener de 2012 del padró continu de l'Institut Nacional d'Estadística (INE). L'opció de consulta ha estat *Revisión del padrón municipal. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Población extranjera por sexo, país de nacionalidad y edad*. En la consulta d'aquesta font, la consideració de magribí s'ha fet basant-nos en la nacionalitat, ja que si s'hagués fet segons el lloc de naixement haurien quedat excloses totes aquelles persones de procedència magribí nascudes a Espanya. Aquest fet s'ha considerat especialment important ja que la consulta al padró continu s'ha utilitzat per elaborar les piràmides de població del col·lectiu en diferents moments d'aquest treball.

Les nacionalitats considerades en la selecció de magribins del padró continu han estat les corresponents al Magrib modern, a saber, la marroquina, l'algeriana, la tunisiana i la mauritana. Se n'ha exclòs la líbia perquè l'INE no en dóna dades per separat.

L'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2006 (ESCA 06) és la darrera d'àmbit autonòmic disponible en el moment de l'anàlisi de dades (desembre de 2010). Les dades que han servit per estimar la situació sociodemogràfica, l'estat de salut, i el perfil d'accés i ús dels serveis sanitaris provenen del fitxer d'adults ( $\geq 15$  anys) de l'ESCA 06. Com sigui que l'ESCA 06 inclou informació de la població resident a Catalunya, sia immigrant o nacional, és la que s'ha fet servir per a les comparacions entre els col·lectius magribí i autòcton.

Els enquestats a l'ESCA 06 són una mostra de les persones no institucionalitzades residents a Catalunya, representativa de cada una de les unitats territorials definides seleccionades a partir del Registre de Població de Catalunya de l'Institut d'Estadística de Catalunya. Han quedat, doncs, excloses les persones que habitualment viuen a residències o establiments col·lectius i les que no consten al registre de població de Catalunya (5).

Pel que fa a les dades corresponents a les persones d'origen magribí, s'ha utilitzat la submostra *Nacionalitat estrangera agrupada: Nord d'Àfrica* ( $n = 318$ , 302 persones nascudes al Marroc i 16 a Algèria). Per a l'establiment de comparacions entre el col·lectiu de magribins i el

d'autòctons, s'ha utilitzat, a més, la submostra *Nacionalitat estrangera agrupada: No nacionalitat estrangera* (n = 14.704).

Per completar el perfil sociodemogràfic del col·lectiu de magribins residents a Catalunya s'han explotat les microdades de l'Encuesta Nacional de Inmigrantes de l'any 2007 (6) (ENI 07) realitzada per l'INE. L'ENI 07 és una enquesta única realitzada amb l'objectiu d'aprofundir en l'anàlisi de les dimensions socials i econòmiques del fenomen migratori. Programada per l'INE, en col·laboració amb el Ministeri de Treball i Immigració i el Departament de Població de la Facultat de Sociologia de la Universitat Complutense de Madrid, la recollida de dades es va realitzar entre novembre de 2006 i febrer de 2007

L'estudi va considerar immigrants totes aquelles persones de més de 16 anys nascudes fora d'Espanya que en el moment de la recollida de dades portaven, si més no, un any de residència al país, o bé, cas que no fos així, tenien previst de quedar-s'hi, com a mínim, tot aquest temps. A l'ENI 07 es van realitzar un total de 15.465 entrevistes, de les quals 330 corresponen a persones originàries de països del Magrib que residien en aquell moment a Catalunya. Malgrat que per segmentar les dades de l'enquesta original i aïllar-ne la submostra de magribins residents a Catalunya s'ha considerat com a magribins aquelles persones nascudes al Marroc, Algèria, Tunísia, Líbia o Mauritània; el cert és que la submostra està formada per un 91,2 % de marroquins i un 6,7 % d'algerians que, de fet, són els principals països d'origen entre els magribins residents a Catalunya i també a Espanya.

#### **4.2.2. Mostra per a l'anàlisi qualitativa de dades**

La mostra d'informants a partir dels quals s'han recollit les dades qualitatives ha estat una mostra intencional, guiada a partir de les necessitats d'informació detectades així que anava avançant l'anàlisi temàtica de les dades. A priori es van definir diferents perfils per tal que abastessin tot el ventall d'informants necessari per a la saturació de la informació. Així doncs, es va creure convenient incloure usuaris magribins del sistema de salut amb experiència d'utilització recent –menys de sis mesos–, de diferent sexe, edat, filiació cultural –àrab o berber–, nivell d'instrucció, domini lingüístic i àmbit de procedència –rural o urbà–. També es va pensar que calia incloure usuaris en situacions legals diverses, tot i que finalment es va desestimar aquesta possibilitat ja que el filtratge per aquesta característica dificultava en gran manera el reclutament de voluntaris i l'acceptació d'enregistrament de les declaracions. L'objectiu d'incloure usuaris en situacions legals diverses era el de copsar l'experiència d'aquelles persones amb més dificultats d'accés i ús del sistema de salut, perquè es presumia que la situació legal determinava l'experiència de l'usuari en aquest sentit. Finalment, i en substitució d'aquesta opció, es va optar per assegurar la presència d'informants amb menys d'un any d'antiguitat a Catalunya, i incloure el testimoni de dues persones amb necessitat sentida d'ús dels serveis ordinaris de salut, però sense possibilitat d'accedir-hi per no tenir tarja

sanitària, ja que es va pensar que l'efecte d'aquesta circumstància en l'experiència de relació amb el sistema de salut podia ser semblant al de trobar-se en situació irregular.

No va ser possible organitzar cap grup focal íntegrament masculí. Els homes que han col·laborat en aquest treball ho han fet mitjançant la participació en grups focals mixtos o a través d'una entrevista individual.

Amb la progressió de la recollida de dades i a fi de proporcionar informació des d'una perspectiva no tan individual i més global, es va considerar necessari demanar el testimoni d'adults magribins que estiguessin treballant com a mediadors interculturals en salut per al col·lectiu estudiat, o bé que ho haguessin fet en el passat.

El desenvolupament del treball i un primer nivell d'anàlisi van aconsellar incloure en la mostra d'informants la presència d'algun traductor informal, presència que es va cobrir amb la participació d'una persona –una dona jove– que ha actuat regularment fent aquesta tasca des que era una nena.

Pel que fa al sexe dels entrevistats, cal dir que s'ha buscat una sobrerrepresentació de les dones com a informants. La primera raó d'aquesta acció premeditada ha estat la consideració de les dones com a agent de salut per antonomàsia a la família, tal com sostenen Bermann i Lurbe al seu informe sobre la salut i el Marroc (7). Hi ha, però, una altra raó. Una raó que es recolza en l'orientació teòrica d'aquest estudi, preocupat per escoltar les veus dels que fins ara han hagut de callar i per buscar ressorts que promoguin l'apoderament dels que no en tenen, de poder. Amartya Sen (8) defensa el paper de les dones com a agents actius de canvi, promotores de transformacions socials que poden alterar tant la pròpia vida com la de tota la societat. Està indiscutiblement provat –diu– que l'educació de les dones i la seva capacitat per llegir i escriure s'associa a la reducció de la mortalitat. És més, l'agència i la veu de les dones pot influir en el caràcter del debat públic sobre gran varietat de qüestions socials. Des d'aquesta perspectiva, doncs, cal considerar el sobremostreig femení com un instrument necessari tant pel que fa a l'emergència de les necessitats de salut, com a la detecció de possibles àrees d'intervenció i la formulació de propostes de millora, d'acord amb els principis rectors d'aquest treball.

L'accés als informants es va fer a partir de la tècnica de *bola de neu*, segons la qual el reclutament de participants es fa des de l'accés a persones significatives que, al seu torn, van proporcionant altres contactes fins que es completa el ventall de participants previst i se saturen les dades. Es va acceptar que les dades estaven saturades quan a la codificació ja no hi apareixien noves categories (9).

Els mediadors interculturals en salut van ser reclutats a partir del contacte amb les institucions per a les quals treballaven, i van ser entrevistats després que tant la institució com el professional coneguessin el projecte, la metodologia i els objectius de treball, i acceptessin de

col·laborar-hi. Els mediadors que finalment van aportar el seu testimoni cobrien les àrees del Tarragonès, l'Alt Camp, la Conca de Barberà, el Baix Camp i el Baix Penedès

La captació d'usuaris que acceptessin de participar a l'estudi es va fer a partir de persones significatives amb capacitat de contactar amb membres de la comunitat. Les persones que van fer aquesta feina, o bé eren persones d'origen magribí accessibles en primera instància a l'investigador, o bé professionals amb contactes privilegiats dins del col·lectiu, capaços de reclutar usuaris o grups d'usuaris, o capaços de contactar amb altres persones que ho fessin. Entre els professionals que van actuar com a intermediaris en el contacte dels informants finals hi va haver professionals sanitaris, treballadors socials en centres de salut, tècnics d'immigració d'ajuntaments o consells comarcals, mediadors interculturals en salut i voluntaris que treballaven en tasques d'integració i capacitació del col·lectiu de magribins. Alguns d'aquests professionals van contactar amb els informants a títol individual i d'altres ho van fer en nom de la institució per a la qual treballaven. En qualsevol cas, totes les persones i institucions que van ajudar en el reclutament d'informants van accedir prèviament al protocol de l'estudi, el van aprovar i van acceptar voluntàriament de participar-hi.

Els adults magribins –usuaris i mediadors– que finalment van acceptar de participar com a informadors, corresponien a les àrees del Tarragonès, l'Alt Camp, la Conca de Barberà, el Baix Camp i el Baix Penedès.

A la taula 4.2.1 es mostren amb detall les característiques dels informants. A la taula 4.2.2 es descriu la composició dels grups focals.



**TAULA 4.2.1: CARACTERÍSTIQUES DELS INFORMANTS**

	Usuaris		Mediadors		Total	
Edat en anys: mitjana (IC 95 %)	35 (33 - 38)		39 (30 - 47)		36 (33 - 38)	
Durada de l'entrevista en minuts: mitjana (IC 95 %)	69' (63' - 75')		76' (57' - 95')		70' (64' - 75')	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexe</b>						
Home	9	14,3 %	1	16,7 %	10	14,5 %
Dona	54	85,7 %	5	83,3 %	59	85,5 %
<b>Any d'arribada</b>						
Abans de 1995	2	3,2 %	0	0,0 %	2	2,9 %
1995-1997	6	9,5 %	1	16,7 %	7	10,1 %
1998-2000	5	7,9 %	0	0,0 %	5	7,3 %
2001-2003	13	20,6 %	2	33,3 %	15	21,7 %
2004-2006	18	28,6 %	3	50,0 %	21	30,4 %
2007-2009	14	22,2 %	0	0,0 %	14	20,3 %
Any 2010	5	7,9 %	0	0,0 %	5	7,3 %
<b>Tipus d'entrevista</b>						
Focal	57	90,5 %	0	0,0 %	57	82,6 %
Individual	6	9,5 %	6	100,0 %	12	17,4 %
<b>Adscripció cultural</b>						
Àrab	39	61,9 %	5	83,3 %	44	63,8 %
Berber	24	38,1 %	1	16,7 %	25	36,2 %
<b>Entorn de procedència</b>						
Rural	21	33,3 %	2	33,3 %	23	33,3 %
Urbà	42	66,7 %	4	66,7 %	46	66,7 %
<b>Maneig lingüístic</b>						
Nul o baix	41	65,1 %	0	0,0 %	41	59,4 %
Bàsic	19	30,2 %	0	0,0 %	19	27,5 %
Avançat	3	4,8 %	6	100,0 %	9	13,0 %
<b>Nivell d'instrucció</b>						
No sap llegir ni escriure	20	31,7 %	0	0,0 %	20	29,0 %
Sap llegir i escriure	7	11,1 %	0	0,0 %	7	10,1 %
Est. primaris	13	20,6 %	0	0,0 %	13	18,8 %
Est. secundaris	15	23,8 %	1	16,7 %	16	23,2 %
Universitaris	8	12,7 %	5	83,3 %	13	18,8 %
<b>Experiència d'atenció</b>						
Primària i hospitalària	55	87,3 %	5	83,3 %	60	87,0 %
Primària	6	9,5 %	1	16,7 %	7	10,1 %
Necessitat sentida	2	3,2 %	0	0,0 %	2	2,9 %

**TAULA 4.2.2: DESCRIPCIÓ DELS GRUPS FOCALS**

ID. GRUP	Segmentació	Número de participants	Durada sessió	Sexe	Edat: mediana (mín. - màx.)	Domini lingüístic: n (%)	Adscripció cultural: n (%)	Entorn procedència: n (%)	Nivell d'estudis: n (%)
GF1	Dones. Àrabs. Baix domini lingüístic.	6	44'	Dones: 6 (100 %)	34 (21 - 55)	Nul o baix: 6 (100 %)	Àrab: 6 (100 %)	Urbà: 5 (83,3 %) Rural: 1 (16,7 %)	Analfabetes: 2 (33,3 %) Alfabetitzades: 1 (16,7 %) Est. 1º: 1 (16,7 %) Est. 2º: 2 (33,3 %)
GF2	Dones. Àrabs. Universitàries.	3	137'	Dones: 3 (100 %)	30 (25 - 37)	Bàsic: 2 (66,7 %) Alt: 1 (33,3 %)	Àrab: 3 (100 %)	Urbà: 2 (66,7 %) Rural: 1 (33,3 %)	Superiors: 3 (100 %)
GF3	Dones. Berbers. Sense estudis 1º acabats. Baix domini lingüístic. Entorn rural.	7	77'	Dones: 7 (100 %)	36 (27 - 42)	Nul o baix: 7 (100 %)	Berber: 7 (100 %)	Rural: 7 (100 %)	Analfabetes: 3 (42,9 %) Alfabetitzades: 4 (57,1 %)
GF4	Dones. Àrabs. Baix domini lingüístic.	5	46'	Dones: 5 (100 %)	35 (27 - 41)	Nul o baix: 5 (100 %)	Àrab: 5 (100 %)	Urbà: 1 (20 %) Rural: 4 (80 %)	Analfabetes: 2 (40 %) Alfabetitzades: 2 (40 %) Est. 2º: 1 (20 %)
GF5	Dones. Berbers. Baix domini lingüístic.	4	58'	Dones: 4 (100 %)	39,5 (28 - 55)	Nul o baix: 4 (100 %)	Berber: 4 (100 %)	Urbà: 3 (75 %) Rural: 1 (25 %)	Analfabetes: 3 (75 %) Est. 2º: 1 (25 %)
GF6	Dones. Àrabs. Estudis 1º o 2º acabats.	5	55'	Dones: 5 (100 %)	28 (19 - 43)	Nul o baix: 1 (20 %) Bàsic: 4 (80 %)	Àrab: 5 (100 %)	Urbà: 4 (80 %) Rural: 1 (20 %)	Est. 1º: 2 (40 %) Est. 2º: 3 (60 %)
GF7	Dones. Àrabs. Estudis 1º o 2º acabats. Entorn urbà.	3	52'	Dones: 3 (100 %)	28 (27 - 32)	Nul o baix: 2 (66,7 %) Bàsic: 1 (33,3 %)	Àrab: 3 (100 %)	Urbà: 3 (100 %)	Est. 1º: 2 (66,7 %) Est. 2º: 1 (33,3 %)
GF8	Mixt. Domini lingüístic bàsic. Entorn urbà.	9	91'	Dones: 6 (66,7 %) Homes: 3 (33,3 %)	26 (22 - 37)	Bàsic: 9 (100 %)	Àrab: 5 (55,6 %) Berber: 4 (44,4 %)	Urbà: 9 (100 %)	Est. 1º: 3 (33,3 %) Est. 2º: 3 (33,3 %) Superiors: 3 (33,3 %)
GF9	Mixt. Domini lingüístic bàsic. Entorn urbà.	4	96'	Dones: 1 (25 %) Homes: 3 (75 %)	28,5 (24 - 45)	Bàsic: 4 (100 %)	Àrab: 3 (75 %) Berber: 1 (25 %)	Urbà: 4 (100 %)	Est. 1º: 1 (25 %) Est. 2º: 2 (50 %) Superiors: 1 (25 %)
GF10	Dones. Domini lingüístic baix.	11	67'	Dones: 11 (100 %)	43 (24 - 52)	Nul o baix: 11 (100 %)	Àrab: 6 (54,5 %) Berber: 5 (45,5 %)	Urbà: 10 (90,9 %) Rural: 1 (9,1 %)	Analfabetes: 8 (72,7 %) Est. 1º: 1 (9,1 %) Est. 2º: 2 (18,2 %)

### 4.3. Recollida de dades

Les dades de l'ESCA 06 van ser recollides per l'Institut Estadístic de Catalunya (IDESCAT), entre desembre de 2005 i juny de 2006, i van ser facilitades pel Departament de Salut després de complir amb els requisits exigits per a la cessió de dades a investigadors, a saber: informació identificativa del sol·licitant i del projecte que es durà a terme, declaració del compromís de mantenir el secret estadístic, no utilitzar les dades per a altres finalitats que les que s'especifiquen a la sol·licitud, citar l'ESCA com a font d'informació de les dades i enviar a la Direcció General de Planificació i Avaluació una còpia del treball realitzat.

Les dades de l'ENI 07 van ser recollides per l'Institut Nacional d'Estadística entre novembre de 2006 i febrer de 2007. L'accés a les dades de l'ENI 07 és lliure i està dipositat en forma de fitxer de microdades a la web de l'INE (6).

La recollida de dades per conèixer l'experiència de relació dels usuaris magribins amb els serveis de salut es va dur a terme mitjançant dues tècniques diferents: l'entrevista individual semiestructurada i els grups focals. L'entrevista individual admet un tractament de la informació més íntim i permet aprofundir en les respostes (10). Al seu torn, la interacció dels grups focals pot estimular respostes enriquidores i idees valuoses (10), i ajuda a aprofundir en el discurs social (11). Quant a l'assignació de les tècniques de recollida de dades a la tipologia dels informants, es va considerar que els mediadors s'havien d'entrevistar individualment a fi d'aprofundir en la visió global dels fets a estudiar. Pel que fa als usuaris, i amb l'objectiu d'estimular la discussió, es va pensar en la tècnica de grups focals. Alguns usuaris van expressar la seva oposició a participar en grups focals, i d'altres van tenir problemes de disponibilitat horària per assistir a la reunió, per la qual cosa, en totes dues circumstàncies se'ls va oferir la possibilitat de participar a l'estudi mitjançant entrevista individual. És per això que alguns usuaris han participat a l'estudi a través d'entrevistes individuals i no pas mitjançant grups focals, que seria la tècnica de recollida de dades que, en principi, els hauria estat assignada.

Per a totes dues tècniques es va fer servir l'entrevista semiestructurada amb menció de temes clau i mostra de preguntes per iniciar la conversa. El document guia de recollida de dades va ser diferent segons si l'informant ho feia en qualitat d'usuari o de mediador / acompanyador informal. A l'annex 1 es poden consultar els temes del guió segons la tipologia dels informants i les preguntes gatell associades. En alguns casos, els entrevistats en qualitat de mediadors o traductors van aportar també la seva experiència com a usuaris, sense que es generés un nou model d'entrevista per als informadors que actuaven d'aquesta manera.

Malgrat el guió de què es disposava per seguir l'entrevista, tots els informants, lliurement, van poder aprofundir en els temes proposats i en van encetar de nous si ho van considerar interessant.

Les tres primeres sessions amb grups focals van servir, a tall de prova pilot, per acabar de perfilar el *com* i el *què* de les successives intervencions de recollida de dades. En aquest sentit es van delimitar els temes de discussió, es van concretar preguntes que ajudessin a iniciar la conversa i es va constatar la necessitat de conduir totes les entrevistes a usuaris amb un traductor d'àrab o berber –segons calgués– extern al grup i amb experiència en aquesta tasca, ja que es va veure que les habilitats lingüístiques que capaciten per a accions concretes de la vida diària no sempre són suficients per a la comprensió i expressió sobre temes més abstractes com ara el d'aquest treball. Pel que fa a les qüestions a tractar, en veure que la participació de nens i nenes com a traductors informals en les interaccions dels usuaris amb els professionals de la salut era un tema que sorgia espontàniament i que podia ser important, es va decidir incloure'l en el guió general de les entrevistes individuals i les sessions amb grups focals.

Després de la prova pilot, també es va decidir completar el consentiment oral amb un document escrit de consentiment informat en àrab, que es va començar a elaborar a partir d'aquell moment i que va estar disponible el febrer de 2010.

La realització d'entrevistes i sessions amb grups focals va tenir lloc entre maig de 2009 i març de 2011. En total es van fer 12 entrevistes individuals, 6 a usuaris –un d'ells amb experiència com a traductor informal– i 6 a mediadors, i 10 sessions amb grups focals, tots ells d'usuaris.

Les entrevistes individuals van tenir lloc en un espai proposat per l'entrevistat. Les sessions amb grups focals es van desenvolupar en espais neutrals acordats per totes dues parts o en espais familiars per als participants, ja que molts d'ells eren grups organitzats prèviament per a altres finalitats com ara alfabetització, veïnatge, amistat, etc. Totes les accions de recollida de dades van ser conduïdes pel mateix entrevistador, el doctorand d'aquesta tesi.

Les sessions amb informants no competents en català o castellà van comptar amb un traductor d'àrab o amazic, segons quina fos la llengua d'expressió del grup o la persona. Tal com ja ha estat dit, a partir de la tercera sessió amb grups focals, el traductor va ser una persona externa al grup de discussió, amb experiència prèvia en aquesta tasca. El traductor va participar a les sessions de dues maneres. La primera, com a traductor i intèrpret entre els usuaris i l'investigador. La segona, corroborant la comprensió o aclarint la significació de les aportacions tant dels informants com de l'investigador. Aquest fet ha donat lloc a dues menes de discurs, a saber: un en llenguatge indirecte, quan el nivell de comprensió i expressió dels usuaris en català o castellà era tan baix que requeria traducció completa de les declaracions dels participants. L'altre, un discurs en estil directe, en un llenguatge més o menys rudimentari que respon a l'expressió de persones amb un cert nivell de competència en català o castellà. En aquests casos i per tal d'assegurar-nos la comprensió del sentit original de les declaracions, tot i conservar aquestes la forma en què van ser emeses, el traductor va actuar verificant la

correcta comprensió de l'investigador i els participants i, quan va ser necessari, aclarint el significat dels missatges, tant de les respostes com de les preguntes.

Totes les reunions i entrevistes van ser enregistrades en àudio i transcrites. La transcripció literal de les declaracions es va fer, només, sobre els continguts traduïts, interpretats o corroborats pel traductor al llarg de la reunió. En cap cas, i per raons òbvies, es van transcriure les declaracions en àrab o amazic dels informants.

#### **4.4. Consideracions ètiques**

El model de les Quatre Rs de Kirkness i Barnhardt (12) –pensat per a la relació amb les comunitats indígenes de l'Amèrica del Nord– proporciona un marc ètic per a la investigació sobre la interculturalitat aplicada a la salut, en tant que els principis que proclama són, a saber: el respecte o, encara millor, la valorització de la saviesa de *l'altre*, la rellevància del tema d'estudi a ulls dels protagonistes –la qual cosa significa investigar en col·laboració amb els membres de la comunitat–, la reciprocitat que comporta un procés d'aprenentatge bidireccional que garanteixi que la comunitat es beneficia de la investigació, i la responsabilitat de sotmetre's a les pautes ètiques que dicten les institucions de referència. Per totes aquestes *erres* –raons–, tant el disseny del treball, com les intervencions de recollida de dades i el tractament de la informació han estat inspirats en el marc ètic per a la investigació intercultural en salut que proporciona el model de les Quatre Rs de Kirkness i Barnhardt (12), els eixos centrals del qual són el respecte, la rellevància, la reciprocitat i la responsabilitat.

Tal com ja s'ha dit, totes les persones i institucions que van col·laborar com a intermediaris en tasques de mostreig i localització d'informants, van tenir accés a informació sobre el projecte, amb detall de la metodologia i objectius, i van acceptar lliurement de participar-hi.

Totes les persones que van ser entrevistades o van participar en les sessions amb grups focals van ser informades prèviament per la persona de contacte sobre els objectius de l'estudi i les tècniques de recollida de dades i van acudir lliurement el dia i hora acordats per a l'entrevista o la sessió amb el grup focal. No obstant això, immediatament abans de les intervencions de recollida de dades tots els participants a l'estudi van donar el seu consentiment verbalment o per escrit.

Pel que fa al consentiment verbal, prèviament a les entrevistes i sessions amb grups focals, l'entrevistador explicava als informants els objectius del treball, la metodologia i tècniques de recollida de dades, la necessitat de gravar l'àudio de les entrevistes o sessions amb grups focals i el compromís de confidencialitat mitjançant el qual la investigadora es comprometia a utilitzar la informació només amb finalitat investigadora i a no desvetllar cap detall que permetés la identificació dels participants. Seguidament, aquesta informació era traduïda per l'intèrpret i abans de seguir es demanava conformitat als participants.

Quant al consentiment escrit, es va elaborar un document en àrab, traducció jurada d'un altre document en castellà, on s'informava als participants dels mateixos aspectes de què s'informava en la petició de consentiment oral, se'ls oferien les mateixes garanties i se'ls demanava si, voluntàriament, acceptaven de participar com a informants en el projecte. El consentiment escrit va estar disponible per a totes les entrevistes individuals i els grups focals posteriors a febrer de 2010.

Tots els informadors amb possibilitats de llegir i escriure en àrab que van participar a l'estudi amb posterioritat a febrer de 2010 van signar el consentiment informat. La resta van donar la seva aprovació verbal. A l'annex 2 es pot consultar el contingut del consentiment escrit.

#### **4.5. Anàlisi dels resultats**

Per a l'anàlisi dels resultats s'imposen dues parts ben diferenciades.

##### **4.5.1. Anàlisi quantitativa**

Les variables analitzades de l'ESCA 06 són variables sociodemogràfiques, econòmiques, d'estat de salut, d'hàbits i estil de vida, sobre accés i ús dels serveis de salut, i valoració del sistema sanitari.

L'anàlisi de les dades de l'ENI 07 s'ha fet sobre variables sociodemogràfiques, econòmiques i laborals, de situació legal, procés migratori i participació social.

Atès que l'ENI 07 proporciona un factor d'elevació a persones, tots els resultats derivats d'aquesta font que es presenten en aquest treball han estat ponderats segons aquest factor.

L'anàlisi quantitativa aplicada a les dades obtingudes de l'ESCA 06 i l'ENI 07 ha consistit en una anàlisi descriptiva de les variables estudiades. Les dades de l'ESCA 06 s'han analitzat separatament per al grup d'immigrants magribins i per al grup d'autòctons, i posteriorment s'han comparat els resultats dels dos grups analitzats. Les dades de l'ENI 07 es refereixen, només, al col·lectiu de magribins residents a Catalunya en el moment de l'enquesta.

Tant pel que fa a la descripció de l'estat de les variables a estudi per al col·lectiu de magribins com a la comparació dels resultats entre magribins i autòctons, l'anàlisi s'ha fet de manera global per a tot el col·lectiu i desagregada per sexe i grups d'edat quan s'ha considerat que la natura de la variable ho aconsellava i sempre que la mida mostral ho ha permès. Com que la mida mostral del col·lectiu de magribins (ESCA 06, n = 318, i ENI 07, n = 330) no admet gaires desagregacions sense posar en perill la potència dels resultats, els grups d'edat en què s'ha desagregat la mostra van de 15 a 44 anys, de 45 anys a 64 i de 65 anys endavant. Per a l'anàlisi de les dades en grups d'edat s'ha prescindit del grup de majors de 64 anys perquè la mostra de magribins en aquesta franja etària és massa petita (ESCA 06, n = 10, i ENI 07, n =

20) i no admet comparacions amb la mostra d'autòctons d'aquest mateix grup, que és de 3.490. Per altra banda, haver establert només dos grups de comparació, un de 15 a 44 anys i un altre per a majors de 45, hauria comportat un pes excessiu dels majors de 64 anys en el grup d'autòctons respecte al de magribins, ja que la proporció dels que tenen 65 anys o més en el grup dels majors de 44 és de 0,45 per als autòctons de l'ESCA 06, de 0,20 per als magribins de la mateixa font i 0,29 a l'ENI 07. L'establiment del límit del primer grup d'edat s'ha situat en 44 anys per dues raons. En primer lloc, pel fet que la franja d'edat que va dels 15 als 44 anys concentra el 67,8 % de tots els magribins residents a Catalunya l'any 2006 (13). Per altra banda, establir aquesta frontera pot ajudar a diferenciar estats de salut que canvien amb l'edat i que de no establir aquesta divisió quedarien diluïts pel gran pes que la població jove –de 15 a 44 anys– té entre el col·lectiu procedent de l'Àfrica del Nord.

Els resultats descriptius de les variables qualitatives s'han donat en percentatge i els de les variables contínues en mitjanes i percentils. Pel que fa a les comparacions, per a les variables categòriques, s'ha utilitzat la prova Z de comparació de proporcions. Els contrastos entre variables quantitatives s'han fet amb la prova t de Student de comparació de mitjanes per a mostres independents. Sempre que s'han realitzat comparacions múltiples s'ha aplicat la correcció de Bonferroni. El nivell de significació per a les diferències s'ha establert en  $p < 0,05$ .

Quan el nombre d'opcions de resposta de les variables qualitatives ha estat tan elevat que l'anàlisi obligava a disgregar les dades en excés fins al punt d'impedir l'aplicació de proves estadístiques, s'ha procedit a fondre-les en nivells superiors d'agregació, a fi de guanyar representativitat encara que sigui a costa de perdre matisos informatius. A l'annex 3 es pot observar com s'han transformat les variables que han requerit un nivell superior d'agregació.

Pel que fa a les dades sobre la renda, la informació a l'ESCA 06 es dona en forma categòrica, és a dir, els individus declaren en quin dels diferents intervals predefinits a l'enquesta es situen els seus ingressos. A fi d'obtenir mesures resum de la distribució de la renda, s'ha assignat a cada individu la renda mitjana de l'interval on aquest situava la seva renda, tenint en compte que per a l'assignació de l'últim interval, que no té límit superior, s'ha creat un límit superior afegint al límit inferior de l'interval l'amplitud de l'interval anterior augmentada en un 50 % (annex 4).

Pel que fa a l'ENI 07, les dades sobre renda s'han donat, per defecte, amb la xifra d'ingressos mensuals nets, tenint en compte les pagues extres i altres ingressos extraordinaris. Les persones enquestades que no han sabut donar la quantitat exacta d'ingressos mensuals, s'han localitzat en algun dels trams proposats per l'enquestador. En aquests casos, i a fi de poder realitzar els càlculs relacionats amb la renda, l'assignació d'una xifra concreta a cada tram s'ha fet seguint la mateixa mecànica utilitzada per als trams de l'ESCA 06 (annex 4).

El tractament estadístic de les dades s'ha fet amb el paquet estadístic SPSS 15.

#### **4.5.2. Anàlisi qualitativa**

Les dades obtingudes s'han sotmès a una anàlisi del contingut. L'anàlisi del contingut va més enllà de la descripció dels components obvis i visibles de les dades –el contingut manifest– i es dedica a interpretar-les, a realitzar-ne una abstracció que en permeti l'accés als significats ocults (14).

Després que el material enregistrat ha estat transcrit s'ha procedit a fer-ne una lectura atenta per tal d'identificar els temes i conceptes emergents que han servit per refinar les estratègies de recollida de dades i intervenir en la selecció d'informants. Posteriorment s'ha procedit a identificar les unitats de registre<sup>1</sup> per codificar-les i categoritzar-les mitjançant codificació oberta. Les categories emergides en aquest nivell s'han integrat en un nivell superior d'agregació segons si representaven propietats o dimensions d'un mateix concepte. La interpretació de les dades ha buscat establir relacions entre els diferents nivells d'organització del contingut, ja sigui entre les categories, entre els conceptes o entre categories i conceptes. L'anàlisi d'aquestes relacions està representat al final de cada capítol en el quadre de comprensió general del tema.

Malgrat que per a la descripció de les accions, l'anàlisi pugui semblar un procés lineal, en realitat no ha estat així i, de fet, la seqüència dels procediments ha estat recurrent i retroactiva, caracteritzada per un anar i venir constant de les dades a les categories, conceptes i relacions, i al revés, amb l'objecte de progressar i aprofundir en l'anàlisi dels resultats, redefinir categories i conceptes i repensar les relacions establertes.

La sistematització de la categorització i l'anàlisi s'ha fet amb ajuda del programa ATLAS-ti, versió WIN 5.0.

#### **4.6. Estratègies de rigor metodològic**

El contacte amb les persones entrevistades i la possibilitat d'empatitzar-hi obliguen a reflexionar sobre la validesa de l'anàlisi duta a terme per la mateixa persona que realitza les accions de recollida de dades. És per això que les anàlisis qualitatives, fetes en primera instància per l'investigador principal d'aquest treball, es van sotmetre a la consideració de versemblança de dos professionals sanitaris amb experiència en l'atenció d'usuaris magribins i a la d'un altre professional no sanitari coneixedor del col·lectiu estudiat. Les unitats d'anàlisi a verificar es van organitzar per temes emergents –els mateixos que després han servit per estructurar la presentació dels resultats– i per a cada un d'ells es va realitzar consideració de versemblança en dos temps. En un primer moment, cadascuna de les persones que havia de valorar la versemblança considerava individualment la primera anàlisi realitzada per l'investigador principal. En una segona seqüència, es confirmava l'anàlisi preliminar o es

---

<sup>1</sup> Una unitat de registre és la part d'una unitat de mostreig que pot ser analitzada de manera independent (15).



discutien i resolien les discrepàncies mitjançant reunió presencial dels quatre investigadors implicats en la tasca.

Una altra estratègia per afegir rigor a l'estudi ha estat la triangulació, que s'ha desplegat en dos àmbits. D'una banda, la triangulació metodològica corresponent a la metodologia mixta que se serveix de metodologia qualitativa i quantitativa per copsar l'objecte d'estudi, i de l'altra, dins de la metodologia qualitativa, la utilització de diferents tècniques de recollida de dades, en concret l'entrevista individual i les sessions amb grups focals.

El marc teòric en què s'enquadra aquest treball, que considera el sofriment i la salut com a profundament encastats en el context històric, polític i social, no autoritza a conformar-se –només– amb la cerca de casos que s'expressin en clau de sofriment i malestar, i, en bé del rigor metodològic, s'està obligat a la cerca activa de casos negatius, és a dir, de casos en què els usuaris s'expressin en clau de benestar i salut a fi de descobrir-hi quines i de quina mena són les raons implicades, ara, en la creació d'una experiència de salut i relació amb els serveis sanitaris francament satisfactòria.

#### 4.7. Bibliografia

- (1) Denman CA, Haro JA. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora; 2000.
- (2) Tashakkori A, Teddlie C. Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2003.
- (3) Brannen J. NCRM Methods Review Papers, NCRM/005. Mixed Methods Research: A discussion paper. 2005.
- (4) Brannen J. Working qualitatively and quantitatively. A: Seale C, Gobo G, Gubrium JF, Silverman D, editors. Qualitative Research Practice. 1a ed. London: Sage Publications Ltd; 2004. pp. 312-326.
- (5) Mompert A, Medina A, Brugulat P, Tresserras R. Encuesta de Salud Catalunya. Un instrumento de planificación sanitaria. Índice Revista de estadística y sociedad 2007 Enero(20):19-22.
- (6) Instituto Nacional de Estadística. Ficheros de microdatos. 2012; Disponible a: <http://www.ine.es/prodyser/microdatos.htm>. Consultat 12-11-2011.
- (7) Bermann S, Lurbe K. La salut i el Marroc. Guia de suport als professionals sanitaris sobre l'atenció sanitària a la població immigrada procedent del Marroc. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. Departament de Salut ed. Barcelona; 2008.
- (8) Amartya S. Desarrollo y libertad. 1a ed. Barcelona: Planeta; 2000.
- (9) Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. Field Methods 2006 February 01;18(1):59-82.
- (10) Vallés M. Técnicas cualitativas de la investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1999.

- (11) Romo M, Castillo C. Metodologías de las ciencias sociales aplicadas al estudio de la nutrición. Revista chilena de nutrición 2002;29(1):14-22.
- (12) Kirkness VJ, Barnhardt R. First nations and higher education: the four Rs-respect, relevance, reciprocity, responsibility. Journal of American Indian Education 1991;30(3):1-15.
- (13) Idescat. Idescat. Població estrangera. Per grups d'edat i sexe. Catalunya. 2006 Disponible a: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=1&t=2006>. Consultat 3-11-2012.
- (14) Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004 2;24(2):105-112.
- (15) Andréu Abela J, Fundación Centro de Estudios Andaluces. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002.



## **5. RESULTATS**

## **5.1. MAGRIBINS A CATALUNYA. QUI SÓN? COM VIUEN?**

### **5.1.1. Introducció**

La desigualtat social en salut es refereix a les diferències d'oportunitats i recursos associats a la salut que es troben entre les persones de diferent classe social, gènere, ètnia o territori, que fan que els col·lectius més afavorits presentin millor estat de salut que la resta (1).

Segons el Centre d'Investigacions Sociològiques (CIS), variables sociodemogràfiques com el sexe, l'edat, l'educació, els ingressos, l'activitat econòmica o l'hàbitat constitueixen factors determinants del nivell de salut de les persones (2). Per la seva banda, Benach, Borrell i Rajmil, tot i assumir que la classe social no és l'únic factor productor de desigualtat, consideren que segueix sent fonamental en l'explicació dels diferents nivells de salut entre la població (1, 3). Finalment, després de reconèixer l'accés als serveis sanitaris com un determinant de salut, convé precisar que les variables sociodemogràfiques que més condicionen la quantitat i qualitat de l'assistència sanitària a la qual poden accedir els individus són la renda, l'educació i l'ocupació (4).

La perspectiva crítica culturalista en l'anàlisi de les interrelacions entre salut i cultura proclama que la cultura no es pot aïllar del context social en què té lloc perquè, de fet, la salut i la cultura són com són perquè es relacionen amb tot d'altres factors estructurals com ara el gènere, la classe social o les relacions de poder entre els diferents actors socials (5, 6). Amb una orientació semblant, altres autors alerten del risc d'atribuir a la diferència cultural els efectes de les desigualtats socials, econòmiques i legals en la salut (7-10). És per això que, abans de partir de preconcepcions i diferències culturals atribuïdes a la nacionalitat o al grup ètnic –pel risc de discriminació i estigmatització que comporten–, i a fi de no sobrevalorar-ne injustament els efectes en la salut de les persones, s'aconsella incorporar les desigualtats socials i les condicions de vida als estudis sobre la diferència cultural i la salut (7, 11, 12).

Jansà i García de Olalla s'expressen en el mateix sentit quan afirmen que les necessitats en l'àmbit de la salut de les persones immigrades són essencialment equiparables a les de la població autòctona, i identifiquen les diferències sociolaborals, legislatives, econòmiques i idiomàtiques –també les culturals– com a potencialment generadores de desigualtat (13).

L'estudi sociodemogràfic del col·lectiu de magribins resident a Catalunya contribueix a un diagnòstic precís dels elements socioeconòmics que operen en la base de l'estat de salut de les persones. Per altra banda, la comparació de la situació entre magribins i autòctons ha de permetre identificar possibles eixos de desigualtat en salut entre uns i altres.

## 5.1.2. Resultats

A partir de l'ESCA 06 i l'ENI 07 s'ha estimat el perfil sociodemogràfic del col·lectiu d'estrangers nascuts a països del Magrib residents a Catalunya en el moment de realització de les enquestes.

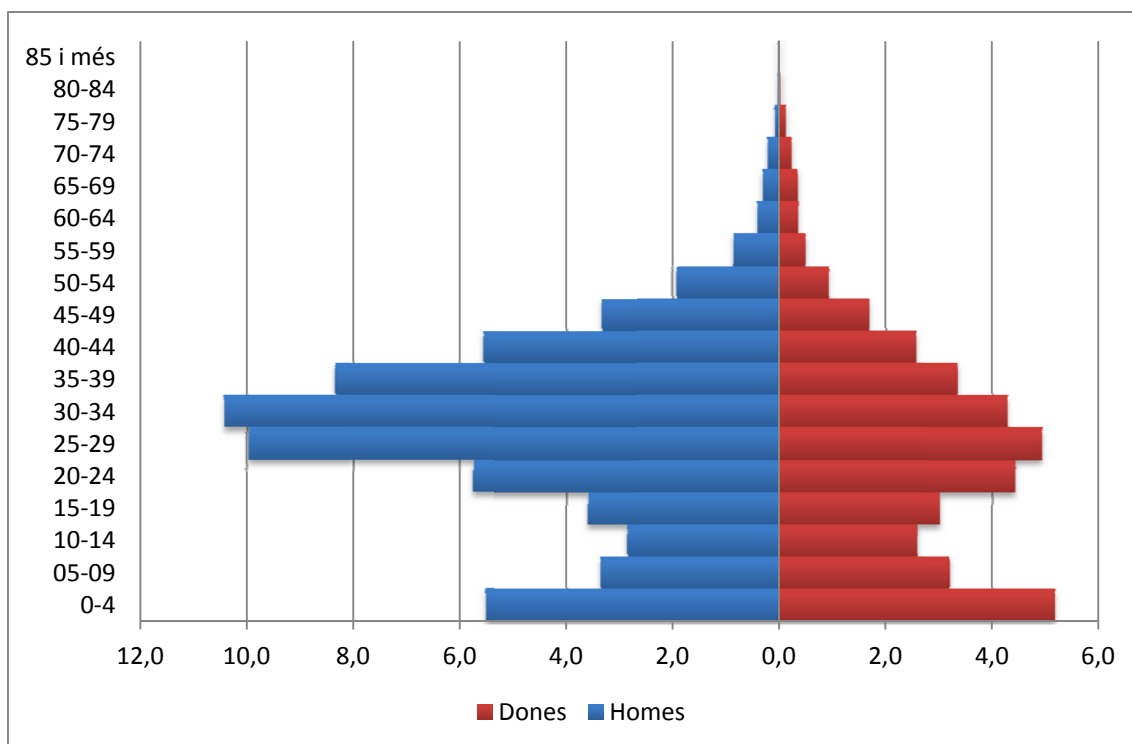
Les dades del padró continu de l'any 2007 i 2012 han servit per a la descripció demogràfica del col·lectiu a estudi en el moment actual i quan es van recollir les dades de les dues enquestes esmentades.

### 5.1.2.1. Demografia

Segons dades del padró continu de l'INE a 1 de gener de 2007, el total d'estrangers nacionals de països del Magrib residents a Catalunya era de 201.400 (125.664 homes i 75.736 dones). Tal com es pot veure al gràfic 5.1.1, i segons la mateixa font, el col·lectiu de magribins residents a Catalunya concentra el 69,5 % dels efectius a la franja d'edat que va dels 20 als 64 anys. La taxa de feminització global és de 0,60 i la taxa de feminització de l'interval d'edat dels 20 als 64 anys és de 0,50.

Segons dades de l'ENI 07, la mitjana de fills nascuts vius per dona en edat fèrtil (d'entre 16 i 49 anys) és de 2,17.

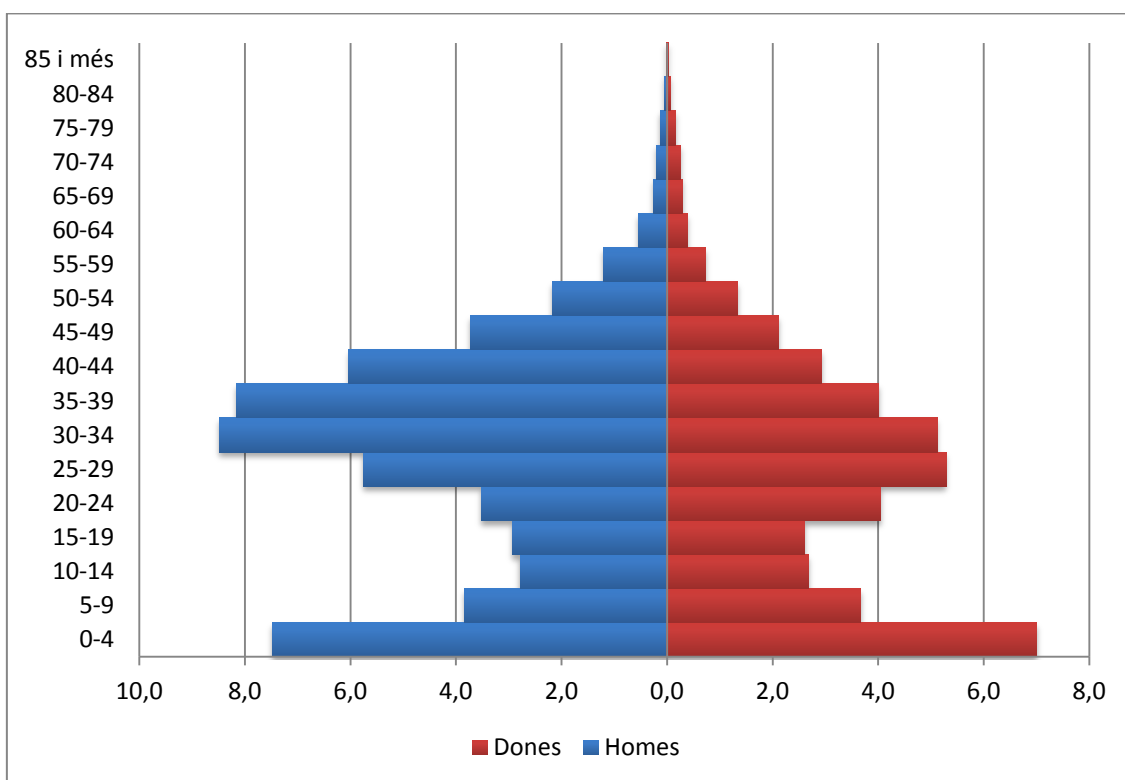
**GRÀFIC 5.1.1: PIRÀMIDE DE POBLACIÓ DELS ESTRANGERS D'ORIGEN MAGRIBÍ A CATALUNYA A 1 DE GENER DE 2007**



(Font: Padró continu. Institut Nacional d'Estadística. Elaboració pròpia)

A 1 de gener de 2012, hi havia empadronats a Catalunya 251.114 persones nacionals de països del Magrib (143.695 homes i 107.419 dones). L'estructura de població dels estrangers originaris de països del Magrib residents a Catalunya es mostra al gràfic 5.1.2. En aquesta data, la franja central de població, la que va dels 20 al 64, representa el 65,6 del total. La taxa de feminització global és de 0,75, mentre que la taxa de feminització al grup central (de 20 a 64 anys) és de 0,66.

**GRÀFIC 5.1.2: PIRÀMIDE DE POBLACIÓ DELS ESTRANGERS D'ORIGEN MAGREBÍ A CATALUNYA A 1 DE GENER DE 2012**



(Font: Padró continu. Institut Nacional d'Estadística. Elaboració pròpia)

### 5.1.2.2. Procés migratori

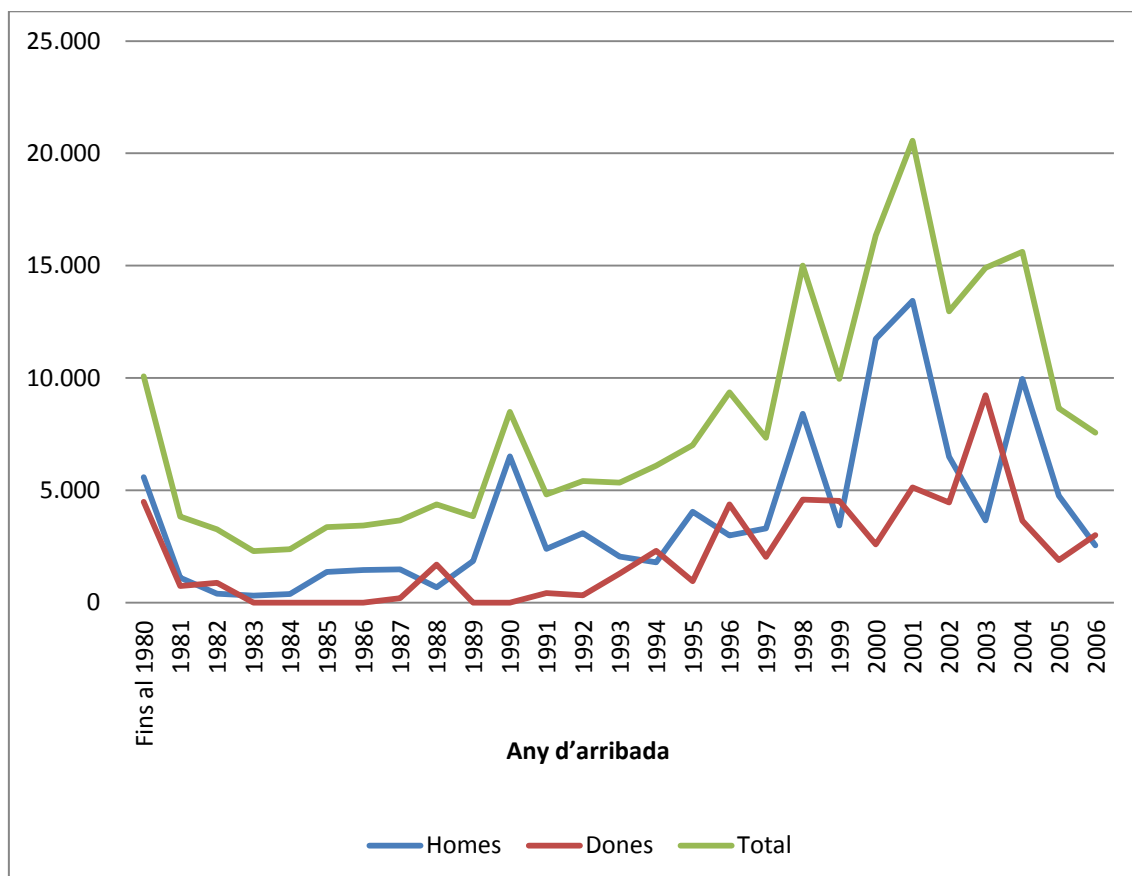
Al gràfic 5.1.3 es poden veure els fluxos d'arribada de magribins a Catalunya per sexes. Llevat d'un pic relatiu d'arribada d'homes magribins l'any 1990, els fluxos d'arribada de persones d'origen magrebí es mantenen baixos i constants fins al 1995, any a partir del qual comencen a augmentar per assolir un màxim absolut l'any 2001. Per sexes, el màxim absolut per als homes s'esdevé el 2001 i per a les dones el 2003.

Els perfils dels fluxos d'arribada d'homes i dones són similars, tot i que el de les dones es presenta diferit en un parell d'anys respecte al dels homes. Pel que fa al nombre de persones arribades, el número de dones que arriben és gairebé sempre inferior al d'homes i són molt

pocs els anys en què arriben a Catalunya més dones magribines que no pas homes del mateix origen.

El 51,2 % dels magribins ja eren a Catalunya abans de l'any 2000. En els sis anys següents es va establir el 48,8 % restant fins al moment de la recollida de dades de l'ENI 07.

**GRÀFIC 5.1.3: FLUXOS D'ARRIBADA DE MAGRIBINS A CATALUNYA PER SEXES. ENI07**



(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

L'ENI 07 va preguntar pels motius migratoris. Es pot consultar el detall de les respostes al gràfic 5.1.4. En revisar-les criden l'atenció els diferents perfils d'homes i dones pel que fa a aquesta qüestió. En el cas de les dones el principal motiu migratori és familiar i per als homes, la principal motivació per migrar és laboral. No obstant això convé fer notar que, pràcticament el 25 % de les dones declara haver vingut per raons laborals.

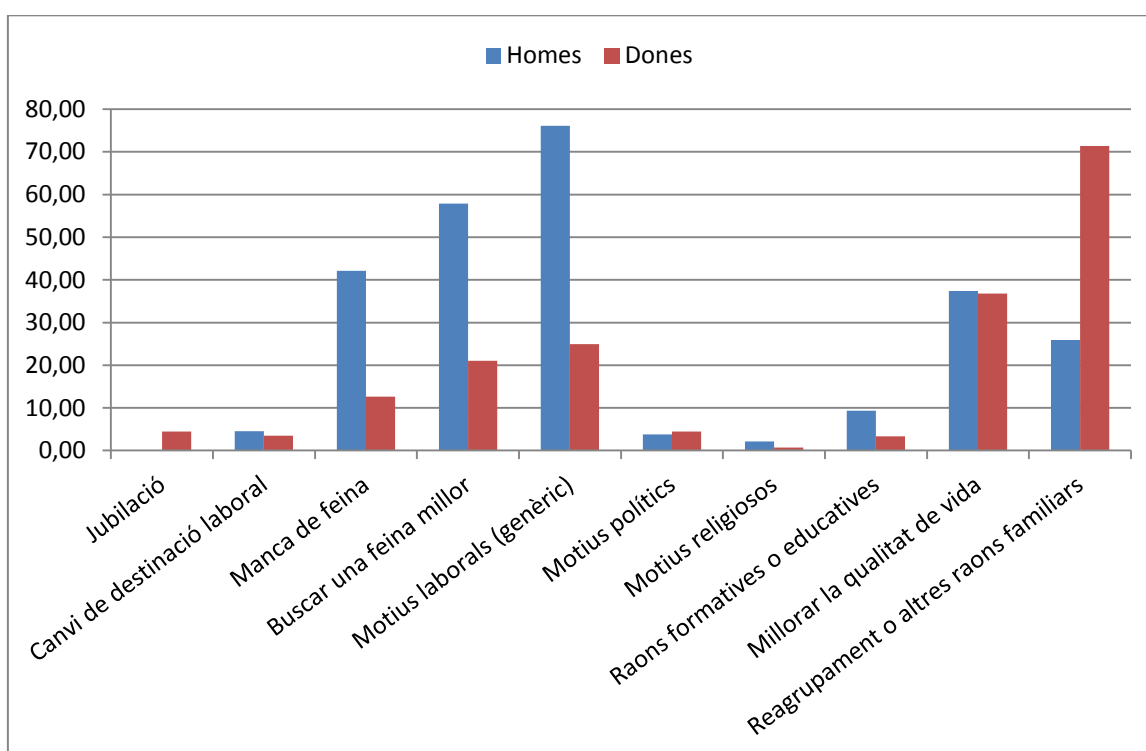
Gairebé la meitat dels residents a Catalunya en el moment en què es va realitzar l'ENI 07 va arribar a Espanya en vaixell (49,08 %); altres mitjans força utilitzats van ser l'avió (17,87 %),



l'autocar (13,15 %) i el cotxe (11,53 %). La pastera com a mitjà de transport per arribar a Espanya va ser utilitzada per un 6,93 % dels entrevistats.

S'estima que el 88,47 % dels homes i dones magribins residents a Catalunya van mantenir contactes previs amb persones ja establertes al país. La majoria d'ells ho va fer amb familiars, especialment les dones, que declaren aquesta mena de contactes previs en un 95,08 %. Els contactes previs amb empresaris són un fet minoritari que es va donar en el 2,26 % dels casos. El detall dels resultats sobre aquest fet es pot consultar a la taula 5.1.1.

**GRÀFIC 5.1.4: MOTIUS MIGRATORIS PER SEXE (EN %). ENI 07**



(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

**TAULA 5.1.1: CONTACTES A ESPANYA ABANS D'EMIGRAR. ENI 07 (EN %)**

	Total	Homes	Dones	De 16 a 44 anys	De 45 a 64 anys	> de 64 anys
	n = 169.436	n = 108.749	n = 60.687	n = 134.929	n = 23.659	n = 10.848
No sap si tenia contactes	0,82	1,29	0,00	0,91	0,00	0,00
Tenia contactes abans d'emigrar	88,47	84,32	95,87	88,96	78,82	100,00
<b>Tipus de contacte previ</b>						
Contactes familiars	84,11	77,12	95,08	84,08	78,24	100,00
Contactes empresarials	2,26	2,66	1,62	2,48	0,00	0,00
Contactes amb amics	19,75	25,85	10,19	19,60	29,69	0,00
Contactes amb coneguts	4,40	4,79	3,78	4,27	7,94	0,00

(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

### 5.1.2.3. Estat civil

La comparació de les dades sobre l'estat civil de magribins i autòctons de l'ESCA 06 permet localitzar les principals diferències en la submostra de dones i en el grup etari de 15 a 44 anys. Pel que fa a la submostra de dones de l'ESCA 06, la proporció de casades entre les magribines és significativament superior que entre les autòctones (68,94 % vs 55,28 %). En aquest mateix grup, el percentatge de vídues és menor entre les magribines (3,79 % vs 14,42 %). Al grup que va dels 15 als 44 anys, el percentatge de casats és significativament superior entre els magribins respecte als autòctons (58,3 % vs 41,70 %) i, el percentatge de solters és menor entre els homes i dones magribins d'aquesta edat (38,95 % vs 54,47 %).

La distribució de l'estat civil dels magribins que mostra l'ENI 07 és similar a la de l'ESCA 06. L'ENI 07, però, aporta una dada que no proporciona l'ESCA 06 i és la que fa referència a la convivència amb la parella. La convivència amb el cònjuge o la parella parla de la fragmentació de la llar a causa del procés migratori. Un fet, aquest, amb inqüestionables implicacions en la salut i el benestar, segons quin sigui el concepte de salut en què s'enquadren els resultats. De tots els grups estudiats, el que presenta major índex de convivència amb la parella és el de les dones, que viuen amb el marit o la parella en pràcticament un 99 % dels casos. El grup amb l'índex de convivència amb la parella més baix és el dels homes. Per edats, ho és el grup que va dels 16 als 44 anys.

El detall de les dades sobre l'estat civil es pot consultar a les taules 5.1.2 i 5.1.3.

**TAULA 5.1.2: ESTAT CIVIL. ENI 07 (EN %)**

	Total	Homes	Dones	16 a 44 anys	45 a 64 anys	> de 64 anys
	n=169.436	n=108.749	n=60.687	n=134.929	n=23.659	n=10.848
<b>Estat civil</b>						
Solter	28,26	34,47	17,12	34,54	3,20	4,74
Casat	66,07	63,32	71,00	62,80	89,33	56,01
Vidu	3,22	1,23	6,79	0,00	5,05	39,25
Separat o divorciat	2,46	0,98	5,10	2,66	2,43	0,00
<b>Convivència</b>						
Té parella i hi conviu	81,96	71,34	98,93	79,11	92,20	86,04

(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

#### 5.1.2.4. Condicions de l'habitatge

Segons la declaració dels participants a l'ENI 07 i l'ESCA 06, la pràctica totalitat dels habitatges en què viuen les persones nacionals de països del Magrib residents a Catalunya disposen d'aigua corrent, connexió elèctrica, cuina i bany independents i possibilitat d'aigua calenta.

Altres aspectes no tan essencials com els esmentats fins ara com són la calefacció, l'ascensor o el rentaplats estan presents a les llars magribines en percentatges força més baixos.

Si es comparen les condicions dels habitatges d'autòctons i magribins, es pot dir que no hi ha pràcticament diferència entre les condicions mínimes dels habitatges en aquests dos grups. Ara bé, el judici dels entrevistadors sobre l'habitabilitat de les llars on han tingut lloc les entrevistes qualifica el 15,41 % de les llars de magribins com d'habitabilitat insuficient, enfront de l'1,37 % de les llars dels autòctons que han estat valorades en el mateix sentit.

El detall de les condicions de l'habitatge es pot consultar a les taules 5.1.4. i 5.1.5.

**TAULA 5.1.3: ESTAT CIVIL. ESCA 06 (EN %)**

			Homes		Dones		15 a 44 anys		45 a 64 anys	
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
<b>Estat civil</b>										
Solter/a	30,09	33,65	34,77	40,86	25,55	23,48	<b>54,47</b>	<b>38,95</b>	9,13	7,32
Casat/da	57,04	61,95	58,86	56,99	<b>55,28</b>	<b>68,94</b>	<b>41,70</b>	<b>58,43</b>	79,54	85,37
Vidu / vídua	<b>8,75</b>	<b>1,89</b>	2,90	0,54	<b>14,42</b>	<b>3,79</b>	0,23	0,00	4,19	4,88
Separat o divorciat	4,12	2,52	3,47	1,61	4,75	3,79	3,60	2,62	7,14	2,44

(Font: ESCA 06. Elaboració pròpia)

En negreta i en vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2

**TAULA 5.1.4: CONDICIONS DE L'HABITATGE. ESCA 06 (EN %)**

	Autòctons	Magribins
<b>Habitatge</b>		
Nombre d'habitacions / llar ( $\bar{x}$ )	<b>4,31</b>	<b>3,78</b>
Nombre de persones / llar ( $\bar{x}$ )	<b>3,02</b>	<b>4,15</b>
Aigua calenta	<b>99,29</b>	<b>97,48</b>
Dutxa i / o bany	99,49	99,69
Aire condicionat	<b>32,77</b>	<b>5,35</b>
Calefacció	<b>76,40</b>	<b>28,62</b>
Ascensor	<b>67,26</b>	<b>28,02</b>
Rentadora	<b>99,09</b>	<b>92,77</b>
Rentaplats	<b>51,20</b>	<b>10,38</b>
<b>Habitabilitat</b>		
Deficient	<b>1,37</b>	<b>15,41</b>

(Font: ESCA 06. Elaboració pròpia)

En negreta i en vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$   
 Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2

**TAULA 5.1.5: CONDICIONS DE L'HABITATGE. ENI 07 (EN %)**

<b>Habitatge</b>	
Aigua corrent	99,63
Aigua calenta	97,66
Cuina	100,00
Electricitat	100,00
Bany individual	98,23
Males olors ambientals	22,35
Humitat	24,08
Deficiències de construcció	18,43
Poca neteja a la zona	22,10
Delinqüència al barri	15,11
Mal comunicat	15,13
Problemes de servei postal	12,28
Massa petit	31,54
N. persones que hi viuen ( $\bar{x}$ )	4,56
<b>Règim de tinença de l'habitatge</b>	
Propietari amb pagaments pendents	23,87
Propietari i pagat	5,06
De lloguer	52,18
Deixada gratis	16,99
Altres situacions	1,90

(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

L'ENI 07 proporciona informació d'altres aspectes de l'habitatge i la zona on es viu. Aquestes qüestions destapen alguns dèficits referits a l'habitatge o la zona de residència com ara una vivenda massa petita (31,54 %), la humitat (24,08 %), les males olors ambientals (22,35 %), poca neteja al barri (22,10 %), deficiències de construcció (18,43 %) o bé zones mal comunicades o amb delinqüència (15,13 % i 15,11 %, respectivament).

Segons l'ESCA 06, el nombre d'habitacions a les llars dels nacionals és superior que a les llars dels magribins, mentre que el nombre de persones per habitatge és inferior a les cases dels nacionals. Les queixes sobre la grandària de l'habitatge concorden amb aquestes dades i hi ha més magribins que no pas autòctons que es queixen que la casa on viuen és massa petita.

L'ENI 07 va preguntar en el seu dia pel règim de tinença dels habitatges i l'opció majoritària va ser la del lloguer, situació estimada per al 52,18 % dels magribins a Catalunya. Convé destacar que un 5,06 % viuen en una casa de propietat totalment pagada i que el 16,99 % viuen en una vivenda que els ha estat deixada sense haver de pagar per viure-hi.

#### **5.1.2.5. Nivell educatiu i maneig lingüístic**

Les dades sobre alfabetització i nivell educatiu de les dues enquestes analitzades, l'ESCA 06 i l'ENI 07, responen a preguntes diferents i donen lloc a diferents categories de resultats, que posteriorment s'han agrupat en una estructura comuna a fi de poder establir comparacions (vegeu annex 3).

Els resultats de totes dues fonts de dades són força diferents i s'han de mirar amb reserva. Tanmateix hi ha alguns aspectes coincidents que permeten afirmar que la proporció de magribins amb un nivell d'estudis crític –el que concentra persones sense estudis o que no han acabat els estudis primaris– és molt superior en les dones magribines que no pas en els homes del col·lectiu. La mateixa relació es compleix, també, per a les taxes d'analfabetisme.

Si es compara el nivell educatiu d'autòctons i magribins que mostra l'ESCA 06, s'hi observa, a grans trets, que el percentatge de magribins analfabets o amb un baix nivell d'estudis és superior en totes les categories analitzades. En canvi, aquesta tendència s'inverteix en els nivells superiors d'estudis. Així, es pot dir que hi ha més autòctons amb estudis secundaris i superiors que no pas magribins, tot i tractar-se de diferències que no sempre tenen significació estadística. Pel que fa a la declaració d'estudis primaris acabats, les diferències entre autòctons i magribins són més discretes, i només són estadísticament significatives quan les dades es desagreguen per edat.

El detall dels resultats sobre nivell educatiu es pot consultar a les taules 5.1.6 i 5.1.7.

Pel que fa al maneig lingüístic, convé destacar que el 30 % dels magribins declaren un maneig deficient en qualsevol de les dues llengües oficials a Catalunya. Per sexes, aquest percentatge

s'enfila fins al 47 % en el cas de les dones. També és important fer notar que en tots els diferents graus de coneixement lingüístic de cadascuna de les llengües analitzades, el nivell de maneig lingüístic és inferior en les dones. Per grups d'edat, el grup que declara més dificultats per comunicar-se en català o castellà és, amb diferència, el dels majors de 64 anys.

El detall dels resultats sobre maneig lingüístic es pot consultar a la taula 5.1.8.

**TAULA 5.1.6: NIVELL EDUCATIU. ESCA 06 (EN %)**

	Homes				Dones		15 a 44 anys		45 a 64 anys	
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
<b>Nivell d'estudis</b>										
No sap llegir ni escriure	<b>1,15</b>	<b>8,81</b>	<b>0,59</b>	<b>5,38</b>	<b>1,69</b>	<b>13,64</b>	<b>0,23</b>	<b>7,87</b>	<b>0,37</b>	<b>14,63</b>
1ª incompleta	<b>13,76</b>	<b>22,64</b>	<b>10,52</b>	<b>20,97</b>	<b>16,90</b>	<b>25,00</b>	<b>1,12</b>	<b>18,73</b>	<b>11,00</b>	<b>39,02</b>
<i>Nivell crític</i>	<b>14,91</b>	<b>31,45</b>	<b>11,11</b>	<b>26,34</b>	<b>18,59</b>	<b>38,64</b>	<b>1,35</b>	<b>26,59</b>	<b>11,38</b>	<b>53,66</b>
1ª completa	24,24	21,70	24,88	23,66	23,62	18,94	<b>15,09</b>	<b>23,60</b>	<b>30,93</b>	<b>14,63</b>
Est. secundaris	<b>46,11</b>	<b>39,62</b>	<b>49,81</b>	<b>40,32</b>	42,53	38,64	<b>62,88</b>	<b>41,95</b>	44,02	29,27
Est. superiors	<b>14,70</b>	<b>6,92</b>	14,17	9,14	<b>15,22</b>	<b>3,79</b>	<b>20,64</b>	<b>7,49</b>	<b>13,67</b>	<b>2,44</b>
Altres	0,04	0,31	0,04	0,54	0,04	0,00	0,03	0,37	0,00	0,00

(Font: ESCA 06. Elaboració pròpia)

En negreta i en vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2



**TAULA 5.1.7: NIVELL EDUCATIU. ENI 07 (EN %)**

	Total	Homes	Dones	De 16 a 44 anys	De 45 a 64 anys	> de 64 anys
	n=169.436	n=108.749	n=60.687	n=134.929	n=23.659	n=10.848
<b>Alfabetització</b>						
No alfabetitzat en llengua materna i sense estudis	17,89	9,53	32,88	15,18	22,15	42,34
<b>Nivell d'estudis</b>						
No sap quins estudis té	2,42	2,84	1,67	2,14	5,12	0,00
Sense estudis	37,55	32,68	46,27	32,48	52,61	67,81
1ª incompleta	5,49	5,87	4,80	5,44	6,49	3,97
<i>Nivell crític</i>	43,04	38,56	51,07	37,91	59,10	71,78
1ª completa	21,02	22,94	17,56	21,98	16,64	18,59
Est. Secundaris	28,05	28,78	26,75	31,69	18,22	4,25
Est. Superiors	5,47	6,88	2,94	6,28	0,92	5,38

(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

**TAULA 5.1.8: MANEIG LINGÜÍSTIC. ENI 07 (EN %)**

	Total	Homes	Dones	De 16 a 44 anys	De 45 a 64 anys	> de 64 anys
	n = 169.436	n = 108.749	n = 60.687	n = 134.929	n = 23.659	n = 10.848
<b>Nivell de domini del castellà</b>						
No el parla	20,85	14,42	32,37	17,21	19,78	68,42
Necessita millorar	14,85	12,34	19,35	15,18	13,97	12,66
<i>Nivell crític</i>	35,70	26,76	51,72	32,39	33,75	81,08
Suficient	9,51	8,51	11,31	11,49	0,71	4,10
Bé	32,57	38,65	21,68	33,31	39,71	7,82
Mot bé	22,22	26,08	15,29	22,81	25,83	7,01
<b>Nivell de domini del català</b>						
No el parla	66,85	63,65	72,59	63,72	76,18	85,39
Necessita millorar	6,82	7,17	6,20	7,41	2,78	8,35
<i>Nivell crític</i>	73,68	70,82	78,78	71,14	78,96	93,74
Suficient	8,39	10,31	4,95	8,99	8,81	0,00
Bé	9,55	8,91	10,72	9,49	12,23	4,52
Mot bé	8,38	9,96	5,55	10,39	0,00	1,74
<b>Nivell de domini d'alguna de les dues llengües (català o castellà)</b>						
Suficient	69,71	78,80	53,42	72,46	74,41	25,18
Deficient	30,29	21,20	46,58	27,54	25,59	74,82

(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

### 5.1.2.6. Situació econòmica i laboral

Sobre aquest tema, tant l'ESCA 06 com l'ENI 07 pregunten per la situació laboral dels enquestats, tot i que mentre l'ESCA 06 obliga a triar només una de les opcions, l'ENI 07 permet múltiples respostes, de manera que en ser preguntat per la situació laboral la darrera setmana, es pot respondre a més d'una opció –si és el cas–. En canvi, aquesta mateixa pregunta a l'ESCA 06, només admet una resposta, i cas que l'enquestat s'identifiqui amb més d'una situació de les possibles, n'ha de triar una.

El detall dels resultats sobre la situació laboral i renda mitjana a l'ESCA 06 i a l'ENI 07 es pot consultar a les taules 5.1.9, 5.1.10 i 5.1.11.

Segons l'ENI 07, les taxes d'activitat per a homes i dones magribins d'entre 16 i 64 anys són, respectivament, de 84,74 % i 42,34 %. D'entre els homes que treballen, un 6,44 % declara dedicar-se, també, a les feines de la llar, mentre que, entre les dones treballadores, les que es declaren en aquesta mateixa situació arriben al 51,48 %.

La mateixa font xifra l'atur, calculat com el percentatge de la població activa que no treballa i busca feina, en el 18,25 % per al total d'homes i dones del col·lectiu. Per sexes, l'atur masculí és del 14,99 % i el femení arriba al 30,95 %.

Les dades sobre l'atur deduïdes de l'ENI 07 i les declarades a l'ESCA 06 són discrepants. El percentatge d'aturats calculat a partir de les dades de l'ENI 07 és superior al percentatge de persones que es declaren en atur a l'ESCA 06. Amb tot, si es comparen els percentatges d'autòctons i de magribins aturats segons l'ESCA 06, les xifres d'atur són significativament superiors a les dels autòctons en totes les categories de magribins analitzades, excepte pel que fa a les dones, amb percentatges força semblants i sense significació estadística.

Pel que fa a la durada de la relació laboral i per tal de mirar conjuntament les dades de l'ENI 07 i les de l'ESCA 06, la categoria *Temporal* de l'ENI 07 i les categories *Contractat* i *Treballa sense contracte* de l'ESCA 06 s'han assimilat a la temporalitat de la relació contractual. En aquest sentit es pot veure que les dues fonts difereixen en les dades sobre temporalitat laboral, que acostumen a ser superiors a l'ESCA 06.

La comparació de la temporalitat laboral entre autòctons i magribins que permet l'ESCA 06, dóna, en totes les categories comparades, una temporalitat superior en els magribins. També és superior el percentatge de magribins que declaren treballar sense contracte respecte als autòctons en les mateixes condicions.

**TAULA 5.1.9: SITUACIÓ LABORAL. ESCA 06 (EN %)**

	Homes		Dones		15 a 44 anys		45 a 64 anys			
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins		
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
<b>Situació laboral</b>										
Treballa	55,45	56,60	<b>63,89</b>	<b>77,96</b>	<b>47,28</b>	<b>26,52</b>	<b>76,31</b>	<b>57,68</b>	65,30	60,98
Aturat	<b>4,03</b>	<b>9,12</b>	<b>3,73</b>	<b>12,37</b>	4,31	4,55	<b>4,98</b>	<b>8,61</b>	5,48	12,20
Feines llar	<b>12,62</b>	<b>25,16</b>	<b>0,15</b>	<b>1,08</b>	<b>24,71</b>	<b>59,09</b>	<b>3,87</b>	<b>25,47</b>	16,81	19,51
Altres	<b>27,90</b>	<b>9,12</b>	<b>32,23</b>	<b>8,60</b>	<b>23,70</b>	<b>9,85</b>	<b>14,84</b>	<b>8,24</b>	12,41	7,32
<b>Situació contractual</b>										
Fix	<b>60,85</b>	<b>34,45</b>	<b>62,59</b>	<b>35,06</b>	<b>58,93</b>	<b>32,81</b>	<b>59,20</b>	<b>32,32</b>	<b>64,76</b>	<b>44,12</b>
Contractat	<b>14,26</b>	<b>52,94</b>	<b>12,23</b>	<b>56,32</b>	<b>16,50</b>	<b>43,75</b>	<b>23,17</b>	<b>54,55</b>	<b>8,26</b>	<b>47,06</b>
Treballa sense contracte	<b>4,55</b>	<b>8,40</b>	<b>0,80</b>	<b>4,60</b>	<b>8,69</b>	<b>18,75</b>	<b>2,47</b>	<b>10,10</b>	3,48	0,00
Autònom	<b>16,10</b>	<b>4,20</b>	<b>18,81</b>	<b>4,02</b>	<b>13,12</b>	<b>4,69</b>	<b>11,55</b>	<b>3,03</b>	18,02	8,82
Empresari	3,86	0,00	5,36	0,00	2,20	0,00	3,29	0,00	5,18	0,00
Altres	0,37	0,00	0,20	0,00	0,56	0,00	0,31	0,00	0,30	0,00
<b>Satisfacció condicions laborals</b>										
Insatisfet	<b>11,62</b>	<b>22,60</b>	<b>11,26</b>	<b>24,48</b>	12,08	14,71	<b>11,26</b>	<b>24,50</b>	12,42	8,00
<b>Renda en € *</b>										
Sense ingressos mensuals individuals (%)	<b>10,58</b>	<b>19,18</b>	<b>5,40</b>	<b>9,14</b>	<b>15,59</b>	<b>33,33</b>	<b>11,84</b>	<b>19,85</b>	10,65	12,20
Mensual individual	<b>1.130</b>	<b>913</b>	<b>1.286</b>	<b>904</b>	960	935	<b>1.250</b>	<b>903</b>	<b>1.306</b>	<b>1.017</b>
	<b>(1.113-1.146)</b>	<b>(819-1.006)</b>	<b>(1.261-1.311)</b>	<b>(843-964)</b>	(940-981)	(646-1.224)	<b>(1.227-1.274)</b>	<b>(794-1.013)</b>	<b>(1.270-1.342)</b>	<b>(859-1.175)</b>
Familiar anual	<b>23.150</b>	<b>12.795</b>	<b>24.743</b>	<b>12.763</b>	<b>21.513</b>	<b>12.852</b>	<b>27.684</b>	<b>12.766</b>	<b>24.771</b>	<b>14.301</b>
	<b>(22.769-23.532)</b>	<b>(11.786-13.803)</b>	<b>(24.187-25.299)</b>	<b>(11.567-13.960)</b>	<b>(20.994-22.031)</b>	<b>(10.977-14.726)</b>	<b>(27.093-28.274)</b>	<b>(11.630-13.902)</b>	<b>(24.024-25.517)</b>	<b>(11.930-16.672)</b>

\* Mitjana (límit inferior - límit superior interval de confiança al 95 %)

En negreta i vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2

(Font: ESCA 06. Elaboració pròpia)

**TAULA 5.1.10: SITUACIÓ LABORAL. ENI 07 (EN %)**

	Total	Homes	Dones	De 16 a 44 anys	De 45 a 64 anys	> de 64 anys
	n = 169.436	n = 108.749	n = 60.687	n = 134.929	n = 23.659	n = 10.848
<b>Situació laboral la darrera setmana</b>						
Treballava	54,26	70,04	25,97	57,46	57,63	7,01
Buscava feina	17,69	20,64	12,42	19,35	12,77	7,82
Estudiava	8,28	8,63	7,65	10,39	0,00	0,00
Està jubilat	6,09	3,47	10,77	0,52	6,54	74,32
Feines de la llar	32,48	9,03	74,51	33,06	23,06	45,80
Incapacitat laboral permanent	2,51	2,58	2,38	1,25	7,06	8,21
Altres situacions	4,60	3,79	6,04	4,83	5,39	0,00
<b>Situació professional la darrera setmana</b>						
Assalariat del sector públic	3,76	3,70	4,05	2,56	10,83	0,00
Assalariat del sector privat	86,47	89,39	72,36	89,31	69,58	100,00
Treballador independent o empresari sense assalariats	7,03	3,61	23,59	7,21	6,42	0,00
Empresari amb assalariats	2,19	2,64	0,00	0,28	13,17	0,00
Altres situacions	0,54	0,66	0,00	0,64	0,00	0,00
<b>Situació contractual la darrera setmana</b>						
No ho sap	3,94	3,14	8,61	3,41	7,62	0,00
De durada indefinida	46,38	44,94	54,83	42,75	66,25	100,00
Temporal	49,69	51,92	36,56	53,84	26,13	0,00

(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

**TAULA 5.1.11: SOUS DELS MAGRIBINS QUE DECLAREN INGRESSOS. ENI 07.**

	Total	Homes	Dones	De 15 a 44 anys	De 45 a 64 anys
	n = 87.495	n = 72.293	n = 15.202	n = 73.738	n = 12.999
<b>Renda en € *</b>					
Ingressos individuals pel treball principal ( $\bar{x}$ )	1.027	1.083	759	993	1.205
(Límit inferior - límit superior al 95 % de confiança)	(1.024 - 1.029)	(1.081 - 1.085)	(754 - 765)	(990 - 995)	(1.198 - 1.211)

\*Les dades de la columna de > 64 anys no s'han calculat perquè el resultat era una constant. (Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

Les mitjanes d'ingressos individuals de les dones són força semblants entre autòctones i magribines, i sense significació estadística de la diferència. A la resta de grups comparats, els sous dels magribins són significativament inferiors que els dels autòctons, i les diferències, notables. Els ingressos de les famílies magribines són inferiors als de les famílies de nacionals en tots els grups comparats.

Com sigui que l'ESCA 06 permet d'extreure la proporció de persones sense ingressos individuals, s'observa que el percentatge de magribins sense ingressos individuals és superior i amb diferències estadísticament significatives en totes les categories analitzades llevat de la franja etària que va dels 45 als 64 anys, en què la diferència no assoleix significació estadística. L'ESCA 06 també permet establir comparacions pel que fa a la satisfacció a la feina entre els homes i dones magribins i els nacionals. En aquest sentit, la proporció de nacionals de països del Magrib que s'expressen insatisfets a la feina dobla la d'autòctons, excepte quan s'analitzen les dades corresponents a les dones i a les persones de 45 a 64 anys, en què els percentatges comparats s'aproximen entre ells i no mostren diferències estadísticament significatives.

Pel que fa als sectors d'ocupació en el moment de la realització de l'ENI 07, el 55 % dels homes estava empleat en la construcció. Els sectors com el d'indústria manufacturera, el de l'agricultura, ramaderia i pesca i el de l'hostaleria acullen bona part dels treballadors magribins, tot i que ho fan amb percentatges força menors. Les dones mostren una distribució dels sectors d'ocupació força més equilibrada, que es reparteix amb pesos molt semblants entre l'hostaleria, el comerç, la indústria manufacturera, les activitats de la llar –el sector que, amb un 23 %, registra un major percentatge d'ocupació– i l'ocupació en serveis educatius, sanitaris o socials.

La situació professional declarada a l'ENI 07 per la majoria de treballadors magribins és la d'assalariats del sector privat.

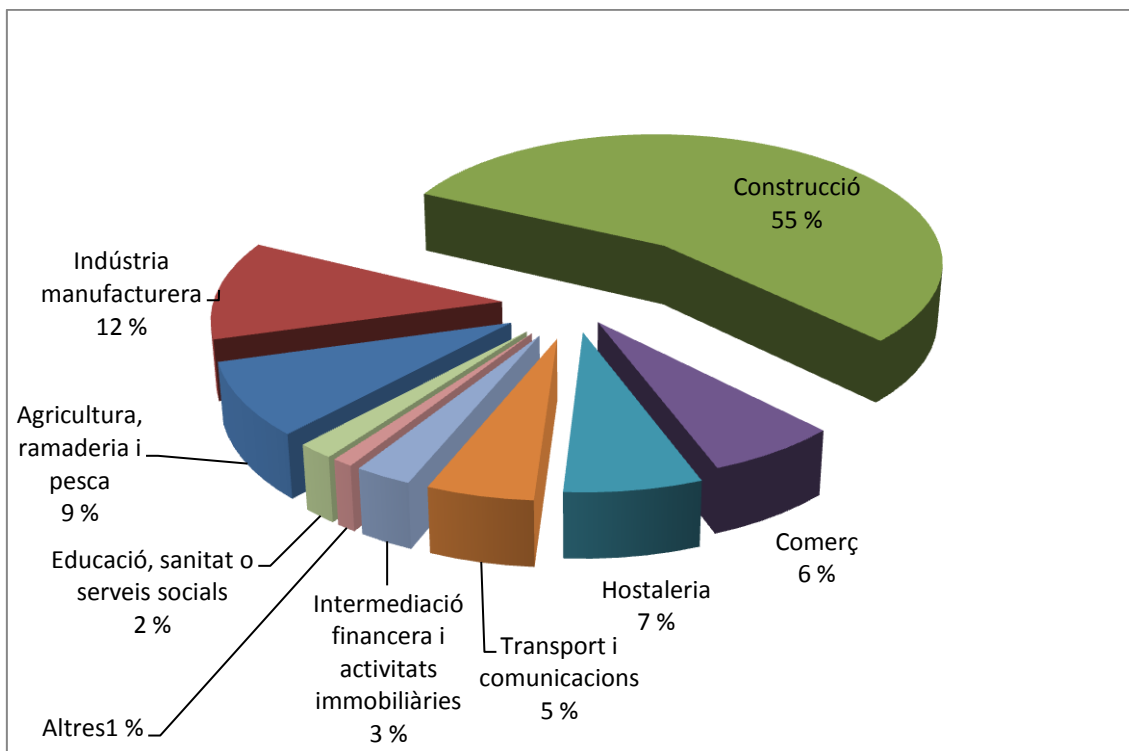
Les dades sobre la classe social es troben només a l'ESCA 06, tot i que l'ENI 07, en preguntar per l'ocupació, permet d'establir algunes equivalències entre l'ocupació declarada i les diferents classes en què s'organitza la classificació de la classe social proposada per la Societat Espanyola d'Epidemiologia (SEE) l'any 1996 (14). En concret, permet de fer correspondre inequívocament la classe V de la classificació proposada per la SEE amb les feines no qualificades. Malgrat les dificultats que comporta la lectura conjunta de l'ESCA 06 i l'ENI 07, a totes dues enquestes s'hi pot veure que una part important dels magribins –el 39,62 a l'ESCA 06, i el 48,24 a l'ENI 07– se situa als estrats més baixos de la societat.

Les dades de l'ESCA 06 permeten d'afirmar que els homes i dones magribins ocupen en major proporció que els nacionals els estrats inferiors, IVb i V, i força menys els superiors, I i II. Pel que fa als estrats centrals III i IVa, hi ha diferències entre magribins i nacionals. Mentre que els autòctons ocupen els estrats centrals en proporcions semblants, els magribins que se situen als estrats centrals ho fan, preferentment, a l'estrat IVa, el més baix dels dos.

Els gràfics 5.1.5, 5.1.6, 5.1.7 i 5.1.8 presenten la distribució per sexes dels sectors d'ocupació i la situació professional dels treballadors i treballadores del col·lectiu estudiat. Les taules 5.1.12 i 5.1.13 mostren el detall de les dades sobre la classe social extret a partir de les dades de l'ESCA 06 i l'ENI 07.

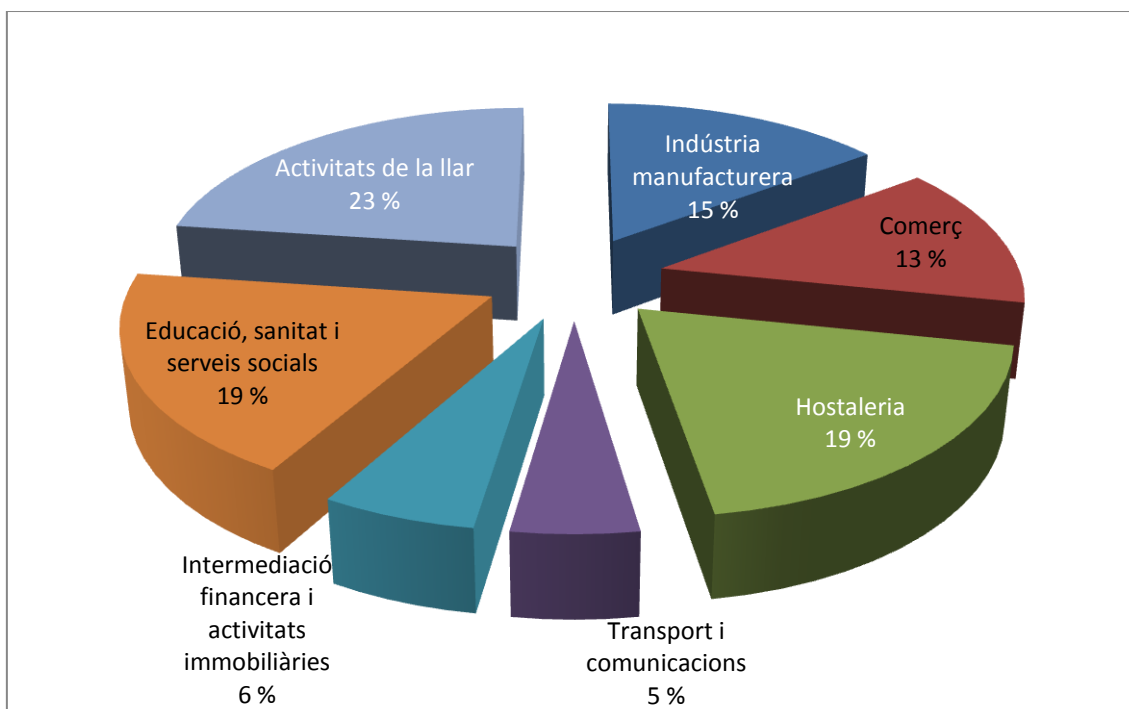
Els ingressos individuals i familiars de les dues fonts utilitzades es mostren ordenats per percentils als gràfics 5.1.9, 5.1.10, 5.1.11 i 5.1.12.

**GRÀFIC 5.1.5: SECTORS D'OCUPACIÓ DELS TREBALLADORS MAGRIBINS. ENI 07 (EN %)**



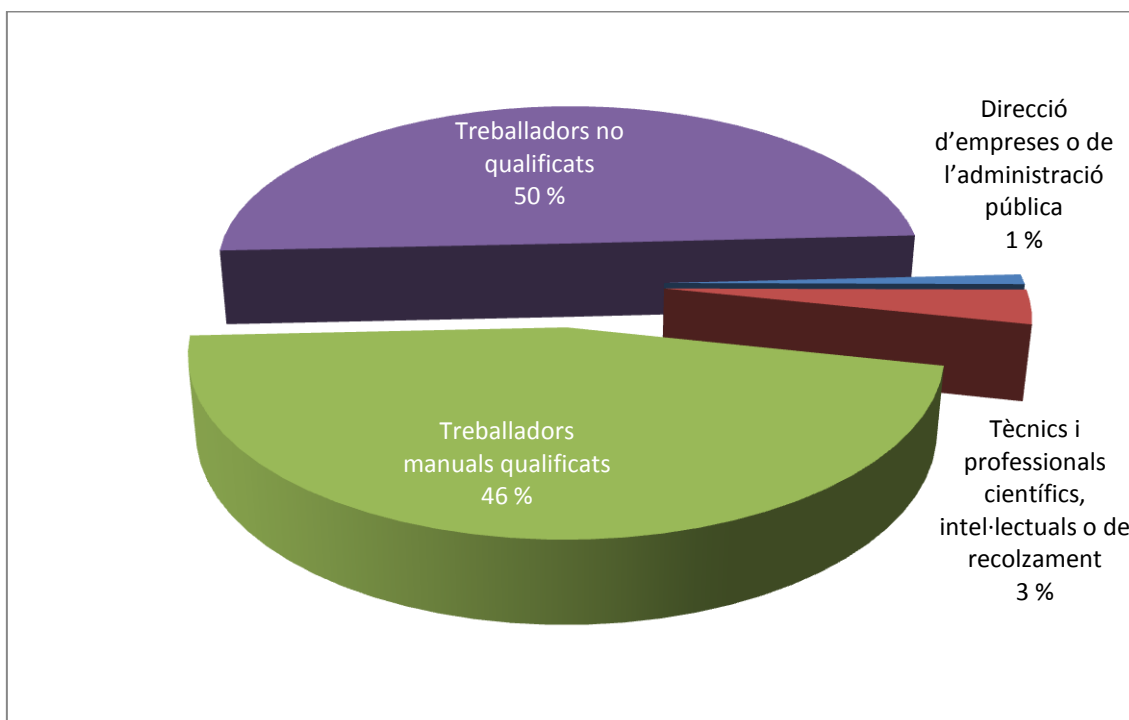
(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

**GRÀFIC 5.1.6: SECTORS D'OCUPACIÓ DE LES TREBALLADORES MAGRIBINES. ENI 07 (EN %)**



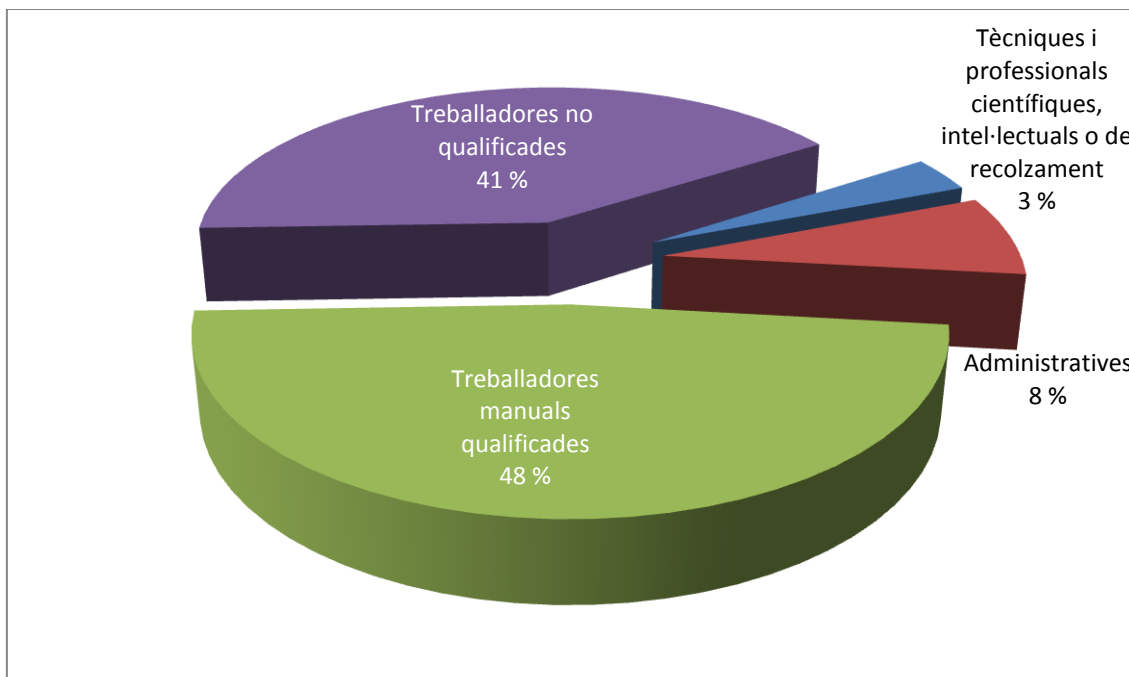
(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

**GRÀFIC 5.1.7: TIPUS D'OCUPACIÓ DELS TREBALLADORS MAGRIBINS. ENI 07 (EN %)**



(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

**GRÀFIC 5.1.8: TIPUS D'OCUPACIÓ DE LES TREBALLADORES MAGRIBINES. ENI 07 (EN %)**



(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)



**TAULA 5.1.12: TIPUS D'OCUPACIÓ. ENI 07 (EN %)**

	Total	Homes	Dones	De 15 a 44 anys	De 45 a 64 anys
	n = 91.838	n = 76.167	n = 15.671	n = 77.353	n = 13.635
<b>Ocupació o tipus de treball que realitzava la darrera setmana</b>					
Direcció d'empreses o de l'administració	0,78	0,93	0,00	0,92	0,00
Tècnics i professionals científics, intel·lectuals o de recolzament	3,22	3,19	3,36	3,20	3,49
Administratius	1,66	0,44	7,56	1,97	0,00
Treballadors manuals qualificats	46,11	45,78	47,71	44,96	55,23
Treballadors no qualificats	48,24	49,66	41,37	48,95	41,28

(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

**TAULA 5.1.13: CLASSE SOCIAL. ESCA 06 (EN %)**

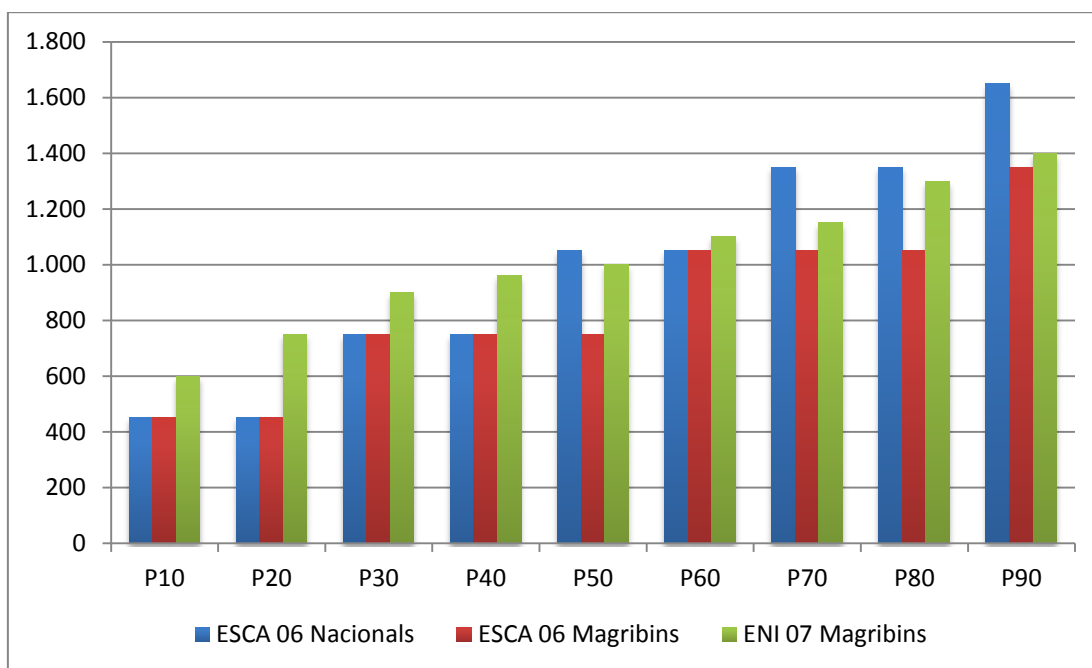
Classe social	Total		Homes		Dones		De 15 a 44 anys		De 45 a 64 anys	
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
Grup I	<b>9,06</b>	<b>0,63</b>	<b>9,58</b>	<b>0,00</b>	<b>8,56</b>	<b>1,52</b>	<b>11,13</b>	<b>0,75</b>	9,53	0,00
Grup II	<b>10,48</b>	<b>2,20</b>	<b>10,10</b>	<b>0,54</b>	<b>10,85</b>	<b>4,55</b>	<b>11,70</b>	<b>1,87</b>	11,40	4,88
Grup III	<b>26,02</b>	<b>16,04</b>	<b>24,18</b>	<b>14,52</b>	<b>27,80</b>	<b>18,18</b>	<b>29,31</b>	<b>17,23</b>	<b>25,61</b>	<b>9,76</b>
Grup IVa	<b>28,78</b>	<b>41,51</b>	<b>32,37</b>	<b>46,77</b>	<b>25,31</b>	<b>34,09</b>	<b>25,54</b>	<b>40,82</b>	<b>29,64</b>	<b>48,78</b>
Grup IVb	13,63	10,38	14,72	10,22	12,57	10,61	13,44	10,86	13,06	9,76
Grup V	<b>12,03</b>	<b>29,25</b>	<b>9,05</b>	<b>27,96</b>	<b>14,92</b>	<b>31,06</b>	<b>8,89</b>	<b>28,46</b>	<b>10,75</b>	<b>26,83</b>
<b>Nivell crític</b>										
Classes IVb i V	<b>25,66</b>	<b>39,62</b>	<b>23,77</b>	<b>38,17</b>	<b>27,49</b>	<b>41,67</b>	<b>22,32</b>	<b>39,33</b>	23,81	36,59

(Font: ESCA 06. Elaboració pròpia)

En negreta i en vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

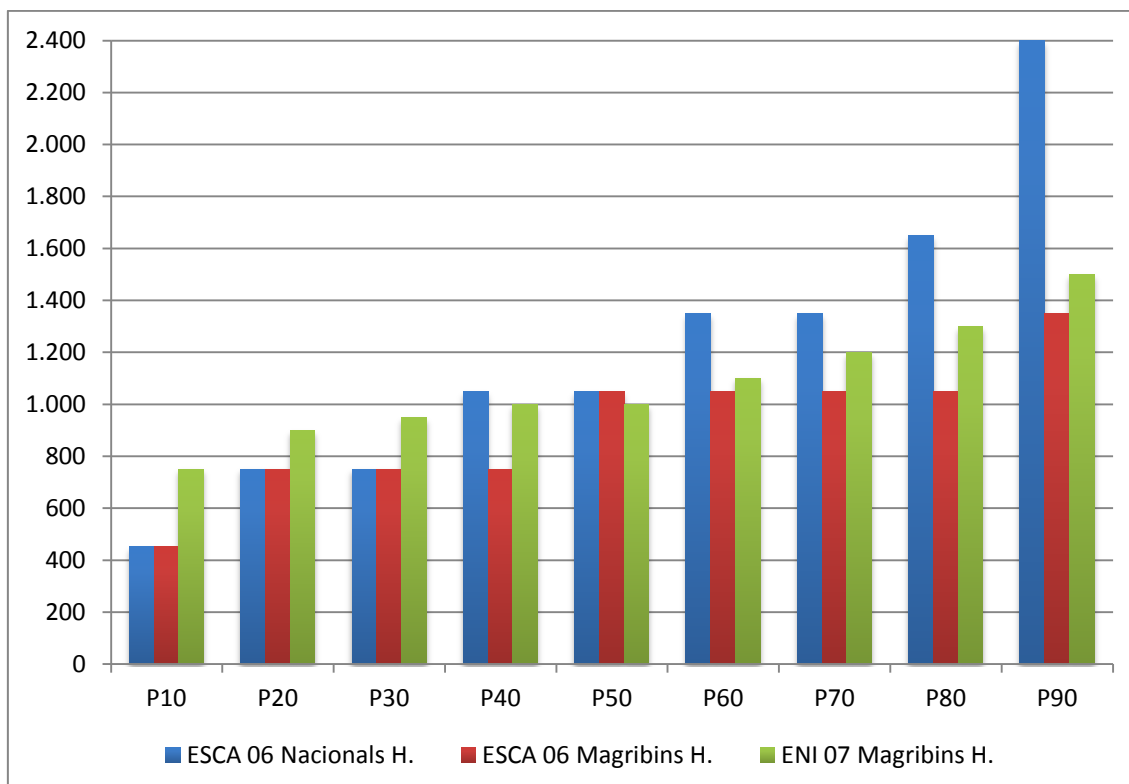
Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2

**GRÀFIC 5.1.9: COMPARACIÓ DE PERCENTILS. INGRESSOS INDIVIDUALS MENSUALS EN €<sup>1</sup>.**



(Fonts: ESCA 06 i ENI 07. Elaboració pròpia)

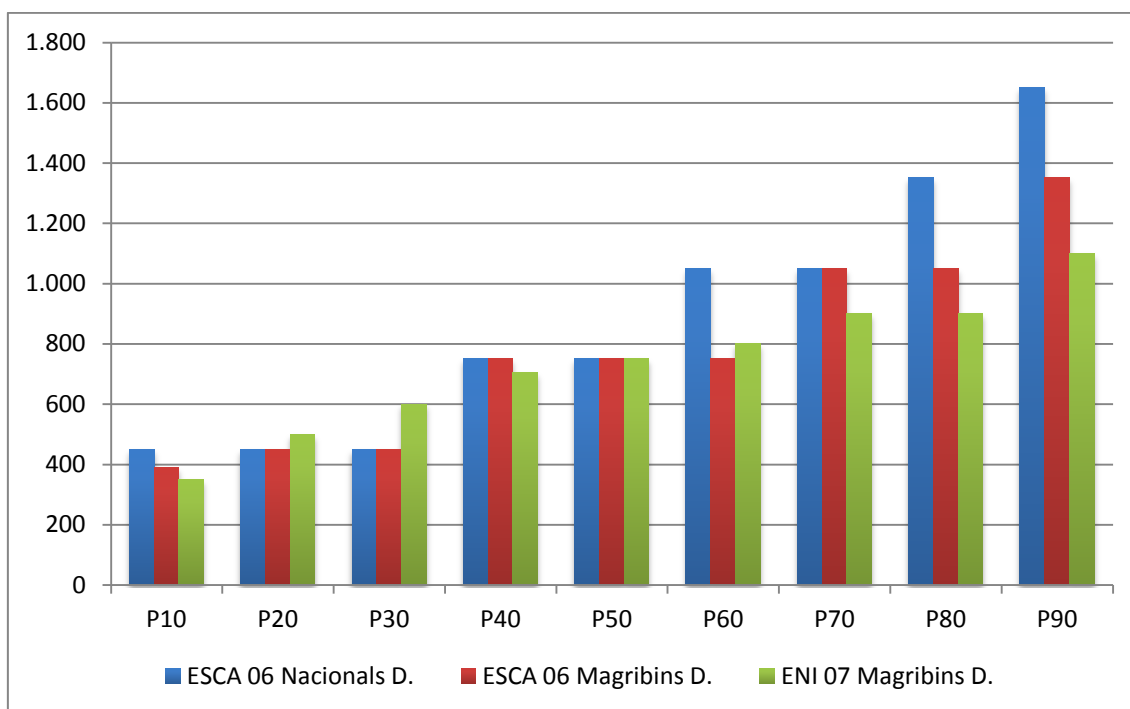
**GRÀFIC 5.1.10: COMPARACIÓ DE PERCENTILS. INGRESSOS INDIVIDUALS MENSUALS EN € PER ALS HOMES.**



(Fonts: ESCA 06 i ENI 07. Elaboració pròpia)

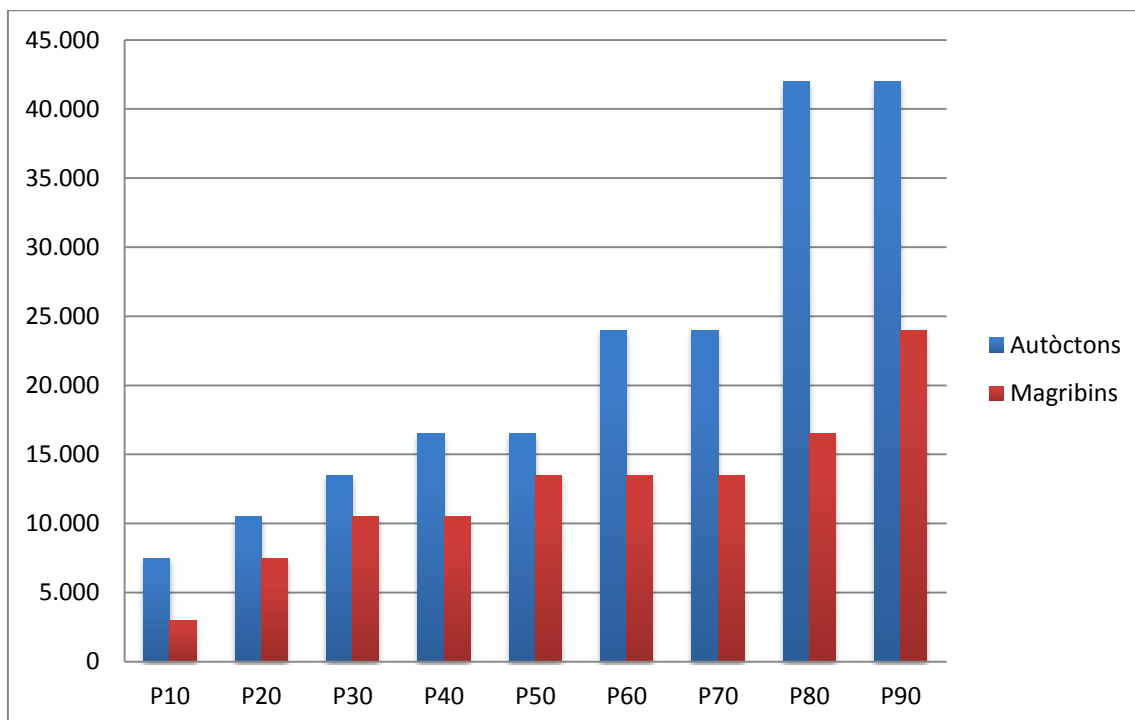
<sup>1</sup> L'ENI 07 pregunta pels ingressos mensuals nets provinents del treball tot incloent la part proporcional de les pagues i altres ingressos extres. L'ESCA 06 pregunta pels ingressos mensuals nets sense fer menció a l'origen ni al prorratgeig dels ingressos extres, i n'agrupa el resultat en trams.

**GRÀFIC 5.1.11: COMPARACIÓ DE PERCENTILS. INGRESSOS INDIVIDUALS MENSUALS EN € PER A LES DONES.**



(Fonts: ESCA 06 i ENI 07. Elaboració pròpia)

**GRÀFIC 5.1.12: COMPARACIÓ DE PERCENTILS. INGRESSOS FAMILIARS ANUALS EN € . ESCA 06**



(Font: ESCA 06. Elaboració pròpia)

### **5.1.2.7. Situació documental, plans i participació social**

De les dues enquestes analitzades, només l'ENI 07 proporciona informació sobre aquests aspectes.

El 45,36 % dels homes i dones magribins disposen d'autorització residencial permanent i el 39,86 % la tenen temporal. El 9,11 % dels magribins declara no tenir cap document d'autorització residencial a Catalunya.

Pel que fa als plans per als propers cinc anys, la majoria declara tenir previst de romandre a Espanya (79,90 %) i al voltant d'un 15 % encara no ho tenen decidit. Les intencions de portar familiars a Espanya –l'agrupament– no són tan unànimes i s'estima que només el 36,36 % dels magribins residents a Catalunya té previst d'agrupar-se amb els familiars, mentre que el 56,40 % no contempla aquesta possibilitat.

La participació social s'ha estudiat preguntant sobre la pertinença o col·laboració en grups o associacions orientats o no específicament a immigrants. Els resultats detallats es poden consultar a la taula 5.1.14. A grans trets crida l'atenció la baixa participació dels homes i dones magribins en les organitzacions socials sobre les que han estat preguntats. Tant se val si es tracta d'organitzacions específicament dirigides a immigrants o si estan orientades al conjunt de la societat, el grup amb el màxim percentatge de persones que participen en alguna entitat social és el dels homes, amb un 15,69 %. En general, el nivell de participació és inferior entre les dones del col·lectiu, i només pel que fa a la participació en grups o associacions de caràcter cultural o educatiu, la participació femenina supera molt discretament la masculina. La participació en institucions esportives és el tipus de pràctica participativa específica que aglutina més associats o col·laboradors, sobretot homes i persones entre els 44 i els 65 anys. Amb tot, la participació en aquesta mena d'institucions no supera el 6,9 %.

**TAULA 5.1.14: PARTICIPACIÓ SOCIAL. ENI 07 (EN %)**

	Total	Homes	Dones	De 16 a 44 anys	De 45 a 64 anys
	n = 91.838	n = 76.167	n = 15.671	n = 77.353	n = 13.635
<b>Associacions específicament dirigides a estrangers</b>					
D'ajuda als immigrants	1,03	1,31	0,55	1,09	1,14
Clubs esportius	2,43	3,86	0,00	2,35	4,05
Educatives i culturals	1,06	0,93	1,28	1,14	1,14
Religioses	1,06	1,26	0,73	0,62	4,05
Altres	4,67	4,97	4,17	4,49	4,05
<b>Associacions no específicament dirigides a estrangers</b>					
ONG	1,13	1,16	1,06	1,41	0,00
Polítiques, sindicals o veïnals	1,10	1,73	0,00	1,14	1,34
Religioses	0,67	1,05	0,00	0,84	0,00
Educatives i culturals	2,28	2,61	1,70	2,35	2,86
Esportives	3,31	4,33	1,55	2,94	6,90
Altres	3,19	3,59	2,50	3,40	1,14
<b>Participació social global</b>					
Participa, com a mínim, en algun grup o associació social dels anteriors	13,28	15,69	8,95	13,50	12,25
Participa, com a mínim, en algun grup o associació social no específicament dirigit a immigrants	9,82	12,17	5,62	10,29	9,48

(Font: ENI 07. Elaboració pròpia)

### 5.1.3. Discussió

Els nivells d'instrucció, el maneig de l'idioma, les condicions laborals, la situació econòmica i el capital social constitueixen les troballes amb major potencial generador de desigualtat en salut entre els homes i dones magribins residents a Catalunya respecte al col·lectiu d'autòctons. Dins del col·lectiu, els desavantatges s'expressen a través del gènere, de manera que els eixos de desigualtat es reproduïen, altre cop, entre els magribins, per castigar les dones amb una doble desigualtat. La primera, en tant que magribines, la segona en tant que dones.

L'anàlisi morfològica de les piràmides d'edat ens mostra una població jove, de predomini central –de 20 a 64 anys– i amb taxes de feminització creixents a causa de la progressiva incorporació de dones, tant per naixement –a la base de la piràmide– com per migració –als intervals centrals. Els índexs de feminització, encara amb un cert dèficit, obliguen a preguntar-se pels efectes de l'absència de la dona a les llars, tant pel que fa al manteniment d'hàbits i estils de vida saludables –en un grup humà que considera aquesta tasca pròpia del gènere femení– com pel que fa al manteniment de nuclis familiars disgregats, ja que convé no oblidar que el 18,04 % de les famílies magribines tenen els seus membres repartits en nuclis diferents, i que el 28,66 % dels homes casats no conviu amb l'esposa.

Els motius migratoris declarats evidencien la motivació laboral de bona part dels homes del col·lectiu, i l'agrupament familiar com a principal raó migratòria de les dones que arriben. Els

fluxos migratoris femenins diferits en un parell d'anys respecte als dels homes insisteixen en els perfils migratoris identificats. Al seu torn, la taxa d'activitat masculina, gairebé 15 punts superior a la registrada a Catalunya entre el conjunt de la població el primer trimestre de 2007 (15) (84,74 % vs 71,45 %) abona la tesi de la migració per motius laborals. En canvi, la baixa taxa d'activitat femenina (42,34 %) encaixa amb la motivació majoritàriament agrupadora de les dones magribines que vénen a viure a Catalunya, no tant perquè l'agrupament sigui incompatible amb la voluntat de treballar sinó pel fet que, en el moment de l'estudi, la llei no concedia de manera automàtica el permís de treball dels cònjuges agrupats que, legalment, només podien accedir a l'autorització laboral mitjançant permís residencial independent del del cònjuge (16). Malgrat tot el que s'ha dit sobre el perfil migratori dels homes i dones magribins, convé remarcar que una quarta part de les dones magribines que arriben a Espanya ho fan també per raons laborals, la qual cosa, tal com afirmen altres estudis, comporta un canvi respecte al perfil migratori que predominava fa uns anys (17-19).

Pel que fa als contactes migratoris previs, crida l'atenció la poca rellevància dels contactes amb empresaris. En tots els grups analitzats predominen els contactes amb familiars i amics, tant se val quina edat es tingui o si es tracta d'homes o de dones. En canvi, els contactes amb empresaris abans de migrar es queden en un nivell molt baix, tot i ser molt important la migració per motius laborals. De fet, el percentatge màxim de contactes migratoris previs l'assoleixen els homes i se situa en el 2,66 %. Aquest fet indueix a pensar en una empresa migratòria –la dels magribins– amb expectatives laborals incertes que es concreten un cop a la destinació, la qual cosa podria afegir estressors a un procés –el migratori– que, per ell mateix, ja n'és, d'estressant (20). L'obtenció de permisos de residència i de treball, l'accés al mercat laboral i les condicions en què es faci aquest accés són qüestions que acostumen a preocupar els immigrants perquè d'elles en depèn, moltes vegades, l'èxit del projecte migratori (21). A més, però, les dificultats legals i laborals han estat identificades com un factor de risc de mala salut mental dels immigrants (22, 23).

Tant l'ESCA 06 com l'ENI 07 presenten uns resultats que permeten afirmar que els habitatges on viuen gairebé la totalitat dels magribins reuneixen les condicions d'habitabilitat mínimes. Amb tot, aspectes relacionats amb la comoditat de les llars de les famílies magribines, s'han mostrat clarament en desavantatge respecte als de les llars dels autòctons. Per altra banda, i atès que l'ENI 07 es va dirigir únicament als immigrants, no es pot contrastar que els dèficits denunciats pels magribins en relació amb la qualitat de vida als barris on viuen es donin de manera anàloga en el cas de les famílies autòctones. Una comparació com aquesta permetria hipotetitzar –o no– sobre la segregació residencial de les famílies magribines en zones residencials deprimides socialment i econòmica.

Les diferents preguntes i categories de resposta de l'ESCA 06 i l'ENI 07 sobre el nivell educatiu no en permeten la comparació. No obstant això, de totes dues enquestes se'n desprenen inequívocament algunes conclusions semblants. La primera és la situació absoluta de

desavantatge educatiu de les dones magribines, que presenten nivells crítics educatius i d'alfabetització claríssimament inferiors als de les altres dones –les nacionals–, i també claríssimament inferiors als dels homes magribins. Per altra banda, la comparació entre col·lectius que permet l'ESCA 06 constata un nivell educatiu dels magribins respecte als autòctons inferior en tots els subgrups analitzats. Altres fonts que aporten dades sobre el nivell educatiu de la població espanyola l'any 2006, situen el nivell crític d'instrucció en l'11,91 % per al total de la població i en el 9,78 % i 13,98 % per a homes i dones, respectivament (24), amb la qual cosa es confirma que els indicadors d'educació de la població general són força millors que no pas els dels immigrants procedents de països del Magrib.

Pel que fa al domini lingüístic de les llengües oficials a Catalunya, es repeteix la posició desfavorable de les dones respecte dels homes en la mateixa circumstància. La capacitat per entendre i expressar-se en català, sense ser imprescindible per a la vida diària ni tampoc per comunicar-se amb els serveis de salut, podria interpretar-se com un indicador d'integració. Amb tot, ja s'ha vist que els nivells crítics de domini de la llengua catalana són molt alts.

Els resultats sobre nivell educatiu i maneig lingüístic són importants perquè s'accepta que els efectes de la instrucció i el domini de l'idioma sobre el maneig de la salut es tradueixen en una millor utilització dels serveis sanitaris, millors coneixements i pràctiques preventives, i majors nivells d'adherència al tractament i continuïtat de les cures de salut (2, 4). De fet, la comprensió de les demandes i explicacions de salut en un sentit ampli es considera una peça clau per garantir una interacció eficaç entre professionals i usuaris (13). Per altra banda, l'OMS reconeix l'educació com un determinant bàsic de salut i un element clau en les iniciatives d'apoderament (25).

La comparació de les dades laborals d'autòctons i magribins de l'ESCA 06 permet concloure que els treballadors i treballadores magribins estan sotmesos a major temporalitat i irregularitat laboral. De l'ESCA 06, també se'n desprèn que els homes i dones magribins que treballen s'expressen insatisfets en major proporció que no pas ho fan els treballadors i treballadores autòctons.

Pel que fa a les dades de l'ENI 07, si es comparen amb les publicades per l'INE a l'Enquesta de Població Activa (EPA) del primer trimestre de 2007 i les de l'Enquesta Comunitària de Força de Treball del mateix any (15) se n'extreu que la temporalitat dels treballadors magribins és superior a la dels espanyols (49,69 % vs 31,7 %). Les taxes d'atur entre els magribins (18,25 %), tot i no poder assegurar que s'hagin obtingut a partir de procediments idèntics, són superiors a les registrades a Catalunya el primer trimestre de 2007, tant les referides a la població espanyola com les del conjunt d'estrangers no comunitaris<sup>1</sup> que es situen, respectivament, en el 5,77 % i el 12,43 %. Les diferències amb la població catalana es

<sup>1</sup> La distribució per nacionalitats de l'EPA del 1r trimestre de 2007 només distingeix entre espanyols, europeus comunitaris i europeus no comunitaris.

mantenen quan les dades es desagreguen per sexe (4,16 % i 7,80 % per als homes i dones catalans, respectivament, i 14,99 % i 30,95 % per als homes i dones magribins), i s'accentuen en el cas de les dones (15).

La comparació de la distribució de l'ocupació per sectors amb les dades sobre Catalunya el primer trimestre de 2007 a les enquestes mencionades (15), dóna repartiments diferents segons si es tracta de treballadors espanyols o magribins. El pes relatiu de l'agricultura i la construcció és superior en el col·lectiu magribí. El percentatge d'homes magribins que hi treballen gairebé triplica el de la població general que ho fa en aquests sectors. La distribució de l'ocupació per sectors de les dones magribines no difereix gaire de la que mostra el conjunt de la població, que es concentra bàsicament en el sector serveis (79,6 %), tot i que seria interessant poder discernir com es distribueixen en cada cas les ocupacions dins del sector i veure, per exemple, quin percentatge de la població general es dedica a activitats de la llar o a l'hostaleria, feines que requereixen gran nombre de professionals de poca qualificació i que ocupen el 42 % de totes les treballadores magribines. A part d'això, ja s'ha vist que els magribins es situen preferentment en els estrats socials inferiors. La importància d'aquest fet rau en la constatació de la classe social com a determinant de salut ja que, segons afirmen els estudis sobre desigualtat social en salut laboral, la població treballadora de les classes socials més desfavorides presenta més trastorns crònics i pitjor salut percebuda i mental, està sotmesa a pitjors condicions contractuals i més exposada a riscos laborals, tant clàssics com psicosocials (26-29).

Els treballadors magribins es concentren en els sectors d'ocupació que, a priori, presenten més risc de sinistralitat per als treballadors estrangers, són els sectors de la construcció, i de l'agricultura, ramaderia i pesca (26). No obstant això, López-Jacob *et al.* (30), en el seu treball sobre accidentalitat laboral en treballadors estrangers a Espanya, observen que el risc d'accidentalitat laboral entre estrangers detectat a la construcció, l'agricultura i la pesca és inferior al que cabria esperar. Amb tot, l'explicació que els autors fan d'aquest fet no és positiva, i es plantegen la hipòtesi que aquests resultats, aparentment satisfactoris, responen a la infradeclaració dels accidents dels treballadors estrangers, que, al seu torn, és resultat del treball en petites empreses sense presència sindical i on es cobren sous baixos; o bé conseqüència de la por dels treballadors a perdre el sou o la feina si pateixen un accident, o de la manca d'informació sobre drets laborals. Tot plegat reforça el que s'ha dit fins ara sobre la situació laboral dels treballadors magribins que, a grans trets, es podria resumir en ocupació en feines de baixa qualificació, en condicions de protecció laboral i social inferiors a les dels autòctons.

L'anàlisi de la situació laboral des de la perspectiva de gènere mostra que les treballadores magribines cobren sous més baixos que no pas els homes del col·lectiu, es dediquen més al treball domèstic i estan més afectades per la doble jornada que comporta treballar fora de casa i encarregar-se, també, de les feines de la llar. Les investigacions disponibles sobre



desigualtats en salut laboral a Catalunya i desigualtats de gènere en la salut afirmen que la doble jornada laboral de les mestresses de casa es correspon amb un pitjor estat de salut (27). A més, cal afegir que la salut de les mestresses de casa és més dolenta que la de les dones amb una feina remunerada, més encara si aquestes dones pertanyen als estrats socials més baixos (31).

En canvi, i pel que fa a l'estabilitat laboral, les dones magribines suporten una temporalitat inferior a la dels homes del col·lectiu. Pel que fa a la classe social de les dones magribines no presenta diferències notables respecte a la distribució que mostren els homes magribins. Amb tot, cal recordar que la classificació de la classe social utilitzada a l'ESCA 06 està basada en l'ocupació i, per tant, exclou el gruix de dones sense activitat laboral remunerada que, en el cas de les magribines se situa al voltant del 75 %.

La comparació entre els sous que cobren els treballadors autòctons i els magribins presenta una particularitat remarcable, i és que els sous d'uns i altres s'assemblen força sempre que ens situem en els percentils més baixos. Per als percentils més alts, les diferències de sous entre uns i altres són notables, i mentre que el sou dels treballadors i treballadores magribins s'estabilitza o creix molt poc, el dels treballadors autòctons conserva el pendent de creixement. Aquest efecte es manté quan les dades es desagreguen per sexes. L'efecte sostre o de contenció de creixement dels sous dels treballadors i treballadores magribins lliga amb la gran concentració d'homes i dones magribins que treballen en feines de baixa qualificació, la qual cosa podria limitar el nivell màxim de sous assolible.

Per bé que els ingressos individuals dels grups comparats s'assemblen força en els percentils més baixos, no passa el mateix quan es comparen els ingressos familiars. Fins i tot en els percentils més baixos, els ingressos de les famílies de magribins són notablement inferiors als de les famílies autòctones. Malgrat que les corbes on es representen els ingressos familiars d'un i altre grup tenen formes semblants, a mida que s'avança en el percentil creixen les diferències entre uns i altres. Aquest fet corrobora l'efecte sostre que ja s'observava en comparar els ingressos individuals. A més, però, podria explicar-se per la gran proporció de dones magribines que no treballen fora de casa i que, per tant, no aporten diners a l'economia familiar.

Si es compara la situació legal dels magribins residents a Catalunya amb la dels de la resta d'Espanya, es veu que la situació d'uns i altres s'assembla força. Segons l'ENI 07, el 43,20 % dels magribins residents a Espanya gaudeix d'autorització residencial permanent, el 40,80 % la té temporal, i sense cap mena d'autorització residencial hi ha el 10,69 % dels magribins (anàlogament, els mateixos percentatges per als magribins i magribines residents a Catalunya són del 45,36 %, 39,86 % i 9,11 %). En canvi, si es compara la situació residencial dels immigrants procedents del Magrib amb la d'altres col·lectius d'immigrants amb forta presència a Espanya –també segons l'ENI 07– s'observa que en el moment de realització de l'enquesta el

percentatge de romanesos amb autorització residencial a Espanya –temporal, permanent, comunitària, d'estudis o com a refugiat–, era del 58,8 %. La d'homes i dones procedents del Senegal en la mateixa circumstància era del 75,21 %. Pel que fa a les persones procedents de l'Equador, el percentatge d'autoritzacions residencials de qualsevol mena era del 93,43 %. Si ens fixem només en les autoritzacions residencials permanents, els percentatges per a persones procedents de Romania, Senegal i Equador eren de 8,52 %, 29,56 % i 18,90 % respectivament, mentre que –recordem-ho– la proporció d'homes i dones magribins establerts a Catalunya amb autorització residencial permanent era de 45,36 %. En el moment de la recollida de dades, la situació residencial d'homes i dones magribins era, doncs, força més estable que no pas la d'immigrants d'altres procedències amb forta presència a Espanya.

Si ens referim a la situació irregular, i exceptuant els originaris de l'Europa Occidental, el Canadà i els Estats Units, el percentatge del *pool* d'immigrants establerts a Espanya sense cap mena d'autorització residencial era, en aquell moment, del 23,14 %, mentre que els magribins a Catalunya en aquesta mateixa circumstància estaven en un 9,11 %. Tot plegat ens permet d'afirmar que la proporció d'immigrants procedents de països del Magrib sense cap tipus d'autorització residencial que vivien en aquell moment a Espanya i a Catalunya era gairebé la meitat que la d'immigrants d'altres procedències en la mateixa situació.

Els alts nivells d'autorització residencial permanent entre els magribins encaixen amb la intenció majoritària de romandre a Espanya els propers cinc anys. Amb tot, aquests plans contrasten amb el baix nivell de participació social. L'establiment de relacions no ha progressat més enllà de les xarxes d'acollida, formades principalment per familiars i amics. En aquest sentit, diversos estudis han reconegut el baix nivell de penetració social i la percepció de solitud com un factor de risc per al manteniment de la salut psicosocial (20, 32, 33). Alguns treballs proposen les polítiques públiques d'inclusió social i el foment de la interacció social i l'associacionisme entre els immigrants com a estratègies de manteniment de la salut, en tant que el recolzament social ha estat identificat com un element directament relacionat amb la salut de les persones (33-35) –immigrants o no–, així com a factor explicatiu clau per entendre les desigualtats socials en salut que afecten els immigrants (33).

Quant a la situació legal, tot i haver-se revelat que els homes i dones que integren el col·lectiu de magribins residents a Catalunya gaudeixen d'una situació legal més favorable que no pas la del conjunt d'immigrants, no es pot obviar que segons l'ENI 07 el 9,11 % dels magribins residents a Catalunya es troben en situació irregular, i que aquest és un fet altament pertorbador de l'experiència migratòria i un estressor important amb efectes clars sobre la salut mental (20).

La situació de les dones magribines mereix una consideració especial perquè ben bé podria ser que es trobessin exposades a un doble risc de desigualtat en tant que en elles hi confluirien els eixos de desigualtat migratòria propis del col·lectiu de magribins, a més dels de gènere, com a

dones que són. Un fet com aquest demana estudis específics dirigits a les dones magribines, capaços de revelar els efectes de la concurrència de tots dos factors –la migració i el gènere– sobre la salut. Per fer-ho bé, convé tenir en compte les particularitats de la dona magribina, una dona que en bona part es dedica exclusivament a cuidar de la seva família i que acostuma a participar de la vida social a partir de les responsabilitats familiars que assumeix. La invisibilitat en la literatura científica de la dona magribina dedicada exclusivament a cuidar de la família és una possibilitat que obliga a pensar en investigacions específicament dirigides cap a ella, que es preguntin per les condicions socials, culturals i materials de la seva vida, així com per la seva salut i els factors que l'afecten, més encara quan aquesta dona representa les dues terceres parts de les dones del col·lectiu.

Finalment, i a tall de limitacions, convé advertir que l'ESCA 06 només inclou immigrants arribats a Espanya abans de l'any 2005, amb la qual cosa exclou els immigrants més recents, que podrien presentar un perfil sociodemogràfic específic i diferenciat del de la resta d'immigrants. Per altra banda, el fet que les dades hagin estat recollides just abans de l'esclat de la crisi econòmica que va venir després i que encara dura, de ben segur que n'afecta l'aplicabilitat als nostres dies, no obstant això, creiem que el desenllaç dels fets tal com els hem anat coneixent no invalida la identificació dels possibles eixos de desigualtat, ans al contrari, ben bé podria ser que els reafirmés.

La identificació de possibles eixos de desigualtat social en salut hauria de servir per orientar investigacions posteriors que constatessin –o no– els efectes en la salut de les desigualtats detectades en el col·lectiu estudiat, a fi de reunir evidències que guiïn la planificació d'intervencions transversals –és a dir, de caire no estrictament sanitari– destinades a reduir la desigualtat i/o minimitzar-ne els efectes en la salut.

#### **5.1.4. Bibliografia**

- (1) Borrell C, Benach J. Conceptes, antecedents i causes de les desigualtats socials en la salut. A: Borrell C, Benach J, editors. Les desigualtats en la salut a Catalunya. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 15-54.
- (2) Guillén MF. Estructura social y salud: análisis del acceso a la asistencia sanitaria y los niveles de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1990.
- (3) Borrell C, Rajmil L. Les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris. A: Borrell C, Benach J, editors. Les desigualtats en la salut a Catalunya. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 153-177.
- (4) Hernández Pedreño M. Estructura social y desigualdades en salud. RES 2002;(2):97-112.
- (5) Racine L. Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non-Western populations. Nurs Inq 2003 Jun;10(2):91-102.

- (6) Kirkham SR, Smye V, Tang S, Anderson J, Blue C, Browne A, et al. Rethinking cultural safety while waiting to do fieldwork: methodological implications for nursing research. *Res Nurs Health* 2002 Jun;25(3):222-232.
- (7) Mota P. Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: UAB; 2007.
- (8) Racine L. Les potentialités de l'approche théorique post-coloniale en recherche infirmière culturelle sur l'adaptation du soin infirmier aux populations non occidentales. *Recherche en soins infirmiers* 2003(75):7-14.
- (9) Polaschek NR. Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities. *J Adv Nurs* 1998 Mar;27(3):452-457.
- (10) Anderson J, Perry J, Blue C, Browne A, Henderson A, Khan KB, et al. "Rewriting" cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: toward new epistemologies of healing. *ANS Adv Nurs Sci* 2003 Jul-Sep;26(3):196-214.
- (11) Browne AJ, Varcoe C, Smye V, Reimer-Kirkham S, Lynam MJ, Wong S. Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy* 2009;10(3):167-179.
- (12) Anderson JM, Rodney P, Reimer-Kirkham S, Browne AJ, Khan KB, Lynam MJ. Inequities in health and healthcare viewed through the ethical lens of critical social justice: contextual knowledge for the global priorities ahead. *ANS Adv Nurs Sci* 2009 Oct-Dec;32(4):282-294.
- (13) Jansà JM, García de Olalla P. Desigualtats en la salut i la immigració. A: Borrell C, Benach J, editors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 217-250.
- (14) Regidor E, Grupo de Trabajo de la SEE. The Goldthorpe Social Class Classification: reference framework for a proposal for the measurement of social class by the Working Group of the Spanish Society of Epidemiology. *Rev Esp Salud Publica* 2001 Jan-Feb;75(1):13-22.
- (15) INEbase / Sociedad / Mercado laboral. Disponible a:  
[http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_mercalab.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_mercalab.htm). Consultat 11-4-2010.
- (16) Cortes Españolas. Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *BOE* 2000 12 de enero;10:1139-1150.
- (17) Terrén E, Veredas S. Género e Inmigración: El «más difícil todavía» de las mujeres inmigrantes extracomunitarias. *TAVIRA (0214137X)-2007* 2007(23):79-102.
- (18) Alcalde R, García C, Moreno R, Ramírez M. Las mujeres marroquíes en Cataluña: entre la transgresión y el cambio. *Revista Catalana de Sociologia* 2002;18:27-44.
- (19) Ayuste A, Payá Sánchez M, Romañá T, Baltasar E. De la societat d'origen a la societat d'acollida: una aproximació als processos migratoris de les dones marroquines i dominicanes. *Temps d'Educació*, 2007 (33):165-182.
- (20) Achótegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan* 2009 Diciembre 2009(46):163-171.
- (21) Achótegui J. Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional Vol / Advances in relational mental health* 2008;7(1).

- (22) Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. Depressive syndromes in the immigrant population. *Rev Clin Esp* 2005 Mar;205(3):116-118.
- (23) Collazos Sánchez F. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo* 2008;29(3):307-315.
- (24) INEbase / Sociedad / Análisis sociales / Indicadores sociales Año 2008. Disponible a: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales08/sociales.htm>. Consultat 11-4-2010.
- (25) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNDH), Organización Mundial de la Salud (OMS). Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
- (26) Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health--a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007 Apr;33(2):96-104.
- (27) Artazcoz L, Cortès I, Benach J, Benavides FG. Les desigualtats en la salut laboral a Catalunya. A: Borrell C, Benach J, editors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 251-302.
- (28) Borrell C, Benach J, CAPS-FJ Bofill Working Group. Evolution of health inequalities in Catalonia [Spain]. *Gac Sanit* 2006 Sep-Oct;20(5):396-406.
- (29) Porthé V, Amable M, Benach J. La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber? *Arch Prev Riesgos Labor* 2007;10(1):34-39.
- (30) López-Jacob MJ, Ahonen E, García AM, Gil A, Benavides FG. Occupational injury in foreign workers by economic activity and autonomous community (Spain 2005). *Rev Esp Salud Publica* 2008 Mar-Apr;82(2):179-187.
- (31) Rohlfs I. Desigualtats de gènere en la salut. A: Borrell C, Benach J, editors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya: informe CAPS-Fundació Jaume Bofill*. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 179-216.
- (32) Saura RM, Suñol R, Vallejo P, Lahoz S, Atxotegui J, El Manouari M. Study of the healthcare background and psychosocial environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia [Spain]. *Gac Sanit* 2008 Nov-Dec;22(6):547-554.
- (33) Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo de la Hoz G, et al. Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit* 2009 Dec;23 Suppl 1:29-37.
- (34) Stoyanova A, Díaz-Serrano L. El impacto diferencial del capital social sobre la salud mental de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 2009;23(Supl 1):93-99.
- (35) Zhao J, Xue L, Gilkinson T. État de santé et capital social des nouveaux immigrants: données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada. A: McDonald T, Ruddick E, Sweetman A, Worswick C, editors. *Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment* Montréal et Kingston: Queen's Policy Studies Series, McGill-Queen's University; 2010. pp. 284-341.

## 5.2. ESTAT DE SALUT: IMMIGRANT SA O IMMIGRANT PORTADOR DE MALALTIA?

### 5.2.1. Introducció

Els canvis sociodemogràfics vinculats a la incorporació de població immigrant els darrers anys a Espanya i a Catalunya requereixen ajustaments de tota mena, entre ells els relacionats amb la planificació i organització de les polítiques i serveis sanitaris a fi de donar resposta a les noves demandes de salut (1). En aquest sentit, el coneixement de l'estat de salut dels nousvinguts serveix per identificar necessitats canviants i adaptar l'oferta de recursos de salut a les noves situacions (2). Per altra banda, la cerca de dades objectives al voltant de les necessitats de salut de la població immigrant hauria de contribuir a una difusió dels fets lliure de prejudicis i, si s'escau, a desmuntar la lògica d'exclusió que segons Solé *et al.* (3) desenvolupa la societat receptora envers els immigrants al voltant de tres eixos, a saber: la seguretat, la identitat i la competència pels recursos, en aquest cas els del sistema públic de salut.

Les condicions físiques, climàtiques, mediambientals, socials i culturals de la zona d'origen dels migrants en determinen la salut, com també ho fan les dificultats vinculades al procés migratori (4, 5), no obstant això, en els àmbits de les ciències socials i de la salut s'admet que la població immigrant és, en general, una població jove i sana (1, 2, 6), amb unes necessitats de salut potencialment equiparables a les de la població autòctona (7, 8). És més, malgrat que s'accepta que la població immigrant pot presentar problemes de salut prevalents a l'entorn d'origen, també es reconeix que la major part dels problemes de salut que presenta no estan relacionats amb la procedència sinó que s'atribueixen a l'acumulació de situacions desfavorables per a la salut com ara la pobresa, el baix nivell educatiu, les activitats laborals de risc i les condicions de l'habitatge o el medi ambient, entre d'altres (1, 8, 9). De fet, les enquestes de salut acostumen a assenyalar diferències entre l'estat de salut d'immigrants i autòctons, diferències que, a grans trets, permeten afirmar que els immigrants recents gaudeixen de més bona salut que la població autòctona, tot i que, amb el temps, la salut dels nousvinguts tendeix, si més no, a convergir amb la dels autòctons (10-12). És el que s'anomena *healthy immigrant effect*; en català, l'efecte de l'immigrant sa.

L'efecte de l'immigrant sa s'atribueix a diversos factors. Entre els més acceptats hi ha la selecció en origen dels individus més aptes per embarcar-se en un procés migratori, la prioritat en destinació de l'entrada dels immigrants més sans en perjudici dels més vulnerables i, finalment, un possible subregistre dels esdeveniments de salut entre els immigrants (11). L'efecte de l'immigrant sa planteja, però, l'interrogant sobre quins són els factors que actuen en la pèrdua de salut dels immigrants. Les hipòtesis proposades per explicar el canvi de la situació de salut inclouen l'aculturació del migrant que comporta l'adopció de nous hàbits de vida, les noves condicions mediambientals, i una utilització dels serveis de salut semblant a la dels autòctons, de manera que la morbiditat real s'aproximaria a la declarada (11). El fenomen s'explica, també, per la concurrència d'unes condicions socioeconòmiques desfavorables en els

immigrants, que en determinarien un empitjorament de la salut després que s'han establert a la destinació migratòria (8, 9, 12-16). Ara bé, l'elevada correlació entre l'experiència migratòria i un baix estatus socioeconòmic fa difícil identificar quin dels dos factors ajuda millor a explicar els canvis en l'estat de salut dels migrants i, de fet, la migració s'està començant a reconèixer com un determinant social de salut independent que, més que en l'origen de les persones, insisteix a fixar-se en les condicions de vida dels migrants i contempla la migració com un element potenciador de la desigualtat (17). Segons Davies *et al.* (17) la migració afegeix una dimensió especial als determinants socials de la salut i fa els migrants més vulnerables a les influències negatives per a la salut. Ser un immigrant –conclouen els autors– situa la persona en desavantatge social respecte als individus de la mateixa classe social de la comunitat d'acollida.

Mentre la hipòtesi de l'immigrant se li atribueix l'empitjorament de la salut que experimenten els migrants amb els anys a les condicions socials i econòmiques de l'assentament en destinació, un model alternatiu explica les relacions entre migració i salut vinculant la migració a la presència de determinades patologies (16). El model de les patologies de la immigració estableix com a pròpies de la població immigrant les malalties infeccioses i els problemes de salut mental, i dona per feta una diferència cultural en el maneig de la salut que, per força, actuarà com a font de dificultat en context sanitari (18-21). No cal dir que aquesta identificació entre immigració i malaltia castiga encara més la població immigrant en afegir, al refús que ja pateix (3, 8, 22), l'estigma de la malaltia mental i el de la diferència cultural, a més d'establir associacions entre migració i malalties transmissibles. L'associació –espúria– entre immigració i malaltia que estableix el model de les patologies de la immigració, genera accions de la salut pública centrades exclusivament en l'immigrant que contribuiran a la seva percepció social negativa (16). La promoció de la imatge de l'immigrant com a portador de malalties insisteix en la idea de l'immigrant com a consumidor dels recursos públics i amenaça per a la salut comunitària.

El col·lectiu d'immigrants és un grup heterogeni i, potser, amb realitats de salut diverses que requereixen anàlisis i abordatges específics. Per altra banda, essent com és aquest un treball focalitzat en el col·lectiu de magribins residents a Catalunya, no s'hi valen, a priori, les generalitzacions sobre la relació que s'estableix entre les migracions, els immigrants i la salut; i convé acostar-se a l'objecte d'estudi amb una mirada específica que es preguntï per l'estat de salut del col·lectiu de magribins residents a Catalunya i per com es defineix en relació amb l'estat de salut del conjunt de la població catalana, a fi d'establir-ne un diagnòstic objectiu, valorar l'encaix dels resultats en algun dels models proposats i facilitar la tasca de donar a cadascú el que li correspon, tant pel que fa a l'atenció a la salut com als elements amb què es construeix la imatge col·lectiva d'uns i altres.

## **5.2.2. Resultats**

L'ESCA 06 proporciona resultats molt detallats sobre la salut de les persones entrevistades. Atès que aquest treball està orientat a conèixer l'estat de salut del col·lectiu de magribins resident a Catalunya a partir d'una enquesta de població general que inclou una petita representació del col·lectiu a estudi, l'aproximació al tema s'ha fet a partir d'una anàlisi grollera de grans blocs temàtics que permeti aproximar-se de manera general a l'estat de salut del grup estudiat. Així doncs, per a l'anàlisi d'aquest apartat s'han utilitzat indicadors resum de l'estat de salut en els seus diversos vessants, així com dades sobre situacions de salut-malaltia prou prevalents perquè no es vegin afectades per la mida mostral dels magribins entrevistats a l'ESCA 06. A més, però, convé afegir que s'ha descartat la valoració d'aspectes que malgrat ser prou prevalents en la població general, com ara la incontinència urinària, és de preveure que no ho siguin tant en una població d'adults joves com la que ens ocupa.

Els aspectes analitzats a partir de l'ESCA 06 són els comportaments relacionats amb la salut, l'autopercepció de l'estat de salut, salut mental, morbiditat percebuda, cronicitat, índex de massa corporal, presència de dolor i accidentalitat. També, i pels seus efectes en l'estat de salut, es presenten resultats sobre capital social individual (23-27) i percepció de discriminació (28-32). La valoració del capital social individual s'ha obtingut a partir de les vuit variables que a l'ESCA 06 pregunten pel suport social i emocional. La percepció de discriminació s'ha obtingut mitjançant la pregunta directa sobre el tema en diferents situacions. Finalment s'ha creat una nova variable que reflecteix la percepció de discriminació en, com a mínim, alguna vegada en alguna de les situacions per les quals es pregunta.

L'apartat d'autopercepció de la salut incorpora les apreciacions qualitatives sobre la valoració de l'estat de salut actual i els canvis de salut experimentats amb el procés migratori.

### **5.2.2.1. Comportaments relacionats amb la salut**

L'anàlisi sobre hàbits i estils de vida presenta –tal com seria d'esperar– un col·lectiu –el dels magribins– amb un consum d'alcohol notablement inferior al de la població amb què es compara –els autòctons–. Aquest resultat també es dona si el que s'analitza és l'hàbit tabàquic, tot i que en aquest cas el pes de la tendència recau en les dones, que es declaren fumadores en un 3,4 % (vs 23 % d'autòctones), mentre que no hi ha diferència entre les taxes de tabaquisme per als homes dels dos col·lectius comparats. Pel que fa a l'activitat, el nivell de sedentarisme és força semblant en tots els grups analitzats. Per consultar el detall d'aquests resultats, vegeu taula 5.2.1.



**TAULA 5.2.1: HÀBITS I ESTIL DE VIDA. ESCA 06 (EN %)**

	Homes		Dones		De 15 a 44 anys		De 45 a 64 anys			
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins		
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
<b>Activitat</b>										
Molt actiu	<b>7,32</b>	<b>3,65</b>	<b>11,16</b>	<b>4,37</b>	3,58	2,54	<b>12,56</b>	<b>3,95</b>	3,57	2,56
Moderadament actiu	<b>54,07</b>	<b>61,79</b>	<b>55,40</b>	<b>66,12</b>	52,77	55,08	<b>52,47</b>	<b>62,85</b>	58,92	61,54
Sedentari	38,61	34,55	33,44	29,51	43,64	42,37	34,97	33,20	37,51	35,90
<b>Tabac</b>										
Fumador	<b>28,27</b>	<b>21,93</b>	33,72	33,88	<b>22,96</b>	<b>3,39</b>	<b>40,07</b>	<b>21,34</b>	24,97	30,77
<b>Alcohol</b>										
No bevedor	<b>26,98</b>	<b>87,38</b>	<b>16,48</b>	<b>81,97</b>	<b>37,20</b>	<b>95,76</b>	<b>21,31</b>	<b>88,93</b>	<b>23,25</b>	<b>76,92</b>
Bevedor moderat	<b>68,24</b>	<b>10,30</b>	<b>75,66</b>	<b>14,75</b>	<b>61,00</b>	<b>3,39</b>	<b>71,83</b>	<b>8,70</b>	<b>72,90</b>	<b>20,51</b>
Bevedor de risc	<b>4,79</b>	<b>2,33</b>	<b>7,85</b>	<b>3,28</b>	1,80	0,85	<b>6,86</b>	<b>2,37</b>	3,85	2,56

En negreta i vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2

### 5.2.2.2. Autopercepció de la salut

L'ESCA 06 mesura l'autopercepció de l'estat de salut amb el termòmetre o escala visual analògica fent que l'individu assenyali el seu estat de salut en una escala de 0 (el pitjor estat de salut imaginable) a 100 (millor estat de salut imaginable).

Les puntuacions mitjanes de l'autovaloració de la salut del grup de magribins són superiors a les del grup d'autòctons. La diferència persisteix quan les dades es desagreguen per sexe. En canvi, si les dades es comparen per grups d'edat, s'observa que en el grup dels més joves, els de 15 a 44 anys, les puntuacions són molt semblants i sense significació estadística. Pel que fa al grup de 45 a 64 les mitjanes de les puntuacions són inferiors per al grup de magribins, tot i que es tracta d'una diferència no estadísticament significativa.

Pel que fa a la valoració qualitativa de la salut, globalment es pot dir que en el grup de magribins i en el subgrup d'homes magribins el percentatge d'homes que valoren positivament la seva salut (excel·lent, bona o molt bona) és superior al percentatge d'anàlegs autòctons amb valoració positiva de la seva salut. Amb tot, en desagregar per edats, la proporció de persones d'origen magribí del grup etari més jove –de 15 a 44 anys– que valoren positivament la seva salut és inferior al dels autòctons de la mateixa edat. Per a la resta de grups comparats, les diferències que s'observen no són estadísticament significatives.

Per consultar el detall dels resultats sobre estat de salut, vegeu taula 5.2.2.

Els usuaris que al llarg de les entrevistes han informat sobre canvis en l'estat de salut relacionats amb el procés migratori, estan d'acord a assenyalar un empitjorament de la salut coincident amb l'assentament en destinació migratòria: «Ella mai no s'ha posat malalta al Marroc. Ha estat sempre bona fins que ha arribat aquí i ha començat les enfermedades surten» (GF10. Dones, domini lingüístic baix). Les raons a què atribueixen aquests canvis són variades. En primer lloc, hi ha l'edat:

-Diu que ell, quan va venir aquí a Europa, tenia 24 anys, que estava súper fort i que estava no sé què... «Casi nunca fue al médico. Para niños y eso, sí. Ahora no.»

P: ¿Ahora está bien de salud?

-Antes. Ahora no (E12. Usuari, berber).

I els canvis fisiològics i socials que l'edat comporta, especialment pel que fa a les dones:

És que... la majoria d'elles, quan estaven al Marroc... no tenen res, per exemple, no està casada, no necessitava metge, no estava embarassada ni res, no necessita metge, tampoc, saps? Aquí, perquè vénen joves, perquè està embarassada... per això es veu molta gent a l'hospital perquè... han vingut gent jove, S'han de parir, saps? Per això es nota molt que van molt al metge, que allà no van perquè no les fa falta. Moltes diuen que s'han enfermat aquí (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

També compta, però, l'entorn físic i el medi ambient. Alguns entrevistats estan convençuts que el tipus de vida que duïen al Marroc era força més saludable que la que porten aquí i que això té un efecte protector de la salut, que s'ha perdut en migrar:

No, diu que ella, per exemple... potser perquè no tenia els nens encara i... potser és per això. Diu que allí estem molt forts perquè... no hi ha contaminació al poble que vivim, no hi ha ni cap fàbrica, estem a l'aire lliure... —és que al meu poble no hi ha res, eh—. Diu... diu... i des de que hem arribat aquí que estem prenent medicaments, pastilles... i estem totes molt inflades (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

I els esdeveniments vitals com la migració i altres sofriments que l'usuari intueix que el poden fer caure malalt:

Y dice que además que él su estancia aquí durante dos años y medio pues estaba bien y a partir de esta fecha pues ya le diagnosticaron que le sube la tensión y está ahora tomando medicación de la tensión y a lo mejor dice eso de la tensión debido a todo este cambio ¿no? de Marruecos a aquí, y el estado crítico de su hijo y tal... (EI5. Usuari, àrab).

Finalment, entre els motius que els entrevistats associen amb canvis negatius en l'estat de salut, es menciona l'exposició a riscos laborals. En aquest sentit, hi ha qui es lamenta de les restriccions d'accés a mitjans de prevenció de riscos laborals i de la permissibilitat de l'autoritat davant de certes pràctiques abusives amb els treballadors en matèria de salut laboral:

-Y otra cosa... otra cosa importante. Alguna de faena es muy mal para la salud. No hay trabajar en la fábrica. Él tiene cosa de química e cosas muy mal para la... Él tiene esa material, pero cuando llega una visita de seguridad o no sé, él distrube [distribuye] los materiales... los guantes, máscaras... e cuando no ha, deja aparte.

-[aclareix la traductora]. ¡Ah! Esconden las cosas. Todas estas cosas están escondidas ahí, e cuando había algún control le saca al personal. Cuando viene algún control, le dan máscaras, le dan guantes... e cuando se va, lo retira.

-Este es el problema que yo quiero decir. Que... ¿por qué no hay una control de salud? Porque esto es lo primero de todo lo que hay en el mundo (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Sense que del discurs es despregui que es tracta d'un tema que afecta en exclusiva els treballadors magribins, ni tampoc que aquesta sigui una pràctica generalitzada, es denuncia l'obligació de treballar en condicions insalubres. A més, tot i haver-hi un reconeixement explícit de la salut com a prioritat, en acceptar de treballar en aquestes condicions, s'admet, *de facto*, la prioritat —la necessitat, potser— del treball, per sobre de mantenir-se lliure d'exposició a determinats riscos.

L'accessibilitat al sistema sanitari pot modificar, en certa manera, la percepció de la pròpia salut. El raonament enfilat pels usuaris comença per acceptar que en un sistema poc accessible l'usuari només es mou per cercar atenció quan sent que el problema que l'afecta és seriós. Altrament procura resoldre'l amb estratègies alternatives que no requereixen la participació del sistema, com ara els remeis naturals:

Por ejemplo para en caso de estar resfriado y tiene, o sea, un poco de fiebre, pues el eucalipto va bien y entonces lo utilizan a veces para eso. Dice que incluso él, la medicación... las... Él, en Marruecos en toda su vida a lo mejor ha tenido el resfriado o sea... y nunca, nunca ha tomado medicación, no ha ido a un centro sanitario para que recibiera una medicación ni una inyección. En toda la vida, y entonces para estas enfermedades, digamos para resfriado, para gripe y tal pues... hasta que vino aquí. Dice que cuando vino aquí sí que tomó cosas (E15. Usuari, àrab).

O la distracció, quan no queda més remei que aguantar-se:

Diu, és veritat [que allí no prenen tants medicaments]. Per exemple allí... i allí, segurament no hi van [al metge] perquè és pagant, llavors, potser un dolor te l'aguantes i no estàs pensant en el dolor. En canvi aquí... estàs a casa i tot et fa mal. Allí hi ha la família... (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

I acaba per identificar la freqüència d'ús dels serveis de salut amb la salut mateixa: «I ella diu que... per exemple, al Marroc, no li feien mal tantes coses... Diu, diu... allí anava una vegada al metge, entens? No hi anava gens. No com aquí, un munt de visites...» (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

Finalment, convé fer menció a la identificació de la família com a element que alleuja el sofriment i, en certa manera, protegeix la salut. En una de les cites anteriors s'afirma que la presència de la família ajuda a suportar l'experiència de malaltia. Concretament, la menció es refereix a la capacitat per suportar el dolor físic quan no queda altra alternativa de tractament que esperar que passi. Altres informants complementen aquesta idea des de la perspectiva de l'absència:

Ella dice que al Marroc està, està... bueno, no ha anat mai al metge perquè no les fa falta. I quan ha vingut aquí, bueno... ha estat malalta i tot això i l'han tractat molt bé, aquí. No... no té cap queixa, que està tot bé. Però ha trobat a faltar la família ella, quan està ingressada o algo. Sí, la família, els pares... (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

**TÀULA 5.2.2: ESTAT DE SALUT. ESCA 06**

	Homes		Dones		De 15 a 44 anys		De 45 a 64 anys			
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
<b>Autopercepció de la salut</b>										
Termòmetre	<b>70,06</b>	<b>75,63</b>	<b>72,83</b>	<b>76,88</b>	<b>67,38</b>	<b>73,87</b>	78,11	78,41	67,99	62,93
Excel·lent, molt bona o bona	<b>73,58</b>	<b>80,82</b>	<b>78,59</b>	<b>86,02</b>	68,72	73,48	<b>90,68</b>	<b>85,39</b>	69,35	65,85
Regular o dolenta	<b>26,42</b>	<b>19,18</b>	21,41	13,98	31,28	26,52	<b>9,32</b>	<b>14,61</b>	30,65	34,15
<b>Salut mental</b>										
Índex de salut mental ( $\bar{x}$ )	0,78	0,72	0,55	0,56	1,00	0,97	0,68	0,72	0,86	0,31
Risc de mala salut mental	10,71	9,97	6,91	7,10	14,40	14,41	8,98	9,88	11,88	2,56
<b>Problemes més prevalents</b>										
Ansietat o depressió	20,38	18,24	13,43	15,59	27,12	21,97	12,37	15,36	24,56	29,27
Bronquitis crònica	<b>6,90</b>	<b>1,89</b>	<b>7,92</b>	<b>2,15</b>	<b>5,92</b>	<b>1,52</b>	3,57	1,50	6,04	4,88
Colesterol	<b>15,93</b>	<b>3,77</b>	<b>15,80</b>	<b>2,69</b>	<b>16,07</b>	<b>5,30</b>	<b>5,66</b>	<b>1,87</b>	<b>23,86</b>	<b>4,88</b>
Diabetis	<b>6,58</b>	<b>3,14</b>	<b>6,00</b>	<b>1,61</b>	7,14	5,30	<b>1,01</b>	<b>2,62</b>	7,47	2,44
Pressió alta	<b>21,91</b>	<b>11,32</b>	<b>20,70</b>	<b>11,29</b>	<b>23,07</b>	<b>11,36</b>	<b>5,31</b>	<b>8,24</b>	27,91	19,51
Té alguna discapacitat	<b>20,12</b>	<b>9,12</b>	<b>16,45</b>	<b>6,99</b>	<b>23,67</b>	<b>12,12</b>	5,29	4,49	17,02	26,83
Pateix algun trastorn crònic	<b>79,36</b>	<b>57,55</b>	<b>73,98</b>	<b>53,76</b>	<b>84,57</b>	<b>62,88</b>	<b>65,81</b>	<b>52,06</b>	86,84	82,93
Hepatitis crònica	0,57	0,31	0,57	0,00	0,58	0,76	0,40	0,37	0,80	0,00
Nombre de trastorns crònics ( $\bar{x}$ )	<b>3,41</b>	<b>1,70</b>	<b>2,61</b>	<b>1,37</b>	<b>4,19</b>	<b>2,17</b>	<b>1,80</b>	<b>1,20</b>	3,89	3,44
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	25,42	25,15	<b>25,94</b>	<b>24,94</b>	24,91	25,43	<b>24,03</b>	<b>24,83</b>	26,72	26,01
<b>Dolor</b>										
No té dolors o malestars	<b>65,30</b>	<b>74,21</b>	73,18	77,42	<b>57,67</b>	<b>69,70</b>	81,51	80,15	60,88	53,66
Dolors o malestars moderadament	<b>27,92</b>	<b>21,07</b>	23,00	18,82	<b>32,69</b>	<b>24,24</b>	16,53	17,98	31,51	31,71
Molts dolors o malestars	6,78	4,72	3,83	3,76	9,64	6,06	1,96	1,87	7,61	14,63
<b>Accidents</b>										
Ha patit algun accident (n = )	18,12 (n = 2.664)	17,30 (n = 55)	18,15 (n = 1.313)	17,74 (n = 33)	18,09 (n = 1.351)	16,67 (n = 22)	19,30 (n = 1.340)	16,48 (n = 44)	14,82 (n = 633)	19,51 (n = 8)
Accident domèstic	30,88	27,27	16,91	12,12	44,45	50,00	17,15	27,27	33,97	0,00
Accident laboral	33,85	45,45	44,94	57,58	23,08	27,27	45,12	40,91	<b>39,65</b>	<b>87,50</b>
Accident de trànsit (no laboral)	20,56	21,82	18,66	24,24	22,41	18,18	18,49	25,00	17,54	12,50
Accident en altres localitzacions	14,71	5,45	19,50	6,06	10,06	4,55	<b>19,24</b>	<b>6,82</b>	8,85	0,00

En negreta i vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2

### **5.2.2.3. Salut mental**

L'instrument utilitzat a l'ESCA 06 per mesurar el benestar psicològic i detectar el risc de mala salut mental ha estat la versió reduïda de 12 ítems del General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg i Williams (33), el GHQ-12. Aquesta versió autoavalua l'estat de la persona en relació amb la capacitat per concentrar-se, la pèrdua de son per preocupacions, la percepció de rol, la capacitat per prendre decisions, l'estrès, la percepció de problemes, la capacitat d'enfrontar-se als problemes, la pèrdua d'autoconfiança, la vàlua personal, la felicitat general, la depressió i els sentiments davant les activitats diàries. La puntuació de cadascun dels ítems pot ser binària o de Likert. A l'ESCA 06 s'ha valorat el GHQ-12 mitjançant puntuació binària, que atorga un punt si en els darrers 30 dies la persona ha experimentat un canvi a pitjor en els paràmetres valorats respecte al seu patró habitual. L'índex de salut mental del GHQ-12 recull la suma de les puntuacions dels aspectes considerats i estableix el llindar del risc de mala salut mental en puntuacions > de 2 punts.

En cap dels grups i subgrups de magribins i autòctons comparats no s'han detectat diferències significatives entre les mitjanes de l'índex de mala salut mental. Tampoc se n'han trobat en els percentatges de persones en risc de mala salut mental.

### **5.2.2.4. Morbiditat percebuda**

A escala global i per a totes les situacions de salut analitzades, excepte pel que fa a ansietat o depressió, i hepatitis crònica -sense diferències entre el col·lectiu de magribins i el d'autòctons- el grup de magribins es declara malalt en un percentatge notablement inferior respecte als autòctons en la mateixa circumstància. En el cas de la hipercolesterolèmia, la diferència i el sentit de la mateixa es manté en tots els grups i subgrups analitzats. El percentatge de persones que declaren tenir bronquitis crònica és inferior en el grup de magribins, tant si es considera el total de la població de cada grup com quan les dades es desagreguen per sexes. Per a aquesta mateixa patologia i quan les dades es comparen per grups d'edat, les diferències que s'observen no són estadísticament significatives. El percentatge d'autòctons que es declaren diabètics es superior en tots els grups analitzats, tot i que les diferències detectades no són estadísticament significatives entre les dones i el grup etari que va dels 45 als 64 anys. Pel que fa a la presència d'hipertensió arterial, el percentatge de persones que es declaren hipertenses és globalment superior entre els autòctons. La diferència i el sentit de la mateixa es mantenen quan les dades s'analitzen separadament segons el sexe dels enquestats. Curiosament, però, en el grup etari de 15 a 44 anys, el percentatge d'hipertensos és discretament superior entre els magribins. No hi ha diferències significatives en l'índex de massa corporal (IMC) global, tot i que en desagregar per sexe aquesta variable els homes magribins presenten un IMC discretament inferior al dels homòlegs autòctons, mentre que per al grup etari de 15 a 44 anys el sentit de la diferència s'inverteix i són els magribins d'aquesta edat els que tenen un IMC discretament superior al dels autòctons del grup corresponent.

Finalment, i pel que fa a la presència de dolors, les diferències significatives es localitzen a la comparació global i, quan s'analitza aquesta variable per sexes, en les dones. En tots dos casos, el grup de magribins que manifesten estar lliure de dolors i malestars és superior respecte al dels autòctons en la mateixa circumstància.

#### **5.2.2.5. Discapacitat, cronicitat i accidents**

La presència de discapacitat és superior entre els autòctons, sempre que les dades no es desagreguin per edat. Quan això passa, no hi ha diferències estadísticament significatives entre autòctons i magribins.

En relació amb la cronicitat, el percentatge de magribins que declaren patir algun trastorn crònic és significativament inferior en tots els grups comparats, llevat del grup etari de 45 a 64 anys, en què el percentatge de declaració de cronicitat és força similar entre uns i altres i sense significació estadística de la diferència. Passa el mateix quan es comparen el nombre de trastorns crònics declarats, sempre inferiors entre els magribins excepte quan es tracta de persones d'entre 45 i 64 anys.

No s'observen diferències entre el nivell d'accidentalitat i les causes d'accidents entre el grup de magribins i el d'autòctons, excepció feta dels accidents laborals en el grup de 45 a 64 anys – superiors entre els magribins–, i el d'accidents de causa no domèstica, laboral o de trànsit en el grup etari de 15 a 44 anys, força superior entre els autòctons.

#### **5.2.2.6. Capital social i percepció de discriminació**

Totes les puntuacions mitjanes de les variables que mesuren el capital social individual són significativament inferiors en els magribins de tots els grups i subgrups estudiats, llevat del grup d'entre 45 i 64 anys en què les diferències no sempre són estadísticament significatives.

El 43 % dels magribins que han estat entrevistats a l'ESCA 06 ha experimentat discriminació alguna vegada. Globalment, la discriminació afecta més els homes que les dones, i els àmbits on els nivells de discriminació percebuda són més alts són el laboral i, en general, el de la vida pública.

**TAULA 5.2.3: SUPORT SOCIAL I EMOCIONAL (PUNTUACIÓ MITJANA ESCALA DE LIKER: 1, MENYS DEL QUE DESITJO, I 5 TANT COM DESITJO). ESCA 06**

			Homes		Dones		Fins a 44		De 45 a 64	
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
Invitacions per distreure's	<b>4,00</b>	<b>3,75</b>	<b>4,07</b>	<b>3,79</b>	<b>3,94</b>	<b>3,69</b>	<b>4,19</b>	<b>3,82</b>	<b>3,91</b>	<b>3,44</b>
Rep amor i afecte	<b>4,46</b>	<b>4,18</b>	<b>4,46</b>	<b>4,15</b>	<b>4,46</b>	<b>4,21</b>	<b>4,53</b>	<b>4,15</b>	4,42	4,26
Pot parlar de problemes laborals	<b>4,35</b>	<b>3,99</b>	<b>4,36</b>	<b>4,01</b>	<b>4,34</b>	<b>3,96</b>	<b>4,51</b>	<b>3,98</b>	<b>4,31</b>	<b>4,00</b>
Pot parlar de problemes personals	<b>4,36</b>	<b>3,95</b>	<b>4,35</b>	<b>3,94</b>	<b>4,36</b>	<b>3,97</b>	<b>4,50</b>	<b>3,95</b>	<b>4,30</b>	<b>3,87</b>
Pot parlar de problemes econòmics	<b>4,35</b>	<b>3,94</b>	<b>4,35</b>	<b>3,95</b>	<b>4,35</b>	<b>3,93</b>	<b>4,49</b>	<b>3,91</b>	4,31	4,08
Té persones que se'n preocupen	<b>4,56</b>	<b>4,23</b>	<b>4,57</b>	<b>4,26</b>	<b>4,55</b>	<b>4,18</b>	<b>4,66</b>	<b>4,19</b>	4,50	4,33
Rep consells útils	<b>4,35</b>	<b>4,15</b>	<b>4,35</b>	<b>4,15</b>	<b>4,36</b>	<b>4,14</b>	<b>4,48</b>	<b>4,13</b>	4,29	4,13
Rep ajuda quan està malalt	<b>4,57</b>	<b>4,22</b>	<b>4,63</b>	<b>4,30</b>	<b>4,50</b>	<b>4,09</b>	<b>4,64</b>	<b>4,19</b>	4,52	4,28

En negreta i vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2

**TAULA 5.2.4: EXPERIÈNCIA DE DISCRIMINACIÓ (EN %). ESCA 06**

	Total	Homes	Dones
Experiència de discriminació alguna vegada	43,40	<b>51,08</b>	<b>32,58</b>
Discriminació a l'assistència sanitària	14,67	12,64	17,80
Discriminació a casa	5,56	5,75	5,26
Discriminació a la feina	24,24	<b>29,89</b>	<b>13,33</b>
Discriminació buscant feina	34,52	<b>40,68</b>	<b>24,04</b>
Discriminació en lloc públic	28,19	31,67	22,88

En negreta i vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

Per al contrast de freqüències, no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1% o amb suma de ponderacions inferior a 2



### 5.2.3. Discussió

Globalment, es pot afirmar que el col·lectiu de magribins gaudeix de més bona salut que no pas el col·lectiu d'autòctons. I això és així tant pel que fa a l'autovaloració de la salut –amb puntuacions del termòmetre superiors– com pel que fa a la majoria de problemes de salut pels que s'ha preguntat a l'ESCA 06. Ara bé, les diferències entre un grup i l'altre no sempre es mantenen quan les dades es desagreguen per grups d'edat. L'anàlisi detallada dels diferents grups d'edat permet de descobrir la desaparició d'algunes de les diferències emergides en l'anàlisi global. Així, doncs, desapareixen les diferències en les puntuacions de la salut mitjançant el termòmetre, i pel que fa a les valoracions qualitatives de l'estat de salut, la proporció d'autòctons d'entre 15 i 64 anys que en fa una valoració positiva, supera, ara, el de magribins en la mateixa circumstància. Les diferències també s'anul·len en el cas de la bronquitis crònica, la presència de discapacitat, dolors i hepatitis crònica, tot i que en aquest darrer cas, la baixa prevalença de la patologia dificulta les comparacions amb una mostra de magribins tan petita. Convé fer notar el canvi de sentit de la diferència que experimenten les dades sobre diabetis i hipertensió arterial que, en desagregar-se per edat, revelen una inversió del sentit de la diferència, la qual, en tots dos casos, passa a decantar-se cap a una major prevalença entre el grup de magribins de 15 a 44 anys. Globalment, doncs, si es compara la salut dels autòctons amb la del grup de persones d'origen magribí que viuen a Catalunya, es pot dir que els homes i dones magribins gaudeixen de més bona salut que no pas els autòctons. Ara bé, a partir del comportament de les dades en ser desagregades per edat, es pot afirmar que aquesta diferència està força determinada per la joventut del col·lectiu de magribins respecte a l'envelliment de la població d'autòctons. També, vistes les dades dels diferents grups etaris, es pot dir que, edat per edat, la salut dels dos grups comparats tendeix a igualar-se. Com sigui que l'ESCA 06 no inclou en la seva mostra d'estrangers persones amb menys de dos anys d'antiguitat al país, es perden dades valuoses sobre l'estat de salut dels homes i dones magribins en el moment d'arribar a Espanya, i això és especialment important perquè exclou de l'estudi un grup de persones amb un estat de salut possiblement diferent del de la resta del col·lectiu. És per això que García Gómez (34) en el seu treball sobre estat de salut i condicionaments d'utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya, reclama, en futurs estudis sobre el tema, la inclusió de persones amb aquest perfil per tal de capturar-ne les característiques i necessitats específiques a fi de dissenyar polítiques que permetin minimitzar el temps d'ajust dels patrons diferencials als del conjunt de la població. En aquest sentit, i tenint en compte que, tal com s'afirma en alguns estudis, ben bé podria ser que els immigrants arribats recentment gaudissin de més bona salut que els seus homòlegs autòctons, caldria complementar les polítiques de salut de què parla García Gómez amb polítiques transversals de lluita contra la desigualtat que minimitzin la pèrdua de salut associada a les condicions de vida en l'assentament dels immigrants, tal com ha estat documentat en alguns treballs (8, 9, 12, 15, 16).

Els resultats de la comparació entre l'estat de salut dels homes i dones magribins i la dels autòctons permeten rebutjar el model de l'immigrant –el magribí, en aquest cas– com a portador de malalties, en tant que després de desagregar les dades per edat no es detecten grans diferències en aquest sentit entre els dos grups comparats, fins i tot pel que fa a la malaltia mental que és un dels aspectes que, segons aquest model, més s'hauria de veure afectat (16). Així i tot, no es pot acceptar amb rotunditat el model de l'immigrant sa. Per una banda, les dades analitzades no inclouen immigrants recents, de menys de dos anys d'antiguitat a Espanya. Aquest fet, a diferència del que insinua García Gómez (34), lluny d'excloure els immigrants amb mala salut que no han tingut temps d'adaptar els seus patrons als de la població general, ben bé podria excloure aquelles persones que encara no han experimentat la transició de l'efecte de l'immigrant sa cap a la convergència amb l'estat de salut de la població autòctona, en tant que aquest canvi acostuma a trigar un cert temps en donar-se (11, 14, 35). Per altra banda, tal com demanen alguns autors (14, 16, 36) es necessiten estudis longitudinals que permetin constatar canvis en l'estat de salut associats a l'assentament migratori. Atès que l'ESCA 06 és la primera enquesta de salut de Catalunya que diferencia entre els orígens diversos de la població estrangera, podria convertir-se, tal com suggereix Mota (16), en el punt de partida d'estudis longitudinals que permetrien avaluar l'evolució de l'estat de salut dels immigrants en funció del moment migratori i dels canvis en les condicions socioeconòmiques.

Les aportacions qualitatives d'aquesta investigació sobre els canvis en l'estat de salut després de la migració sintonitzen la percepció dels participants en aquest treball amb la bibliografia, que mostra un empitjorament de la salut després del procés migratori. Ara bé, les causes que els nostres informants atribueixen a aquest canvi no coincideixen amb la literatura, que carrega, sobretot, en el procés d'aculturació (11) –amb els consegüents canvis d'hàbits que comporta– i les condicions de vida de l'assentament (8, 9, 12-16). Els participants d'aquest treball fan poca menció a les condicions de vida com a motiu d'empitjorament de la salut, de fet, en aquest sentit només es detecta una menció a pràctiques empresarials abusives que priven els treballadors d'accedir a mitjans de protecció a la feina. Els informants no denuncien que es tracti de pràctiques dirigides selectivament a treballadors magribins, i de fet, García *et al.* (37), en el seu treball sobre condicions de treball i salut entre els immigrants, confirmen aquesta impressió quan afirmen que no hi ha diferències entre els riscos laborals dels treballadors immigrants i els dels autòctons en feines similars, i que l'augment de l'exposició a riscos laborals entre els treballadors immigrants prové de l'accés a feines menys qualificades i de la dilatació de la jornada laboral a què estan sotmesos. Amb tot, el grup de treball de l'Institut Nacional de Seguretat i Higiene en el Treball en la seva recerca amb dades dels anys 2003 i 2004, va detectar dèficits de protecció laboral en els treballadors estrangers a Espanya (38).

Entre els participants d'aquest treball, la identificació més freqüent d'elements implicats en el canvi de l'estat de salut després de la migració s'ha fet amb processos fisiològics i sociològics associats a l'edat, tal com també fan els informants del treball d'Asanin (39) que declaren un

empitjorament de l'autovaloració de la salut després de la migració. Amb tot, convé dir que aquests mateixos informants també atribueixen l'empitjorament de la salut a l'estrès que comporta el procés migratori.

La pèrdua de capital social individual que en alguns casos comporta la migració ha estat reconeguda en aquest treball com a element intensificador del sofriment en context migratori. De manera complementària, el capital social que proporciona el recolzament familiar ha estat associat a la protecció davant de determinats patiments físics. La literatura existent sobre capital social i salut es manifesta en el mateix sentit que ho han fet els nostres informants i anuncia l'efecte beneficiós del capital social en la salut física i mental de les persones (23-26).

La comparació de les puntuacions mitjanes del capital social individual valorat mitjançant escala de Likert és sempre inferior entre els magribins, en tots els grups comparats. Rodríguez *et al.* (25), en el seu treball sobre estatus migratori, recolzament social i qualitat de vida entre els immigrants marroquins del País Basc, van detectar que els marroquins que havien migrat al País Basc tenien més risc de patir simptomatologia d'ansietat i depressió que no pas els autòctons o els marroquins que s'han quedat al Marroc, resultats que s'expliquen per les diferències entre el recolzament social de cadascun dels grups, en concret i per al cas dels immigrants magribins, pel baix recolzament social de què gaudeixen en context migratori. Curiosament, i a diferència del que cabria esperar segons el que s'ha dit sobre els efectes del capital social en la salut, no es detecten diferències entre magribins i autòctons en cap dels indicadors de salut mental, tant en l'anàlisi global com en la detallada dels diferents subgrups analitzats, la qual cosa indueix a pensar en la coexistència de factors compensadors dels efectes del dèficit de capital social, o bé en un temps de latència des que es dona el fet fins que se'n senten els efectes. Per altra banda, les metodologies d'anàlisi que utilitzen Rodríguez *et al.* en el seu treball són força diferents de les utilitzades en el nostre, és per això que els resultats no són comparables.

Les dades sobre percepció de discriminació s'han de contemplar de manera conjunta amb les dades sobre el capital social. Les raons d'aquesta exigència són, en primer lloc, la inqüestionable influència de la percepció de discriminació en la salut (28-32, 40) i, en segon lloc, la utilitat de la discriminació percebuda com a indicador útil per valorar l'estat del capital social individual (23). Així les coses, cal dir que els resultats obtinguts en relació amb la discriminació percebuda són congruents amb la resta de dades sobre capital social individual, en el sentit que totes evidencien un cert grau de dificultat dels homes i dones magribins en la seva relació amb amics, familiars, veïns i amb la societat receptora en general.

La prevalença de discriminació percebuda d'un 43 % podria estar alertant sobre dos fets no necessàriament excloents i força importants si es tracta de cuidar de la salut i el benestar de les persones. Per una banda, i en tant que percepció subjectiva, podria estar expressant l'autoestima malmesa d'un col·lectiu que –i aquest és el segon advertiment– és poc estimat per

la població autòctona (41-44). Tot plegat demana intervencions dirigides a totes dues parts del binomi, en tant que una i altra estan sotmeses a retroalimentació mútua. A escala individual, Achótegui (30) proposa intervencions psicoeducatives i d'educació emocional que permetin a la persona afrontar amb encert les dificultats de relació amb l'entorn. Ara bé, en tant que els comportaments de la societat d'acollida envers la immigració i, en concret, envers els homes i dones magribins també els n'afectaran el benestar, les polítiques públiques d'inclusió social i el respecte als drets de les persones, amb independència de l'origen, es consideren estratègies bàsiques per al manteniment de la salut dels diversos col·lectius d'immigrants (13, 25, 27, 41) i molt possiblement, també, per a la millora de la convivència.

#### 5.2.4. Bibliografia

- (1) Comisión permanente del comité consultivo del Sistema Nacional de Salud. Grupo de trabajo Inmigración y Salud 2005-2006. Informe Inmigración y Salud. 13 de julio de 2006.
- (2) Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats de salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. 1a ed. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Catesalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
- (3) Solé C, Parella S, Alarcón A, Bergalli V, Gibert F. El impacto de la inmigración en la sociedad receptora. REIS 2000(90):131-157.
- (4) Jansà JM, García de Olalla P. Health and immigration: new situations and challenges. Gac Sanit 2004 May;18 Suppl 1:207-213.
- (5) Balanzó X, Faixedas M, Guayta R. Els immigrants i la seva salut. Quaderns de bona praxi 2003;16(3):5-13.
- (6) Lurbe K. La immigració a debat. Diversitat i salut. Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 2005.
- (7) Jansà JM, García de Olalla P. Desigualtats en la salut i la immigració. A: Borrell C, Benach J, editors. Les desigualtats en la salut a Catalunya. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 217-250.
- (8) Vall Combelles O, García-Algar O. Inmigración y salud. An Pediatr 2004;60(1):1-2.
- (9) Fuertes C, Laso MM. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar 2006;29(Suplemento 1):9-25.
- (10) DesMeules M, Gold J, Kazanjian A, Manuel D, Payne J, Vissandee B, et al. New approaches to immigrant health assessment. Can J Public Health 2004 May-Jun;95(3):122-126.
- (11) McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med 2004 Oct;59(8):1613-1627.
- (12) Reche B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. The Lancet 2013.
- (13) Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, García-Benavides F, et al. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores

inmigrantes en España (proyecto ITSAL). Gaceta Sanitaria 2009 12;23, Supplement 1(0):115-121.

(14) Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso Á. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gaceta Sanitaria 2010;24(2):136-144.

(15) Maffia C. Health in the age of migration: migration and health in the EU. Community Practitioner 2008;81(8):32-35.

(16) Mota P. Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: UAB; 2007.

(17) Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. Brussels: International Organization for Migration; 2009.

(18) Barnett ED, Walker PF. Role of immigrants and migrants in emerging infectious diseases. Med Clin North Am 2008 Nov;92(6):1447-58, xi-xii.

(19) McCarthy AE, Weld LH, Barnett ED, So H, Coyle C, Greenaway C, et al. Spectrum of illness in international migrants seen at GeoSentinel clinics in 1997-2009, part 2: migrants resettled internationally and evaluated for specific health concerns. Clin Infect Dis 2013 Apr;56(7):925-933.

(20) Collazos Sánchez F. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. Papeles del psicólogo 2008;29(3):307-315.

(21) Giger J, Davidhizar RE, Purnell L, Harden JT, Phillips J, Strickland O, et al. American Academy of Nursing Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. J Transcult Nurs 2007 Apr;18(2):95-102.

(22) Llácer A, del Amo J, Castillo S, Belza M. Health and immigration; talking about AIDS. Gac Sanit 2001 May-Jun;15(3):197-199.

(23) Díaz-Serrano L, Stoyanova AP. El impacto diferencial del capital social sobre la salud de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. Documents de treball del Departament d'Economia 2009;17.

(24) Stoyanova A, Díaz-Serrano L. El impacto diferencial del capital social sobre la salud mental de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. Gaceta Sanitaria 2009;23(Supl 1):93-99.

(25) Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo de la Hoz G, et al. Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain). Gac Sanit 2009 Dec;23 Suppl 1:29-37.

(26) Zhao J, Xue L, Gilkinson T. État de santé et capital social des nouveaux immigrants: données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada. A: McDonald T, Ruddick E, Sweetman A, Worswick C, editors. Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment Montréal et Kingston: Queen's Policy Studies Series, McGill-Queen's University; 2010. pp. 284-341.

(27) Saura RM, Suñol R, Vallejo P, Lahoz S, Atxotegui J, El Manouari M. Study of the healthcare background and psychosocial environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia [Spain]. Gac Sanit 2008 Nov-Dec;22(6):547-554.

- (28) Sawyer PJ, Major B, Casad BJ, Townsend SSM, Mendes WB. Discrimination and the stress response: psychological and physiological consequences of anticipating prejudice in interethnic interactions. *American Journal of Public Health* 2012;102(5):1020-1026.
- (29) Williams DR, John DA, Oyserman D, Sonnega J, Mohammed SA, Jackson JS. Research on discrimination and health: an exploratory study of unresolved conceptual and measurement issues. *American Journal of Public Health* 2012;102(5):975-978.
- (30) Achótegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan* 2009 Diciembre 2009(46):163-171.
- (31) Borrell C, Rodríguez-Sanz M. Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008;11:46-57.
- (32) Hansen KL, Sørli T. Ethnic discrimination and psychological distress: A study of Sami and non-Sami populations in Norway. *Transcultural psychiatry* 2012;49(1):26-50.
- (33) Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. UK: Nfer-Nelson; 1988.
- (34) García Gómez P. Estat de salut i condicionants de la utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya. Centre de recerca en economia i salut-CRES 2007 Octubre de 2007.
- (35) Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. *Soc Sci Med* 2003 Nov;57(10):1981-1995.
- (36) Ali JS, McDermott S, Gravel RG. Recent research on immigrant health from statistics Canada's population surveys. *Can J Public Health* 2004 May-Jun;95(3):19-13.
- (37) García AM, López-Jacob MJ, Agudelo-Suárez AA, Ruiz-Frutos C, Ahonen EQ, Porthé V, et al. Occupational health of immigrant workers in Spain [ITSAL Project]: key informants survey. *Gac Sanit* 2009 Mar-Apr;23(2):91-97.
- (38) Grupo de trabajo del INSHT. Análisis cualitativo de la mortalidad por Accidente de trabajo en España 2003-2004. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
- (39) Dean JA, Wilson K. "My health has improved because I always have everything I need here...": A qualitative exploration of health improvement and decline among immigrants. *Soc Sci Med* 2010 Apr;70(8):1219-1228.
- (40) Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García A, Ruiz-Frutos C, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health* 2011;11(1):652.
- (41) Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med* 2009;68(10):1866-1874.
- (42) Ikuspegi, observatorio vasco de la inmigración. Valores y actitudes de la población vasca hacia la inmigración extranjera. Vitoria: Gobierno Vasco; 2004. Disponible a: <http://ikuspegi-inmigracion.net/documentos/investigacion/es/informePercepciones.pdf> . Consultat 12-09-2009

(43) Pew Research Center. Pew Global Attitudes Project. Unfavorable Views of Jews and Muslims on the Increase in Europe 2008. Disponible a:  
<http://www.pewglobal.org/2008/09/17/unfavorable-views-of-jews-and-muslims-on-the-increase-in-europe/>. Consultat: 16-09-2012.

(44) Navas M, Cuadrado I. Actitudes hacia gitanos e inmigrantes africanos: un estudio comparativo. Apuntes de psicología 2003;21(1):29-49.

### 5.3. SOBRE ELS «DOLORS» DE SER I SENTIR-SE IMMIGRANT

El exilio es algo curiosamente cautivador sobre lo que pensar, pero terrible de experimentar.  
Es la grieta imposible de cicatrizar impuesta entre un ser humano y su lugar natal, entre el yo y su verdadero hogar:  
nunca se puede superar su esencial tristeza.  
Edward Said (1)

#### 5.3.1. Introducció

Per entendre com es veu afectada la salut de les persones pel fet de ser i sentir-se immigrants, cal reconèixer la dimensió subjectiva de la salut –la que prové de considerar el benestar com un dels elements a partir dels quals es defineix– i l'holisme que impregna l'essència de l'ésser humà. Cal acceptar que la salut –o la mala salut– també s'expressa mitjançant la resposta personal a les dificultats que comporta el procés migratori. I, finalment, cal admetre que les vicissituds de l'aventura migratòria –les del camí i les de l'establiment lluny de casa– acabaran de modelar-ne el resultat. Per totes aquestes raons, cal pensar els «dolors» de ser i sentir-se immigrant des de la perspectiva conceptual que proporciona la salut tal com ha estat explicada al principi d'aquest treball.

Parlar dels «dolors» de ser i sentir-se immigrant no vol dir parlar de mals físics lligats al procés migratori. Vol dir parlar de mals que, si més no al principi, no en són de físics. Vol dir parlar d'una mena de sofriment que no es nodreix, només, de l'objectivitat del fet migratori, sinó que demana, a més, l'elaboració personal del significat de ser immigrant, de sentir-se'n.

Els «dolors» de ser i sentir-se immigrant s'expressen a través dels sentiments i els pensaments d'un ésser que –ho diu l'OMS– és físic, mental i social alhora (2). De vegades, però, la queixa acaba esdevenint física i n'és –de física– perquè l'estrès, les dificultats socials i les emocions parlen, ara, a través de les incomoditats del cos. Així ho han reconegut diversos estudis que han provat d'explicar l'origen de la simptomatologia psicossomàtica (3-5).

La migració s'ha considerat un mecanisme adaptatiu per a la supervivència de l'espècie humana i, de fet, és vista, pels que s'hi atreueixen, com una oportunitat de canvi i millora de la vida (6). Pel que fa a la malaltia mental, s'accepta que la migració, per ella mateixa, no en comporta un increment del risc (6, 7). Més aviat s'està d'acord a afirmar que el risc de malaltia mental associat a la migració té a veure amb les experiències traumàtiques que s'han hagut de suportar durant el procés migratori (6, 7).

En termes de salut, l'esforç del migrant per encarar les dificultats i els dols del procés migratori ha estat tipificat sota la denominació de Síndrome de l'Immigrant amb Estrès Crònic i Múltiple, altrament dit Síndrome d'Ulisses, en una clara al·lusió a les adversitats que també va haver de suportar un altre viatger famós, el protagonista de l'*Odissea* (6-8). La Síndrome d'Ulisses és vista com la resposta a una situació d'estrès extrem que desborda la capacitat d'adaptació de l'ésser humà i que, de mantenir-se molt de temps, acaba per derivar en un quadre de malaltia



mental estàndard (6). Clínicament es caracteritza per tristor, plor, ansietat, pensaments obsessius, insomni i irritabilitat (6-8). També hi són freqüents les molèsties físiques (6-8).

Altres autors, sense recórrer a la denominació específica de la Síndrome d'Ulisses, segueixen vinculant els sofriments del migrant amb les condicions de la migració i la vida a l'exili, i n'identifiquen alguns sofriments específics (9-11). Entre els malestars propis dels immigrants que han estat identificats en la literatura, la por (6, 8, 10), la discriminació percebuda (7, 8, 10), i les dificultats per recompondre la identitat en un context nou (8, 9, 11) són citats amb freqüència. També es parla de l'enyorament pel país d'origen (9), del desarrelament (9), d'una estranya sensació de binacionalitat (9), dels prejudicis (8, 9), la solitud (6, 12) i la percepció de marginació, entesa com la sensació de manca de sentit de pertinença i valor social (7, 11).

En aquest capítol ens proposem de cercar proves que hi ha un sofriment associat a la condició objectiva de ser immigrant i a l'elaboració subjectiva de sentir-se'n, i ens proposem donar a conèixer la forma i els detalls amb què aquest sofriment, que ve de ser i sentir-se immigrant, es presenta en l'immigrant magribí en el context d'ús dels serveis de salut a Catalunya.

### 5.3.2. Resultats

L'experiència de sentir-se immigrant és descrita com una vivència d'extrema duresa a la qual hom no pot aproximar-s'hi des de fora. Per saber què significa ser i sentir-se immigrant, cal ser-ne i cal viure-ho, només així es poden entendre els sentiments que comporta aquesta circumstància:

El ser immigrant és molt difícil... si un no lo és no ho puede entendre, i quan tu ets un immigrant ja ho notes i como jo sóc immigrant entenc aquests marroquins que vénen... bueno... potser que ho he passat una part d'això. No em sento aquest sentiment que l'altre pot sentir, però... al ser... jo sóc immigrant, ja ho pots entendre. Es un conflicto intrapersonal que té la gent, entre ell... «la gent d'aquí no m'entén», no estan en el seu país... moltes coses que... bueno, són coses que es troben en la gent (E111. Mediadora, àrab).

Tal com es pot veure, però, ser i sentir-se immigrant no és una experiència unívoca. No tots els immigrants se'n sentiran de la mateixa manera, tot i que ser-ne –d'immigrant– dona la clau per fer-se càrrec de la magnitud de la vivència.

Els sentiments negatius –els dolors– que provoca el fet de ser immigrant magribí i, és clar, de sentir-se'n, s'han revelat associats a dues circumstàncies. La primera, la pertinença al col·lectiu d'immigrants procedents del Magrib, que comporta la sensació de no trobar-se a casa, de sentir-se un estrany o de veure's tractat com si se'n fos. L'altra, una determinada situació personal, no necessàriament lligada a l'origen o la pertinença etnocultural, com pot ser la situació irregular, la percepció de discriminació, les dificultats per expressar-se en una nova llengua o el mateix fet migratori.

### 5.3.2.1. Iguals? Diferents?

Relacionada amb l'experiència de pertànyer al col·lectiu de persones procedents del Magrib, sorgeix, sobretot, la consciència de diferència, un fet que, per ell mateix, no hauria de ser ni bo ni dolent, però que provoca incomoditat a l'usuari magribí que ha de compartir espai amb l'autòcton:

Y es esto, que las mujeres, las mujeres, pobres, dentro de la casa son marroquíes, fuera de la casa se visten de otra personalidad, que quieren parecer que entienden el entorno y no sé qué y ven que por muuuucho que hacen de su parte no van nunca a ser de aquí, nunca van a ser aceptadas como de aquí ¿vale? Aunque bueno, vas al banco, coges la fila y... y haces lo que hacen los demás, vas al mercado y haces lo que... al médico, pero sienten que como todo el mundo... como si es la única en la consulta, que es marroquina porque lleva... y ves que hay chicas que se tocan siempre, están todo el rato tocándose el pañuelo. Son chicas guapísimas, modernas pero llevan el pelo tapado, pero ves y ves en ellas que están molestas con, con que la gente ve el pañuelo y lo están siempre tocando o arreglando, su abrigo y... ¿vale? Ves que sufren, no como la otra que a lo mejor lleva un pañuelo que le gusta, de aquí, pero no lo toca, presume de llevarlo, ¿vale? (E112. Mediadora, àrab).

Les dificultats relacionades en aquesta declaració evidencien l'esforç –sovint no reconegut– de fer com tothom per passar desapercebut. L'esforç per demostrar que, malgrat venir de lluny, accepto la manera de fer que vosaltres –els d'aquí– heu establert. Un esforç que es percep estèril des de la convicció que malgrat els meus afanys mai no seré considerat un dels vostres. I és que, amb independència de com siguem de diferents, o de si aquesta diversitat ens permet o no de viure plegats, sembla que les nostres diferències són, al primer cop d'ull, massa evidents, tan evidents que barren el pas a la coneixença mútua. Tan evidents que fan que la part s'arribi a confondre amb el tot, i del detall essència. De fet, el concepte de dona magribina està dominat pel mocador, que n'és l'element definitori per excel·lència. La percepció de les dones magribines és que, a ulls de les persones d'aquí, més enllà del mocador no hi ha res més que en pugui explicar l'essència. No hi queda ni l'interès per conèixer, perquè, de fet, per al que mira amb prejudicis, ja està tot vist:

Bueno... yo siempre digo, es... bueno, solamente un pañuelo se cambia toda la persona. Ellos no... no te hablan a ti, no te ven a ti como una persona. Yo pregunto a veces si yo pongo una gorra, es normal, si yo pongo un velo, que no es normal ¿Por qué? ¿Porque somos musulmanas? (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

I, per extensió, si no hi ha mocador no hi ha dona magribina. Segons la declaració que segueix, la percepció de la informant és que la població autòctona decideix sobre la integració o no de les dones magribines basant-se en si llueixen, o no, un aspecte occidental. És a dir, el criteri per decidir sobre la integració es basa en constatar l'absència d'allò que la societat d'acollida considera propi de la dona magribina –el mocador islàmic, sobretot–, que no és altra cosa que dir que per integrar-se cal mostrar clarament que s'ha deixat de ser el que s'era fins ara. És l'exigència d'assimilació disfressada d'integració, l'afirmació de la diferència com a única possibilitat de ser un mateix. És, també, el detall fet essència:

[Parlant de l'assessorament que la mediadora fa sobre higiene a algunes dones de procedència rural]

P: Una pregunta, els professionals, quan veuen un nen brut, com ho interpreten?

-Els pensen que tota la gent del Marroc són així... Sí, pensen que tota la gent són així. A mi m'han arribat la gent que em diuen: «que tu has tret mocador aquí, tu has integrat aquí». Perquè ja em vesteixo així, ja estic integrada... No, jo he sigut sempre així al Marroc! (EI11. Mediadora, àrab).

I és que, ara i aquí i pel que fa a les dones i els homes magribins, es tendeix a essencialitzar-ne la pertinença cultural, que passa a interpretar-se, només, des de la visió restrictiva de l'etnicitat tot ignorant altres eixos de definició de les persones. S'emfasitzen les diferències – especialment les que mostren una imatge negativa de l'altre–, s'ignora la complexitat de la cultura en un món global i es nega la possibilitat de compartir maneres de veure i viure el món no necessàriament lligades a l'origen:

Preguntar y... y no sé, informarse, porque también aquí –en general hablo– que es por mala información. Que mira, esta persona es musulmana tal, que va así tapada, que no come esto, no come lo otro. No. No todas las personas somos iguales y no somos todos así. Lo que decíamos antes, la muestra que hay aquí de magrebí es una minoridad de las zonas rurales, entonces... aquí las gente, mira... esta persona es magrebí, pues no hace esto, no hace lo otro, no hace lo otro... y no es así. También yo creo que es mala información por parte de los profesionales (EI1. Mediadora, àrab).

A vegades estic parlant amb els professionals i em diuen... Oye, pero és normal que facin això? tu trobes bé això, o sigui tu trobes normal que facin això? Dic, és que... en general no pots... cada persona és una persona, és com és. No pots dir la meva cultura fa això i fa... clar, no, cada persona és un món. Clar, depèn de la cultura, de l'educació, de l'entorn, del nivell sociocultural, socioeconòmic, tot això influeix, no pots dir... mira 1... no és matemàtica 1+1 és igual a dos, no és el mateix, ara, això no vol dir que... sí que n'hi ha trets, també trets bàsics d'una cultura, cultura musulmana, practicant o no –la majoria són practicants– [...] però... és clar... és... són molts, molts, molts punts que entren (EI9. Mediadora, àrab).

Sí, és que la gent diu, és que vosaltres la gent del Marroc feu això, us vestiu... bueno... como no esteu acostumats d'anar al metge... us passa això..., fins que algunes vegades, la gent, els professionals agafen uns comportaments com si tots els marroquins són així... (EI11. Mediadora, àrab).

Encara més, de vegades és el mateix usuari qui insisteix en aquesta concepció limitada de la cultura i la pertinença i fa un judici estret de mires sobre què vol dir ser magribí, tot oblidant, que per bé que se sigui magribí, s'és moltes coses més:

[...] i me diu [la pacient]... al sortir, quan se n'ha anat el metge me diu...: «M., tu creus que això m'anirà bé? Entre tu i jo, siendo marroquines, de cultura igual, tu creus que aquests medicaments me serviran d'algo? És que ells no ho entenen, aquestes coses». Déu n'hi do! (EI9. Mediadora, àrab).

En aquest cas, la usuària magribina a què es refereix el relat redueix els eixos de definició cultural a un de sol, el de l'origen, i dona per feta la identificació total entre la mediadora i ella, tot oblidant que entre totes dues també hi ha diferències. També els professionals, en les preguntes i afirmacions que fan sobre l'usuari magribí, denoten una consideració monolítica de la manera de fer i pensar de tot el col·lectiu. Però, més enllà d'aquesta visió homogènia del significat de ser magribí, el fer paternalista d'alguns professionals –no tots– davant de reaccions poc convencionals de l'usuari, mostra que aquells que gosen contradir la decisió «correcta» són considerats immadurs. L'etnocentrisme occidental i el paternalisme que les

professions sanitàries arrosseguen de temps, s'uneixen per defensar la recta decisió de qui no està capacitat per decidir. Aquell que malgrat ser adult és considerat menor d'edat, perquè ve d'una cultura inferior o perquè, pobre, no està capacitat per saber què li convé més:

Per exemple amniocentesi... algunes s'han... que han, que han... han rebutjat a fer-les. Tenen el seu dret, ja lo dic, però consta que rebutgen a fer... a fer la prova. No és perquè sigui... perquè ella... [és] per ella! No vol, i ja està [...]. I això, clar, a vegades me crida el professional... La nostra missió no és convèncer. No és convèncer, perquè diuen... mira, la que em soluciona es la M., «mira, que no vol fer això, diga-li que faci...». No, perquè la nostra feina no és fer això, perquè jo no sóc ningú per convèncer a ningú. La meva feina és transmetre clarament, clarament, la idea del pacient, del metge. [...] Pues... «mira, aquesta no ha fet la prova, què hem de fer?» dic: «pues mira, faràs igual que sigui una d'aquí, una autòctona. Què fas quan no vol?». «Pues no res.» «Pues tu mateix. Ja està.» Perquè... no, no es pot fer res, és que... expliquem lo que és, vale? i la decisió final és del pacient. I aquí se confonen els professionals. Clar, perquè diu... que és una ambigüitat, perquè quan es tracta d'un pacient autòcton, què fas? No intentes convèncer, la decisió final és seva (E19. Mediadora, àrab).

Sí, sí, sí. Un dia, m'han dit de, que negociés amb una dona marroquina perquè la seva salut està en perill, que va tenir tres fills amb cesària i era el tercer part queeee... van dir, van explicar-li perquè acceptés que li facin la lligadura de trompes, i... [no va acceptar]. I casi quan vaig trucar amb ella, ella m'ha comentat que casi que volen obligar-la de fer la lligadura de trompes, que ella lo té molt clar, que no vol. És la seva salut, ella és dueña i parla molt bé i tot (E12. Mediadora, àrab).

Amb tot, aquesta manera de fer no és única i s'han identificat situacions semblants en què el professional ha sabut entendre que l'exercici de la llibertat és igualment respectable, tant se val qui l'exerceixi i quin en sigui l'origen:

Ella comentaba por el tema del síndrome de Down, cuando le explicaba el tema de la amniocentesis, la prueba esa sí la quería hacer, ella les comentó que si hay riesgo que el niño va a nacer con síndrome de Down pues que salga, que ella no quiere [hacer la prueba] y tal y le han dado simplemente, adecuadamente, un papel, que es su decisión personal, que nadie le va a decir tal y se va a... y ha firmado como que no quiere (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats. Entorn urbà).

Iguals i diferents. Homes i dones magribins senten que, des de la mirada dels autòctons, són vistos com a força semblants entre ells. En canvi, sentir-se diferent és una experiència familiar per als magribins que viuen a Catalunya. Un sentir-se diferent que els fa sempre visibles. Un sentir-se diferent que hom no pot treure's de sobre només que quan s'està protegit per la intimitat dels que et coneixen bé o per l'espai compartit dels iguals. Un sentir-se diferent que és viscut com una càrrega feixuga que desferma la susceptibilitat dels homes i les dones magribins i els deixa en mans de les seves inseguretats:

-Él dice... que se fijan mucho en la persona extranjera. Que te siguen con la mirada... como si... una cosa que no es normal.

-Bizarre, una cosa bizarre...

-Hasta los usuarios. Cuando ven que vienes con tu madre o algo...

[...]

-Sí, el otro día dice que estaba en el hospital, estaban en el hospital... al CAP y... y están... bueno, hay unos usuarios que estaban allá y cuando han visto que son marroquíes estaban hablando del marroquí que ha matado a su mujer: «¡Ah! Son... bueno... maltratador, no sé...» solamente porque han visto que son marroquíes, como si todos los marroquíes son maltratadores (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

L'usuari magribí sovint es percep discriminat, tot i que aquesta percepció no s'acompanya necessàriament de fets que permetin objectivar-ne el tracte desigual<sup>1</sup>. La discriminació percebuda rau en la significació atorgada a fets i circumstàncies que són jutjats com a manifestació de tracte diferencial i discriminatori, en aquest cas, per raons d'origen o nacionalitat. La discriminació percebuda ha estat identificada en diferents àmbits de la vida pública<sup>2</sup>, i el de la salut n'és un més. L'usuari magribí té sovint la sensació que en el seu tracte amb l'administració –la de salut en aquest cas– se li exigeix més del que es demana als autòctons i té més dificultats que no pas els altres usuaris. Les atribucions causals més freqüentment associades a aquest sentiment són l'origen i el fet de no ser nacionals, les dificultats per expressar-se o la consciència de diferència cultural i social, sempre força determinada per l'aspecte físic i la indumentària:

Alguns [marroquins] se senten como en inferioritat quan hi ha un professional que està demanant coses. Diu: «que sí, que són racistes perquè jo sóc del Marroc o algo així i m'està tractant així». Perquè, a vegades, la gent es sent més sensible en el tema de què la gent d'aquí són racistes (EI11. Mediadora, àrab).

Diu que si veuen que et costa d'explicar-te, et fan sentir com una nosa i no s'esforcen. Deuen pensar que és el teu problema. Si provo d'explicar-me –i em costa– em diu... «no puedes perder el tiempo, tiene mucha gente esperando» (EI6. Usuari, àrab).

Home jo crec, a vegades ho he pensat, que hi ha professionals que pensen que mira que aquestes són molt tancades i no em deixaran que les miri ni que li aixequi el jersei per mirar-li la panxa, m'entens? Ja tens aquesta sensació de tu mateixa, t'infra... t'infravalores, potser som marroquines i no ens tractaran com aquí, perquè no ens coneixen bé, no ens tracten com la gent d'aquí que va ben vestida, va com... Tu mateixa malpenses (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Però... com s'hi arriba a aquesta percepció? S'han pogut identificar dos factors com a responsables. Per una banda hi ha la interiorització de no ser prou digne de les bondats de l'estat envers els ciutadans. Per l'altra, hi ha la imatge que els altres –la societat d'acollida en general i els treballadors dels serveis de salut en particular– projecten sobre l'usuari magribí. Una imatge en què es veuen com a pidolaires professionals dels beneficis que la llei reconeix a les persones que viuen a Catalunya. Un i altre elements, la interiorització d'un autoconcepte deteriorat i els inputs que provenen de l'exterior, s'integren en un cercle viciós en què en donar-se un factor, es legitima i es reforça la intervenció de l'altre que, al seu torn, alimenta el primer. Segons aquest esquema, un autoconcepte malmès dóna arguments a l'entorn per insistir en la caracterització de l'altre com a mancat de valor, i al seu torn, aquesta caracterització negativa tanca el cercle en animar i justificar la representació d'un mateix com una persona poc digna.

<sup>1</sup> Vegeu capítol 5.5. de resultats, específicament dedicat a aquesta qüestió.

<sup>2</sup> Idem.

És com si elles [es refereix a les dones magribines] no es veuen capaces o com si... Els hi falta aquesta part de demanar. És com si elles no, no fan res, no poden demanar ni anar a queixar-se, entens? (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Hay un problema aquí que dicen, por ejemplo, que cuando están hablando del problema de inmigración hablan que inmigración es como un punto negativo en dos cosas, en los impuestos –que no pagan impuestos– y en la salud que siempre están en los CAP [desperta queixes de la resta]. No, es un punto que se habla... que hablan en los medios de comunicación, que hablan del inmigrante... ¡que yo soy inmigrante! (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

[...] porque [para] mi hija, me [jo] necesito las tiras, un día necesito las agujas, un día necesito la insulina... y yo me siento, ¿sabes? Allí débil. Cómo me mira que siempre voy pidiendo una cosa ¿sabes? (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

La interiorització d'aquest autoconcepte malmès no sempre ha estat clarament explicitada, tot i que la passivitat davant de l'abús de poder d'alguns treballadors de l'administració permet fer-ne una lectura implícita en aquest sentit. Alguns entrevistats expliquen que han acceptat amb resignació situacions clares de manca d'implicació professional que els han deixat insatsfets, o de maltractament més o menys subtil en què s'han sentit ferits. No sempre justifiquen les raons de la seva reacció –o manca de reacció:

Diu que una vegada va anar al centre cívic, anava amb el seu germà perquè l'ajudés a traduir i no el van deixar passar. Només una persona. No va poder explicar, va demanar que el deixessin pasar i li va dir que no. Darrere seu van entrar dos dones espanyoles i les dos van entrar. Per què a ell no el va deixar passar? Li van dir que demanarien hora al mediador i que tardava 2 mesos! Diu: «Em van venir ganas d'entrar a dir-li: "Per què a mi no em deixes passar el germà i a elles sí?"» (E16. Usuari, àrab).

Tot i que, quan ho fan, addueixen por a perdre el control:

-Voilà, c'est ma première grossesse, j'étais très fatiguée, au neuvième mois, quand je me suis... tumbada, elle vient, la infirmière, et me toca de una manera que me... [fa un gest que expressa dolor]. Ella, cuando me toca me ha hecho daño e ha dicho: «¿Tú va[s] a hacer un parto? ¿Una mujer así va a hacer un parto?» [en to despectiu]. ¡Así!

P: ¿Tú no has dicho nada?

-Sí... no, no has dicho nada, porque ¿sabes?, porque no va a decir nada ¿Qué va a decir? Hay otra gente que va a decir cosas pero yo prefiero de... de no hablar que hablar una cosa muy mal (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Por a qüestionar la decisió professional:

Ellos comentaban que ella no se ha atrevido a decirle, oye... pero, por favor, pésame al niño, recétame analítica... Pero ella decía que la doctora tiene que saber lo que hacer, para eso es pediatra. Ella no se atreva a pedirle esto, porque la doctora tiene que saber qué hacer, pero no se va tranquila (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Poca capacitat de reacció en aquell moment:

Y yo, me da una rabia, no puedo hablar. Cuando yo vuelvo a mi casa digo... me pongo repentida, digo... ¿por qué yo no hablo con él? [el metge], ¿por qué no l'he dicho...? (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

#### Vergonya de demanar:

-Diu... totes ho volem, això, que ens visiti una dona.

P: Ho han demanat?

-No. Diu... ens fa vergonya i també ens diuen que és una cosa normal, que no tenim per què... I diu, quan tenim vergonya o així, les infermeres s'enfaden una mica, perquè no volen, diuen que és una cosa normal i que no haurien de tenir vergonya per això (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

#### O dificultats per expressar-se:

Por la manera que iba vestida con la chilaba [la enfermera] le llamó bruja. Pero ella lo entendió. Ella entiende el castellano lo único que para expresarse... Se la tiene guardada (E14. Usuària, àrab).

L'obligació de l'usuari a suportar situacions que sent com a injustes està molt determinada per la condició legal. La situació irregular genera por a ser descobert i dubtes sobre els drets a què es té dret en aquesta circumstància. Tant la por com el desconeixement afermen la passivitat de l'usuari i li'n donen arguments:

Una idea muy importante: los extranjeros ilegal ¿él tienes la mismo derecho que los legales al médico? porque mi conoce de alguien que tienes miedo de reclamas o algo porque no son [té] papeles ¿por qué? ¿Tienes la mismo derecho? ¿Puede reclamar o no? Porque la mayoría tiene miedo de reclamar (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Amb tot, l'acceptació resignada d'aquesta mena d'actituds coexisteix amb postures més reivindicatives que sovint s'associen al treball remunerat i al pagament d'impostos:

Yo llego diez minutos después de mi hora [...] y yo estaba sentada. Ella [la metge] no me llama. Ni mirarse [mirarme] y me dice... –esta yo no sé qué le pasa también este día y yo me callo... no sé por qué me daba una paciencia, no sé, yo tengo también mucho genio, no mucho pero... hay veces te da rabia– me dice... «mira, yo no voy a adoptarte». Le he dicho... «mira, llámame después, ara llevo diez minutos, pasa los otros, ya tengo paciencia, ya esperaré». Cuando me entró, me pone la receta e me lo hace mal, me cambia la insulina. Luego yo estoy poniendo esta insulina y no es la misma que lleva mi hija. [...] Por dentro hasta me lloré cuando llego a mi casa. Le he dicho a mi marido e dice «por qué no cridaste ahí? ¡que pagamos seguro e tenemos todos lo derechos!» (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

-¡Trabajamos e pagamos los mismos, pagamos los mismos impuestos!

-¡Y que cogemos los trabajos muy duros, trabajos muy duros y todo! (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Fins al punt d'obrir un debat sobre què dóna dret a tenir drets. Si és l'origen o el compliment amb el deure com a ciutadans. Resulta significativa sobre aquest tema, la discussió generada en un dels grups a propòsit de la conveniència que els magribins comparteixin habitacions amb els nacionals:

-Las extranjeras [con] extranjeras; las españolas [con] españolas. No hacen la... no sé por qué pero...

P: ¿Piensas que deberían mezclar?

-Sí, sí.

-Pero H. estaba con una gitana

-Sí, sí, que aquí [se] trata también a la gitana como extranjera, pero con la española o catalana no ponen la, la... [gitana] [...].

-Para no sentirte un ciudadano de segunda clase... estamos todos que... los politicanes hablan de que estamos ciudadanas. Se quiero hacer una empresa tengo que hacer todo que hacen lo catalán o español, aquí. Si quiero hacer una empresa aquí, puedo pasar con ley de empresas... ¡como otro! ¡Catalán! E como para pasar un servicio público, pago como ella los impuestos ¿por qué ella va a pasar una habitación e yo otra habitación? (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Diu que sempre ha compartit habitació amb magribins. Per mi millor –diu–, ens ajuda a entendre i no cal que jo hi sigui en tot moment. Però crec que ho fan perquè no volen que compartim habitació (EI6. Usuari, àrab).

Aquestes declaracions no volen més que mostrar la contradicció en què viuen alguns magribins que, per una banda han d'escoltar que és el compliment del deure ciutadà el que dóna la ciutadania i, per l'altra, han de sentir que és l'origen el que determina com es gaudeix dels drets a què fa mereixedor ser ciutadà. Les usuàries que fan aquestes declaracions interpreten en clau de discriminació la política d'ocupació d'habitacions que se segueix en alguns hospitals. Una política basada sovint en l'eix nacional-estranger, i que, si molt convé, es pot canviar. Tot plegat per protegir l'usuària autòctona de barrejar-se amb estrangers o altres marginats, ni que siguin nacionals. De manera complementària, i d'acord amb el que s'ha dit fins ara, compartir habitacions amb usuaris autòctons, malgrat els petits inconvenients que pugui comportar al principi, és viscut amb satisfacció i s'interpreta com un senyal de justícia i equitat:

-No, yo perdido un hijo aquí, sí, yo he perdido aquí.

P: ¿Y has estado ingresada?

-Sí, dos días. Juntos, con mujer españolas.

P: ¿Te gusta que sea así?

-Sí, sí.

P: ¿Cómo interpretáis esto?

-Derecho de estar iguales. Iguales, que estáis todos iguales. Es una cosa muy buena (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Amb tot, sempre hi ha subjacent un cert sentiment de merèixer la desgràcia o el maltractament a causa de l'origen o d'un comportament que, per força, sempre és pitjor que el dels autòctons. Com si cadascun dels magribins –tant se val quin sigui el seu fer concret– arrossegés una culpa col·lectiva pel fet de ser-ne:



-Diu que ella va al metge i ha trobat que... que ajuntaven les marroquines amb marroquines. Sí, sí, la seva mare també, ha tingut un fill i... l'han posat al costat de... d'altra marroquina.

-Ella diu que... pot ser una... ella pensa que és una casualitat. Pero ella no.

P: Què penses?

-Bueno... para mí es mejor, porque... por ejemplo, somos musulmanas, todas. Y entonces, a la hora que el marido de la otra mujer tenía que entrar, tocará a la puerta, primero, y te esperará para poner el pañuelo y la ropa y todo esto. Pero si hay un español, no le vas a decir... bueno antes de entrar tienes que tocar y espera que me pongo el pañuelo e... Por esta parte me queda bien.

P: ¿Y por otra parte?

-No sé... puede ser que algunas españolas que no le quedan bien estar con las marroquíes... la verdad no... no quiero pensar mal.

P: ¿Casualidad? ¿Qué pensáis?

-Diu que ella, diu que no, no creu que sigui casualitat. Diu que ha passat més d'una vegada. Diu que no és una casualitat.

P: Quin significat hi dóna?

-Diu que ella pensa que ho fan perquè les marroquines no molestin a les... a les... d'aquí (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

Esta senyora comenta que... millor una marroquina, però... le da igual, però si... en el cas que... al menos ja saben, quan hi ha molta gent ja se sap... perquè una d'aquí pot ser que no accepti que... unos entran, unos surten... saps? Dice que quan estuvo ingressada, a l'altre l'lit ha estat una senyora que s'ha comportat molt bé amb ella, que li dóna menjar, que... i no era magrebí (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Sigui com sigui, queda clar que qualsevol acte espontani d'acostament dels autòctons envers els magribins s'interpreta, més enllà del pragmatisme de l'acció, com una mostra d'acceptació de l'altre i és molt ben rebut, en un context en què l'autoestima que hom té com a col·lectiu està tan malmesa com ho està la dels magribins que viuen a Catalunya.

### 5.3.2.2. Els altres «dolors»

Malgrat que els mecanismes de solidaritat estan actius i el col·lectiu s'organitza per rebre els nouvinguts, ensenyar-los a moure's en un entorn nou i, fins i tot, acompanyar-los en els primers contactes amb l'administració, diferents sentiments afloren:

Quando viene una persona nueva de Marruecos o de Argelia... ella ya, por el barrio, conoce a otra, entonces, va directamente a esta... ay... ¿Cómo...? Entonces, yo creo que funciona más este, porque claro, la persona que viene... que viene la semana pasada, pues no sabe cómo es el sistema, si hay sesiones de acogida... (EI1. Mediadora, àrab).

I tot lo que no és de mediació: portar els nens al cole... Sí, sí, jajajaja... és això personal, perquè aquesta gent nouvingut no saben, no saben ni on van, ni res, i em fa pena quan li ve els professionals i diuen: «per què no estudies?». «No sabem, no sabem si hi ha algun cole.» La gent no sap... ni si hi ha cole, ni si pot, ni si... ni res... [...] (EI11. Mediadora, àrab).

Hi ha por perquè se senten sols en un entorn nou, on els costa expressar-se i on sovint se senten amenaçats per la situació irregular en què es troben alguns. La por, les pors, ho són a ser descoberts i a ser denunciats:

-Yo no hace mucho tiempo que... casi dos años en España y primero yo tengo miedo, sí, tengo miedo porque no sabe la idioma, no sabe nada, e cuando yo fui a la calle, no sé qué puedo hacer, mi marido estaba trabajando y yo sola en casa no... Yo, yo encontré dificultades para convivir con otra gente, porque... está emigrantes que están en diferentes países, no solo un país, viene de un país

[...]

-Sí, tienes miedo que llama a la policía (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Porque... hay mucha gente que no tiene papeles, tiene todo el miedo que salen a la calle o al médico... e... e no llevan mucho tiempo aquí, por eso tiene miedo que sale a la calle... y no puede hacer amigos españoles por eso, porque tiene miedo que no tiene papeles... y no sabe hablar con ellos (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Por a ser qüestionats o menystinguts per un entorn que els és hostil. La por, les pors paralitzen i constitueixen una de les principals raons per inhibir-se de buscar atenció a la salut.

[...] també per por, per por dels professionals... té por de no entendre, i que, a vegades, el professional faci mala cara... saps? per por de barrera idiomàtica. Per a ells, jo crec que és això, més o menys, alguns factors que fan que no acudeixin [a les cites concertades] (EI9. Mediadora, àrab).

P: ¿Por qué no habéis sacado la tarjeta?

-Es que bueno... no sabe dónde va [on anar], y tiene miedo porque no tiene papeles. Sí, es que dice que, como tampoco no sabe hablar... bueno... pues ha decidido no ir a ningún sitio (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Per culpa de la por, també, s'evita el contacte profund amb els professionals fins al punt que uns i altres –professionals i usuaris– es queden amb un coneixement superficial i esbiaixat de l'altre que no ajuda a entendre's, cuidar o deixar-se cuidar. Un coneixement, en definitiva, que no és bo ni per a la relació ni per a la salut.

[...] veo que hay mucha humanidad, aquí, de parte de los profesionales. Cuando entras al principio –yo, la primera– me extrañaba muchísimo cuando entraba a la consulta de mi médico de cabecera y me preguntaba la doctora... «te veo triste, ¿qué te pasa? Mira te voy a mirar la tensión» y... hay mucho contacto físico y la gente se interesa por ti, pero también tenía miedo que me juzgue, que soy una mujer débil o... Sí, al principio, que soy una mujer débil, que me he metido en donde no puedo, ooo... que... mmm, no soy una persona inteligente en ponerme en este laberinto, en venir a un país y... también esto te limita cuando una te, te, te da para escucharte y cuando empiezas a explicar tus dolencias, tus sufrimientos y te dice «mujer ¿no te... no has pensado, no te has planteado volver a tu país?». Entonces ¿por qué le he explicado esto? ¿Ha visto en mí la débil? En vez de darme fuerzas y me diga mira ahora has escogido esto y tiene que aguantar y tienes que trabajarlo y trabajar los puntos débiles... No (EI12. Mediadora, àrab).

També hi ha la vergonya que, com la por, interfereix en l'atenció i deixa les coses a mig fer. La vergonya per no poder-se expressar:

P: Y tú, ¿te atreves a preguntar?

-Alguna vez sí.

P: ¿Por qué, solo alguna vez?

-Tenemos vergüenza que no hablamos bien (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

### I la por de no ser escoltat:

Me da miedo, este... que me [yo] digo... Yo tengo enfermedad en... me da receta y ya está. Cuando yo voy a llevara yo explicar todo y muy libre (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

### La vergonya de ser diferent:

Només pel fet de quan per exemple els hi eee, quan els hi deia per exemple el ginecòleg de mirar-les, de mirar'ls-hi tot, doncs el fet de dir traieu-vos la roba i tot diu, em deien algunes, és que potser s'enriuen o s'enriuran o parlaran de nosaltres perquè sempre anem molt tapades o perquè portem mocador... Ho deien les dones (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

### O la vergonya d'haver-se equivocat. La vergonya de no sortir-se'n o de passar penes:

Ara quan van elles, les veuen malament... no és malament, però... ella diu que quan van al Marroc, les veuen al Marroc: «pobres, elles viuen a fora del Marroc...» saps? Quan van al Marroc se senten una mica d'inferioritat perquè... perquè ara el Marroc va... va canviant, va tot... i aquí... diu que els veuen com pobrets Dice que al zoco allà, al zoco diu: «ara hi ha la fruita i la verdura de la gent del paro». Bueno... que no és bona, i a la tarda diuen... «ara... la verdura de l'ajuda». Per què? la gent saben les coses d'aquí, o què? Los que han tornat, que treballen allà, se riuen de la gent de aquí (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Si hi ha vergonya o por, l'encontre és fugaç i els problemes no s'expliquen. S'endevenen... o no. Tot plegat és un obstacle per a la coneixença mútua:

[Los profesionales] Han entendido por qué hay un cierto rechazo aaa... «vengo a que me recetes algo y me voy y no me lees tus sermones, ¿vale? Porque a lo mejor me vas a decir cosas malas de mí y no te voy a entender» y entonces... prefiere... bueno, me duele la cabeza y me duele esto, esto y estoy mal. Dame pastillas y no sé qué, y adiós. No están para, no están para, para explicar na... el rechazo también a... a explicar la vida personal aaa... (E112. Mediadora, àrab).

La migració comporta, inevitablement, un trencament en l'espai i el temps del migrant. Un espai i un temps, els d'abans, que connecten amb l'origen de les persones. Un altre espai i temps, els d'ara, que es vinculen al futur. Aquesta frontera en el transcórrer vital del migrant es materialitza en un distanciament físic –en l'espai i el temps– però no emocional. El migrant malda perquè aquest trencament físic, tan implacable, no l'acabi arrossegant a un trencament amb els afectes i els significats que ha deixat enrere. Heus aquí el doble dol del migrant, tal com l'han descrit alguns dels informants, que fa referència a les dificultats per tirar endavant un projecte vital sense deixar enrere tots els lligams que al llarg de la vida ha anat teixint amb els indrets i les persones que hi va haver abans d'ara. El doble dol del migrant fa que, ahora que se sent fora de lloc perquè no acaba de ser d'aquí i ara tampoc no és d'allí –«los inmigrantes, aquí, sufrimos de ser inmigrantes, pero también cuando bajamos a nuestro país no nos sentimos que formamos parte de ellos, porque nos ven del otro mundo» (E112. Mediadora, àrab) –, se senti

amb ganes de ser a tot arreu, sense voler renunciar a cap dels papers que li han estat assignats:

[...] y también le duele estar ahí y no estar aquí con su familia, con el Lidl, con el carro, con la educación de sus hijos que... ¿vale? Y les enseñan como a llevarlo mejor, y en estas eee... charlas o encuentro eee en nuestros por ejemplo, acontecimientos eeee... fiestas... intentamos hablar naturalmente de nuestras dolencias: «que a mí me duele que mi padre está allí enfermo en Marruecos y... ooo... me ha dolido muchísimo el otro día cuando bajé a Marruecos y encontré mi padre con gafas, me dolió muchísimo, y mi madre que le faltaba un diente, me dolió muchísimo, y lloré, lloré, lloré... ¿cómo pasó esto y yo no asistí a que mi padre? eeemm... le dejé con un poco de pelo así negro, pero todo blanco me... mm... cuando lo vi» y cuando te escuchan hablar la otra comenta una cosa, la otra otra cosa y entonces uno dice... pues no soy la única que sufre aquí, todo el mundo tiene sus cosas y la vida es así... (E112. Mediadora, àrab).

El doble dol del migrant fa que tot ignorant que el món gira i els temps canvien pertot, ell s'entesti a aturar-lo –el món– i a conservar amb intransigència els valors en què va créixer, per retre'ls tribut i transmetre'ls als seus fills sota pena de traïció:

Y vas y encuentras que el mundo ha avanzado y tú... yo estoy aquí intentando con mis hijos conservar la misma educación, con mis hijos, los mismos principios, pero cuando bajo, encuentro que todo el mundo está como aquí. Entonces no he vivido lo que hay aquí. Como si el reloj se ha parado en el mes de agosto del 2004 ¿vale? Por mucho que quiero decir... ay que... ¡no! yo aquí a hacer lo que hacen aquí ¿vale? Que mis hijos pueden salir a hacer cosas y que... que vivan la vida y no sé qué... Después digo no, a lo mejor aprenden algo aquí, una manera de hablar o de hacer gestos o –hasta los gestos– «¿qué has dicho? Cuidado, si bajas a Marruecos, a lo mejor se te queda este gesto no sé qué...» y cuando bajan y viene mi hija, por ejemplo la... la... lo último, mi hija ha bajado a Marruecos y ha subido diciendo unas palabras que era para mí... no son palabrotas, pero para mí son palabrotas, porque antes yo no, no podía decir esto. Por ejemplo, *muy bien* lo dice de una manera así... vulgar, y digo «¿qué estás diciendo? si tu abuelo te escucha...» Y dice... «es que todas mis tías y mis primas tod... yo lo aprendí de ellas». «¿Siiiií? ¿Y ellas dicen estas cosas? Yo no quiero que seas como no sé qué...» «Mamá, no es para tanto, no es para tanto, ¿vale?» (E112. Mediadora, àrab).

És ben sabut, i els nostres testimonis ho corroboren, que les pors, les vergonyes, la ubiqüitat impossible i els altres dolors de què hem parlat fins ara, es disfressen de corporeïtat per amagar el dolor vergonyant de les dificultats i convertir-lo en un dolor acceptat que ni aixeca sospites ni demana confidències que, encara, no s'està preparat per compartir. És la somatització:

-Y... lo de la somatización, hay muchas mujeres que han sido llevadas a salud mental –porque trabajé dos años en salud mental– era esto, la añoranza al país, a la familia... era esto, era esto.

P: ¿Por qué esta dificultad para expresar este dolor interno y hacerlo corporal?

-Mira e... la religión también –es una cosa religiosa–, mira, para nosotros la... el tema de la depresión, hasta poquísimo tiempo cuando llegué ya escuchaba por teléfono a mi hermana que me habla eeee... que... «estoy depre» –me dice–. Digo «¿qué, qué es depre?» dice «aaah! la depresión, he ido al médico me ha dicho que tengo depresión». ¡Ohhh! ¡Que... queee evolución! La gente evolucionó cuando llegué aquí, yo cuando estaba ahí si me sentía deprimida: «¡no, cállate mmm... da gracias a Dios, o serás una eee...» ¿ingrata, se dice? [sí, desagradecida] eee... sí, sí, ¡esto! Porque eee... no mm... revelarse contra el destino es un pecado ¿vale? Tú tienes que decir, por ejemplo, allí en Marruecos cuando encuentras a alguien: «hola ¿qué tal?». Mmm... tienes que decir siempre bien, gracias a Dios, bien, gracias a... nunca tienes que

quejarte, si te quejas, entonces eres una desagradecida, porque el destino ha querido esto para ti, entonces no te quejes. Es muy difícil para nosotros sacar lo que sufrimos. Es muy difícil, porque el otro a lo mejor te mira así como... «mira esta que no da las gracias a Dios porque...». A lo mejor tiene muchas cosas buenas, por una cosa que está sufriendo no tiene que revelarlo de esta manera ¿vale? Entonces aquí aún están con esto, con que una si sufre algo con su marido lo tiene que dejar a manos de Dios y que... Dios le castigue y que Dios... pero no lo tiene que contar a su familia, no lo tiene que contar a nadie. Entonces sufre sola, si no la gente va a hablar de ella, va a... no sé qué... La otra que es familia que es muy necesitada pero no trabaja, el marido no le ayuda entonces no puede decir mira: lo que me duele es que mi familia está muy necesitada y mi marido trabaja pero no me da nada para mi familia... lo puede contar y sacarlo y sacar la rabia que tiene a su marido y a toda su... a toda la gente que le rodea, pero no, lo deja para ella. Y sufre (E112. Mediadora, àrab).

Ja s'ha vist, doncs, que el sofriment s'amaga als llocs més insospitats i es presenta quan no se l'espera. Les raons del sofriment es troben en els altres i en un mateix. A Catalunya i al Marroc. En el menyspreu que ens arriba i en els límits que ens posem. El sofriment impregna l'experiència de sentir-se immigrant. Així i tot, ni la societat ni les persones poden renunciar a plantar-li cara.

### 5.3.2.3. Els remeis

Al·là no ha enviat cap malaltia sense enviar-ne la cura.

Al Bukhari (13)

Els mals volen remeis. Tal com s'anunciava al títol d'aquest capítol, el seu propòsit era parlar de mals, dels mals que vénen per ser i sentir-se immigrant. Ara bé, i malgrat que amb tot el que s'ha dit fins ara costi de creure, de remeis, també n'hi ha. I rauen al mateix lloc que hi trobàvem els mals, això és, al sentir de cadascú i al fer de tots els altres.

Rauen, abans que res, en el convenciment de creure en un mateix i en els altres, en la voluntat i la capacitat de pensar-se com a persona digna i capaç, i en l'ànim que dóna la satisfacció de sortir-se'n malgrat les dificultats:

Económicamente estaba bien, pero siempre es... pensaba en hacer otra cosa que no es solamente ganar algún dinero para mí, sino intentar hacer entender a los profesionales que las otras mujeres también quieren trabajar, quieren aprender, quieren alguien que les ayude, que somos una... somos eeee... que nos han educado a apoyarnos en el otro, ¿vale? Entonces, si no me coges de la mano y me enseñas dónde tengo que ir y me enseñas un itinerario, ¿vale? A lo mejor no sabré... tengo mucho que dar, pero no sé cómo darlo, o tengo la vergüenza de ofrecer algo de mi parte (E112. Mediadora, àrab).

-Ens diuen [els fills], aneu a aprendre de parlar i després a llegir, per saber on aneu...

-¡Eeso que se! [vol dir que això és el que cal fer]. Yo no pregunto de eso ni de na, porque... la sortida por aquí... eso hace... cualquier cosa sabe dónde es... e hasta las cartas que vienen a mi casa, cualquier carta sabe lo que es, a mis hijas o del médico o algo, cualquier cosa, sabe lo que es... Si te vas a un país para quedar por ejemplo pa siempre o pa... debe de ir... tienes que ir... todo, para aprender (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

Rauen també en el diàleg que s'estableix entre l'autoconcepte i la imatge que d'un mateix projecta l'entorn. Pel que fa a aquest últim element, és de justícia fer notar que tal com és

normal sentir-se del maldir i el mal fer, també hi ha maneres guaridores. Ho són l'ajuda desinteressada dels autòctons que espontàniament s'ofereixen per donar un cop de mà si fa falta: «i anàvem a moltíssimes visites... per exemple la L., la meva amiga, també ella feia les trucades a vegades a l'hospital i tot, per... saps? perquè si hi havia alguna cosa que no entenien o ens ajudàvem» (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora). També ho són aquelles que fan costat als immigrants –els nens immigrants, en aquest cas– en la defensa dels seus drets, el de l'educació, en aquest cas concret: «ara: si no t'espaviles tu sol o no tens algú que t'ajudi –com jo, que he tingut a la L. que m'ha ajudat moltíssim– no t'espaviles, no tens a ningú i els mestres això no ho entenen» (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora). Les que reconeixen l'aportació de l'immigrant al bé comú: «Pero mira que ha pasado con la enfermera de diabetiques, muy, muy buena. Mira... cuando ella tiene un problema con las otras marroquís me llama, A., ven, ven... e cada jueves, coge conmigo a mi niña» (GF2. Dones, àrabs, universitàries). O les que creuen més en la capacitat d'entendre's que no pas en la confrontació. Ho explica molt bé una de les mediadores a propòsit de la sala multiconfessional recentment creada a un dels hospitals de la zona:

Y han visto que se... que podemos convivir bien ahí en la sala esta, que no hay mucha complicación [...]. [...] y me gustó muchísimo la intención, está bueno. Digo... es una gran diferencia entre el día que llegué aquí así hace seis años y ahora que ves que estas diferencias se van... bueno, se van minimizando poco a poco pero... hay gente que está haciendo cosas, aunque no se ve a grosso modo, pero hay cosas que se van haciendo, y si siguen en esta línea, creo que las generaciones que vendrán de, de los marroquíes que son ahora catalanes, queramos o no, será... tendrán una buena convivencia (EI12. Mediadora, àrab).

Són maneres guaridores el recolzament d'iniciatives pensades com una guia en el transcórrer de l'experiència migratòria i una ajuda per suportar els sofriments que l'acompanyen:

Y... hice una charla sobre el dol migratori a las magrebinas, que eran un grupo que hacían cursos de catalán, y... hemos hablado de la experiencia partiendo de mí... que ven que... que he, ella ha encontrado el trabajo fácilmente, que ella sabe hablar, ella no sé qué... Ven en mí como si tengo ángeles de guarda, todos conmigo. Pero intento explicar y hemos explicado... He hecho sacar de ellas lo que yo he vivido, el contacto con, con... al principio con los marroquíes como yo, pero que me evitaban para... o me preguntaban... «¿De dónde eres?» «Soy del norte», «Ah no, yo soy del sur. Adiós». Bueno esto, esto ellas también lo explicaron, y digo bueno, esto también lo sufrí, para que vean que todo lo que sufren, todo... toda persona que viene de inmigrante a un país, lo sufre. Tenemos que pasarlo ¿vale? Y tenemos que aprender de las experiencias del otro. Tenemos que pasar un itinerario antes de llegar a un... se tiene que trabajar lo que quieres, nadie te va a venir a ofrecer nada, bueno... a ofrecer, puede que vengan, pero a regalarte algo, nadie vendrá a regalarte (EI12. Mediadora, àrab).

I ho són també aquelles que s'han creat per estimular la coneixença mútua, amb el benentès que acostar-nos ens fa més humans. I ens en fa per aquesta mateixa voluntat de saber de l'altre i perquè, en conèixer-nos, podem deixar de pensar-nos –uns i altres– en termes d'utilitat i profit, per fer-ho com a persones que compartim, si més no, la capacitat de sentir:

Para profesionales también hice este, el dol migratorio, hice... que... estaban contentísimos porque han entendido un poco por qué... ¿cómo se dice en castellano...? el sufrimiento, el doble sufrimiento de los marroquíes, hombres o mujeres o niños. Han entendido por qué tantas visitas, por qué eee... tanta depresión

que se explica por dolores de cabeza, de espalda, que tiene no sé qué, no sé cuantos... eeeee... han entendido también la duda que se crea al respecto deee... de las explicaciones que daban los, los, los... hasta la manera de ver aaa... a los pacientes (E112. Mediadora, àrab).

I són guaridores perquè en aquest diàleg entre el jo immigrant i l'entorn que l'acull –ara sí, acollir expressat aquí amb el millor dels seus sentits– s'hi reconeix la feblesa intrínseca de l'ésser humà i el poder de commoure que té la contemplació del sofriment, més encara si qui se'l mira té el deure d'alleujar-lo.

### 5.3.3. Discussió

Tal com ha estat descrit a la literatura, els «dolors» de ser i sentir-se immigrant que pateixen els magribins que viuen a Catalunya s'assemblen força als dolors que han descrit altres migrants forçats a l'exili. En concret, els magribins que han participat en aquest treball coincideixen amb altres estudis en assenyalar que les pors (6, 8, 10), l'enyorament de casa, la solitud, l'experiència de sentir-se prejutjat i discriminat, les dificultats per refer la identitat i encaixar en una realitat cultural diferent, el sentiment de desarrelament (6, 8, 9) i la sensació de sentir-se exclòs de la interacció i la participació significativa en la societat (11) són «dolors» que, també a ells, acostumen a afligir-los. És més, tal com hi ha força autors i treballs que identifiquen aquests «dolors» com a via oberta a la somatització, que reconeixen l'efecte sinèrgic d'aquesta mena de mals en la gravetat de la malaltia i que, fins i tot, els en fan responsables (6, 8, 10, 11, 14-16), també els usuaris magribins entrevistats estableixen el vincle entre els «dolors» de ser i sentir-se immigrant i la vulnerabilitat de la salut i el símptoma físic.

Segons la interpretació del testimoni de les persones que ens n'han volgut parlar, l'origen d'una part dels «dolors» de ser i sentir-se immigrant rau en la relació que s'estableix entre la construcció de l'autoconcepte i el retorn que l'immigrant rep de la societat d'acollida, una relació en què veure's malament i ser mal vist es retroalimenten en una mena de bucle del qual es fa difícil discernir-ne el començament. Tot i referir-se només als immigrants en situació irregular, Larchanché descriu una interrelació força semblant en parlar dels obstacles intangibles a l'accés a la salut (17). L'autora sosté que la construcció social de la il·legalitat, basada des de fa molt de temps en la por, els prejudicis racials i les inseguretats econòmiques i socials, té un poderós efecte de subjectivació que afecta l'autoestima de les persones en situació irregular en situar-les al marge de la societat i representar-les com a excloses. Un efecte de subjectivació que es recolza en la construcció social de la il·legalitat, molt vinculada als discursos de restricció pressupostària en què es retrata l'immigrant com a individu que, fraudulentament, s'aprofita dels beneficis socials de l'Estat francès. Una construcció social que, fins i tot, dóna lloc a pràctiques institucionals específiques que legitimen la discriminació i afecten l'autoestima i, òbviament, la salut. En aquesta mateixa línia de pensament, Fassin (18) parla de la *Paradoxa Francesa* en destacar els efectes que té la construcció social dels immigrants –no només els irregulars– com a grup social il·legítim. Segons Fassin, en un país en què teòricament es garanteix el dret a la salut en condicions d'igualtat respecte als nacionals, aquesta consideració social negativa referida als immigrants, n'afecta l'accés als serveis de salut i, lògicament, fa mal

per ella mateixa. Una paradoxa que, salvant les distàncies, també ha estat expressada pels informants d'aquest treball en constatar el missatge dual que, per una banda, proclama el compliment del deure com a garantia de drets i, per l'altra, la discriminació percebuda com a evidència del pes de l'origen en el gaudi dels beneficis socials. La identificació entre immigració i il·legimitat no és exclusiva de França. De fet, en el nostre medi, hi ha força autors que s'han fet ressò de l'acceptació i la difusió del discurs autòcton que associa delinqüència i migració (19-24), discurs que, per força, retorna a la persona en forma de rebuig i exclusió (19, 23, 25).

Ara bé, d'on surt aquesta fama dels immigrants com a xucladors de les bondats de l'estat del benestar? És aquesta una construcció social basada en fets objectius o potser és una fal·làcia alimentada pel valor de l'origen –que distingeix entre nacionals i forans– com a legitimador de drets? És la immigració la que empeny les persones a gaudir –potser abusar– de les bondats de l'estat del benestar o ho és la necessitat? Heus aquí les preguntes.

Pel que fa a les respostes, objectivament, el que se'n sap fins ara respecte a la salut ens diu que la despesa farmacèutica dels immigrants és menor que la dels autòctons (26, 27) i que la probabilitat d'utilitzar l'atenció primària o d'acudir a la consulta d'un especialista és també inferior entre els immigrants (28, 29). És només en la demanda d'atenció urgent que alguns estudis –no tots– assenyalen freqüències superiors entre els forans (29-31).

Sigui com sigui, convé, a tall de reflexió, fer-se aquestes preguntes. I convé, perquè aquesta idea de l'immigrant com a beneficiari il·legítim de l'estat del benestar no es troba, només, en un sol dels costats –el dels autòctons– sinó que és també l'usuari magribí qui, sovint, malgrat el que diguin les lleis, accepta l'origen com a legitimador de drets o, si més no, com a excusa perquè li siguin negats. Certament, ara per ara és la nacionalitat –molt determinada per l'origen– la condició que sovint s'utilitza per diferenciar entre «nosaltres» i «els altres». Amb tot, i pel que fa al gaudi de drets fonamentals, la nacionalitat espanyola no n'és un requisit (32). El dret a la salut a casa nostra està reconegut –encara– com un dret lligat a la residència i no pas a la situació legal (33). A més, però, el treball i el pagament d'impostos a què obliga la llei donen –en justícia– accés a la satisfacció d'altres drets. Així i tot, l'estat d'opinió insisteix en el caràcter gorrer dels immigrants i en la seva astúcia per gaudir –immerescudament, és clar– dels beneficis socials que ofereix l'estat (19-21).

L'acceptació d'aquest fet, no és més que un reflex de la interiorització que l'immigrant magribí ha incorporat de si mateix, una interiorització que fa que es percebi instrumentalitzat i presoner d'una relació de poder en què pesa més beneficiar-se del treball de l'altre que no pas gaudir legítimament dels beneficis que aquest treball comporta. Una relació de poder que comença a trontollar quan una de les parts decideix reivindicar-se com a treballador i ésser humà amb drets i l'altra reacciona a l'ofensiva amb l'artilleria del rumor i la maledicència, amb què poc a poc s'ha anat construint la imatge social de l'immigrant, tan lligada a la idea d'il·legalitat. Un equilibri, el d'aquesta relació tan injusta, que fa aigües perquè, com molt bé va explicar



l'escriptor suís Max Frisch l'any 1965 referint-se a la immigració europea que cap als anys seixanta va rebre el seu país: «Necessitàvem mà d'obra i ens van arribar persones».

Lligat a la penetració d'aquest doble discurs, que per una banda anuncia els drets reconeguts a les persones en tant que éssers humans, i per l'altra estableix l'origen com a element discernidor del mereixement o no d'aquests drets, hi ha la resignació davant del maltractament o l'abús de poder que alguns testimonis han hagut de suportar per part dels professionals de la salut. Per bé que el desequilibri de poder existent entre professional i usuari en les interaccions en context sanitari fa que no tots els usuaris –immigrants o no– reaccionin per defensar els seus drets com a pacients (34), aquest desequilibri és encara més evident si la víctima de l'abús és un immigrant, fet que s'explica des de la perspectiva que la migració és un element que desequilibra encara més la relació en dipositar sobre l'usuari migrant la càrrega afegida d'estar consumint un servei que, de fet, més que un dret, sovint és considerat com una generosa concessió del sistema (35). Aquesta passivitat en acceptar resignadament les actuacions injustes dels professionals ha donat lloc a la conceptualització del fenomen sota el nom de *Happy migrant effect*, un concepte que es mira amb sorpresa la reacció temperada dels immigrants a actuacions professionals que, si més no, els han deixat insatisfets, quan no els han fet sentir discriminats (35). L'efecte de l'immigrant feliç s'atribueix a les dificultats per comunicar-se, al patriotisme pel nou país, a les normes culturals que demanen un comportament social desitjable, a un cert grau de menysteniment per no parlar l'idioma, a la por a la represàlia (35) i a una mena d'agraïment incondicional, sobretot si el sistema de salut de procedència és injust o dolent (35, 36).

Pel que fa a la declaració dels usuaris magribins que han participat a l'estudi i han suportat amb estoïcisme situacions injustes, no costa gaire descobrir-hi les raons descrites a la literatura. Amb tot, cal afegir-hi una certa afectació de l'autoconcepte, no només lligada al coneixement de l'idioma, sinó també a la diferència cultural i el qüestionament del dret a la queixa quan s'està en situació irregular. Per altra banda, convé anar més enllà i preguntar-se si aquesta manca d'expressió dels greuges no serà també l'expressió d'una falta de confiança en la voluntat sincera de les institucions per defensar els drets de l'usuari i, encara més, si aquest usuari és, per afegiment, immigrant i magribí.

No hi ha discussió sobre els efectes en la salut dels «dolors» de ser i sentir-se immigrant. Més enllà del sofriment que puguin causar, s'ha pogut identificar el poder patogènic de la discriminació sentida en tant que element dissuasiu en la cerca d'atenció sanitària i estressor reconegut (14, 15, 37). És més, malgrat el reconeixement de les dificultats metodològiques per establir la relació causa efecte entre la discriminació percebuda i l'afectació de la salut (38), l'estudi de casos i controls de Johnston i Lordan ha pogut constatar els efectes nocius de la discriminació percebuda en la tensió arterial, els nivells de colesterol, l'índex de massa corporal i l'autovaloració de la salut (15). Agudelo *et al.* arriben a conclusions semblants. que els permeten afirmar que la discriminació percebuda és un factor de risc per a la salut dels treballadors immigrants (39). Per altra banda, les dificultats associades al procés migratori, han

permès entendre el sofriment per excel·lència del migrant, la *Síndrome de l'Immigrant amb Estrès Crònic i Múltiple*, altrament anomenada *Síndrome d'Ulisses* (7, 8), en una clara al·lusió a les adversitats per què ha de passar el viatger.

La Síndrome d'Ulisses sorgeix quan el migrant, sota la pressió de variats i intensos estressors, sent que no té prou força per refer-se de les pèrdues. Però no només, perquè a la síndrome de l'immigrant amb estrès crònic i múltiple, a més dels dols –que hi seran sempre–, també compten les dificultats de la nova vida i la capacitat per afrontar-les. Els «dolors» de què han parlat els informants d'aquest treball: la por del que es troba en situació irregular, les dificultats per moure's i encaixar en un món nou i de vegades hostil, la sensació de sentir-se exclòs o discriminat, la certesa de ser diferent, el treball de donar-se a conèixer sense sentir-se jutjat, l'enyorament dels de casa, la vergonya de passar penes o el sentiment de no ser d'enlloc són «dolors» que han estat identificats com a estressors amb poder de malmetre la salut. Essent, com és, la síndrome d'Ulisses un quadre reactiu, estan més indicades les intervencions psicoeducatives i d'educació emocional que no pas els tractaments mèdics (8).

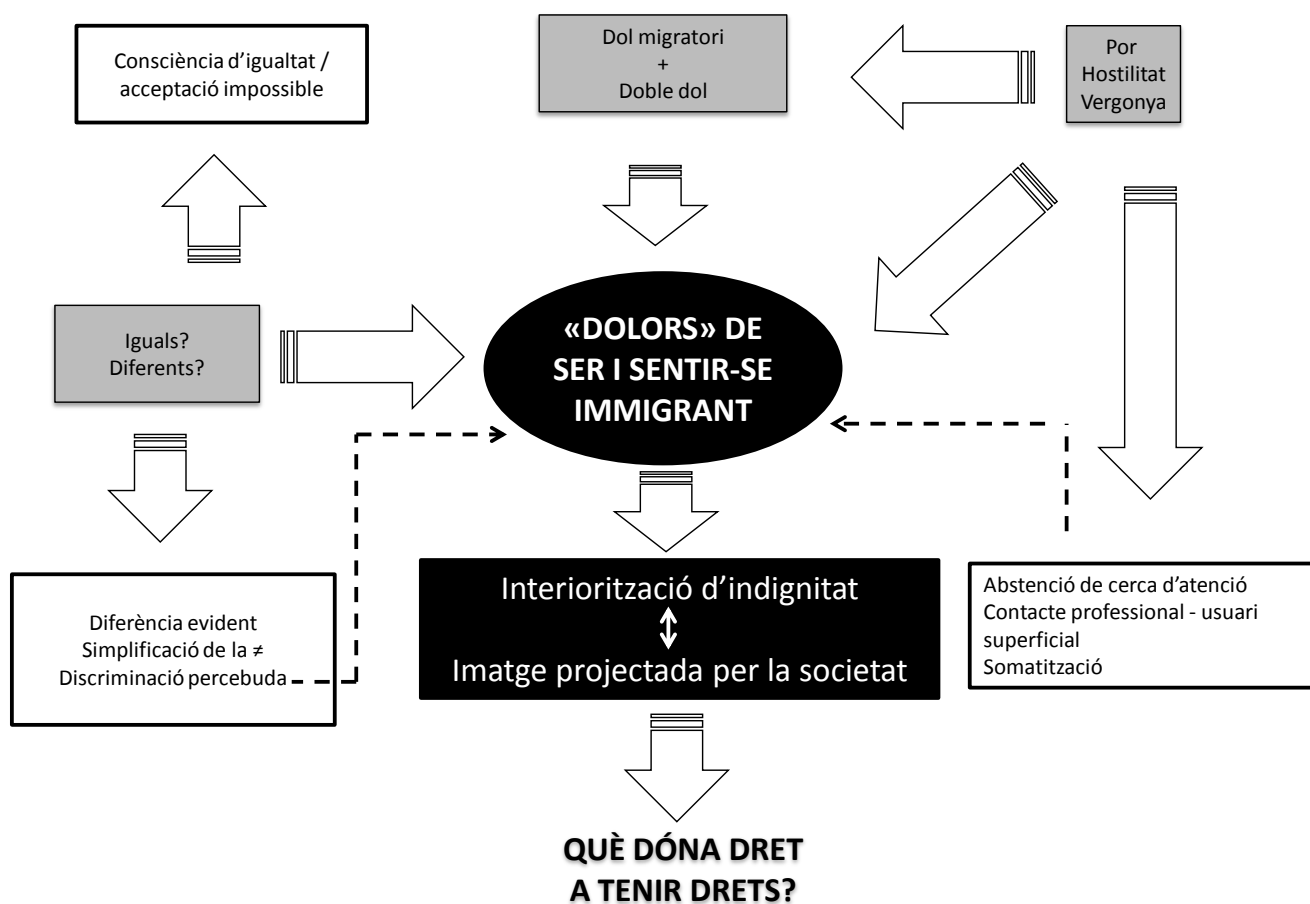
Pel que han dit els informants d'aquest estudi i malgrat que els estressors i els dols de la migració gairebé hi són sempre presents, l'autoestima és un component importantíssim en el pronòstic de com serà l'experiència migratòria i el seu desenllaç. Pel que fa a aquesta qüestió, els informants d'aquest treball sovint es perceben amb poc valor personal i social. Una percepció que, en part, s'explica com a resultat de les dinàmiques de relació que s'organitzen entre la societat d'acollida i els immigrants magribins. Un diàleg –el que s'estableix entre el context d'acollida i l'immigrant– que tal com l'han interpretat els informants d'aquest treball encaixa perfectament en el model teòric proposat per Larchanché (17), que sosté l'elaboració subjectiva negativa del migrant a partir del rebuig social percebut. En canvi, i a partir de l'elaboració de l'autoconcepte que han construït els nostres informants, costa d'entendre la persistència d'una autoestima intacta que constaten altres treballs sobre la *Síndrome de l'Immigrant amb Estrès Crònic i Múltiple* (6, 7).

Sabent, com se sap, que la salut psicosocial de l'immigrant està molt relacionada amb l'autoestima (40), que les relacions entre l'usuari magribí i la societat d'acollida han de fer trontollar la confiança en un mateix, fins a l'extrem que poden arribar a despullar de dignitat la persona i, encara més greu, a fer que s'ho cregui (17), i sabent també que l'autoestima dels migrants millora amb els assoliments personals (40, 41), amb el suport social i familiar i en un context d'harmonia cultural (41), es pot dir que no n'hi ha prou amb les intervencions psicoeducatives i d'educació emocional, tal com proposa Achótegui (8). Essent tan important com és la relació que la persona estableix amb l'entorn, convé, també, considerar la necessitat d'intervenir en les condicions ambientals pel poder que tenen de promoure la salut, influir en l'autoestima i contribuir a fer una societat més justa (42, 43).

D'acord amb aquesta apreciació, les persones que han parlat de la seva experiència com a immigrants per a aquest treball han pogut identificar certes accions de la societat d'acollida que

han contribuït a fer més suportables els «dolors» que els consumien. Accions en què s'han sentit reconeguts com a persones i recolzats en les seves necessitats, esdeveniments que els han canviat la percepció de les capacitats per fer front als estressors propis del procés migratori, el fer voluntari de l'autòcton commogut per la duresa de l'experiència migratòria, la humanitat del professional que s'interessa per les persones més enllà dels dolors físics que l'afligeixen, el reconeixement del valor de «l'altre» o la promoció d'iniciatives que ajudin a treure els dimonis que corsequen per dins; són accions que han estat citades pels testimonis com a bàlsams que els han ajudat a fer més suportable l'exili. En aquest sentit, són interessants les conclusions de treballs com el de McLaren (44), que parla del poder dels contactes interculturals, com ara la relació d'amistat entre autòctons i membres de grups minoritaris, per disminuir la percepció d'amenaça i reduir els nivells de voluntat d'expulsar els immigrants. És a dir, de com el coneixement mutu pot millorar l'experiència migratòria i, fins i tot, modificar les actituds de la societat d'acollida envers els estrangers. En realitat, es tracta del poder del coneixement profund per crear lligams i trencar amb els prejudicis. Al seu torn, Gotlib (11) també ha pogut demostrar els efectes benèfics de parlar i, potser encara més, de ser escoltat. El seu treball sobre medicina narrativa parla de la implicació humana amb el sofriment aliè com a eina terapèutica. Parla dels efectes que es produeixen quan els professionals veuen, en els pacients, persones amb històries especialment difícils i doloroses. Parla d'establir lligams que actuïn contra la por i la incomprensió entre cuidadors i cuidats. Parla, en definitiva, de l'aportació sinèrgica de l'humanisme a la ciència i tecnologia mèdiques.

### 5.3.4. Figura: Sobre els «dolors» de ser i sentir-se immigrant



### 5.3.5. Bibliografia

- (1) Said EW, García Pérez R. Reflexiones sobre el exilio: ensayos literarios y culturales. Barcelona: Debate; 2005.
- (2) Organización Mundial de la salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2013; Disponible a: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>. Consultat 31-1-2013.
- (3) Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. Can J Psychiatry 2004 Oct;49(10):663-672.
- (4) Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. Psychosom Med 1996;58(5):481-488.
- (5) Waitzkin H, Magana H. The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma. Soc Sci Med 1997 Sep;45(6):811-825.
- (6) Achótegui J. Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Avances en Salud Mental Relacional Vol / Advances in relational mental health 2008;7(1).
- (7) Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. Rev Clin Esp 2005;205(3):116-118.
- (8) Achótegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Zerbitzuan 2009 Diciembre 2009(46):163-171.
- (9) Svenberg K, Mattsson B, Skott C. 'A person of two countries'. Life and health in exile: Somali refugees in Sweden. Anthropology and Medicine 2009;16(3):279-291.
- (10) Hacker K, Chu J, Leung C, Marra R, Pirie A, Brahim M, et al. The impact of Immigration and Customs Enforcement on immigrant health: perceptions of immigrants in Everett, Massachusetts, USA. Soc Sci Med 2011 Aug;73(4):586-594.
- (11) Gotlib A. Stories from the Margins: Immigrant Patients, Health Care, and Narrative Medicine. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics 2009;2(2):51-74.
- (12) Saura RM, Suñol R, Vallejo P, Lahoz S, Atxotegui J, El Manouari M. Study of the healthcare background and psychosocial environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia [Spain]. Gac Sanit 2008 Nov-Dec;22(6):547-554.
- (13) The Sunni Path. The Online Islamic Academy. The Sahih Collection of al-Bukhari - The Book of Medicine - SunniPath Library - Hadith; Disponible a: <http://www.sunnipath.com/library/Hadith/H0002P0079.aspx>. Consultat 20-2-2013.
- (14) Williams DR, John DA, Oyserman D, Sonnega J, Mohammed SA, Jackson JS. Research on discrimination and health: an exploratory study of unresolved conceptual and measurement issues. American Journal of Public Health 2012;102(5):975-978.
- (15) Johnston D, Lordan G. Discrimination makes me Sick! An Examination of the Discrimination-Health Relationship. J Health Econ 2011; 31(1):99-111.
- (16) Safi M. Immigrants' life satisfaction in Europe: Between assimilation and discrimination. European Sociological Review 2010;26(2):159-176.

- (17) Larchanché S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Soc Sci Med* 2012 Mar;74(6):858-863.
- (18) Fassin D. Social illegitimacy as a foundation of health inequality: how the political treatment of immigrants illuminates a French paradox. A: Castro A, Singer M, editors. *Unhealthy health policy: A critical medical examination* Oxford: Altamira Press; 2004. pp. 203-214.
- (19) Llenas M. Análisis del discurso de Plataforma per Catalunya sobre inmigración en los ayuntamientos de Vic y el Vendrell (Cataluña). *Discurso & Sociedad* 2012;6(3):538-590.
- (20) Martínez Rodríguez R. La construcción del otro a partir de estereotipos y la reproducción de los prejuicios a través del lenguaje y del discurso de las élites. A: García Castaño FJ, Kressova N, editors. *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* Granada: Instituto de Migraciones; 2011. pp. 2253-2261.
- (21) Morell Blanch A. La inmigración como problema: un análisis de las prácticas discursivas de la población autóctona. *Papers: revista de sociologia*, 2004, núm.74, pp.175-201 2004.
- (22) Arquero Moreno MA. Derecha y extrema derecha en Europa y su repercusión en las políticas sociales en materia de inmigración. A: García Castaño FJ, Kressova N, editors. *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* Granada: Instituto de Migraciones; 2011. pp. 1359-1369.
- (23) Goldberg A. Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud / enfermedad / atención de los inmigrantes senegaleses en Barcelona. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.
- (24) Díez Nicolás J. Las dos caras de la inmigración. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
- (25) Solé C, Parella S, Alarcón A, Bergalli V, Gibert F. El impacto de la inmigración en la sociedad receptora. *REIS* 2000(90):131-157.
- (26) Rué M, Serna MC, Soler-González J, Bosch A, Ruiz-Magaz MC, Galván L. Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida (Spain): a 6-months prospective observational study. *BMC Health Serv Res* 2008 Feb 6;8:35.
- (27) Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García RR. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health* 2007;17(5):503.
- (28) Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Atención Primaria* 2011 10;43(10):544-550.
- (29) Fundación Pfizer. Estudio sobre la inmigración y el sistema sanitario público español. 2008 Junio 2008:1-141.
- (30) Ribas I, Casas C, Villalbí JR, Borrell C. La salut de la població immigrant de Barcelona. 2008.
- (31) Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res* 2008 Apr 10;8:81.

- (32) Mota P. Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: UAB; 2007.
- (33) Generalitat de Catalunya. Si no disposem d'autorització de residència, tenim dret a l'assistència sanitària? - Guia d'acollida. Disponible a:  
[http://www10.gencat.cat/WebAcollida/AppJava/ca/Menu\\_Principal/Salut/MenuComun/PreguntesRespostes/TSI/TSI2.jsp?pag=tcm:393-87512-64&pagindex=tcm:393-87531-64](http://www10.gencat.cat/WebAcollida/AppJava/ca/Menu_Principal/Salut/MenuComun/PreguntesRespostes/TSI/TSI2.jsp?pag=tcm:393-87512-64&pagindex=tcm:393-87531-64). Consultat 13-1-2013.
- (34) Corbacho MS, García-Mata JR, Blecua MJ, de Mejora E, Aparicio A, Escribano MT, et al. La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad. Rev Calidad Asistencial 2001;16:29-34.
- (35) Garrett PW, Dickson HG, Young L, Whelan AK. "The Happy Migrant Effect": perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: a qualitative study across seven language groups. Qual Saf Health Care 2008 Apr;17(2):101-103.
- (36) Hudelson P, Kolly V, Perneger T. Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. Health Expect 2010 Mar;13(1):24-32.
- (37) Sanchez-Birkhead AC, Kennedy HP, Callister LC, Miyamoto TP. Navigating a new health culture: experiences of immigrant Hispanic women. Journal of Immigrant and Minority Health 2011;13(6):1168-1174.
- (38) Shavers VL, Fagan P, Jones D, Klein WM, Boyington J, Moten C, et al. The state of research on racial/ethnic discrimination in the receipt of health care. Am J Public Health 2012 May;102(5):953-966.
- (39) Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García A, Ruiz-Frutos C, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. BMC Public Health 2011;11(1):652.
- (40) Nesdale D, Mak AS. Ethnic identification, self-esteem and immigrant psychological health. International Journal of Intercultural Relations 2003 2;27(1):23-40.
- (41) Porter JR, Washington RE. Minority Identity and Self-Esteem. Annual Review of Sociology 1993;19:139-161.
- (42) Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo de la Hoz G, et al. Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain). Gac Sanit 2009 Dec;23 Suppl 1:29-37.
- (43) Domínguez-Fuentes JM, Hombrados-Mendieta MI. Social support and happiness in immigrant women in Spain. Psychol Rep 2012;110(3):977-990.
- (44) McLaren LM. Anti-Immigrant Prejudice in Europe: Contact, Threat Perception, and Preferences for the Exclusion of Migrants. Social Forces 2003 March 01;81(3):909-936.

## 5.4. SOBRE L'ACCÉS I EL PERFIL D'ÚS

«La malaltia ve a qualsevol hora. Però el metge només visita de 9 a 2.»

EI6. Usuari, àrab

### 5.4.1. Introducció

Hi ha força estudis que han identificat la salut com una qüestió no prioritària per als immigrants procedents de països de renda baixa (1). Les qüestions legals, econòmiques i laborals són els arguments que més freqüentment desplacen la salut a un segon terme (2), potser perquè la cerca de treball i la millora de l'economia constitueixen les principals motivacions dels immigrants econòmics per deixar casa seva (ENI)<sup>1</sup>, potser també perquè acostumen a ser les persones més joves i sanes les que decideixen emigrar, el que es coneix com a *Healthy Immigrant Effect* (3).

Des del punt de vista dels professionals sanitaris, es té la percepció que l'accés dels immigrants als serveis de salut és prou fàcil (4, 5). Burón (6), en un treball de caire qualitatiu que incorpora la perspectiva de l'usuari immigrant, arriba a la mateixa conclusió. Vall-Llosera (7), per la seva part, no identifica condicionants socioeconòmics per accedir als immigrants als serveis d'atenció primària, tot i reconèixer que factors d'aquesta mena sí que n'afecten la freqüentació. En un sentit semblant, Torres Cantero *et al.* (8) troben que no hi ha diferències en l'accés als serveis de salut en funció de la situació legal de l'immigrant. No obstant això, alguns treballs han identificat certs entrebancs administratius, com ara les dificultats per empadronar-se, que dificulten l'obtenció de la tarja sanitària que dóna dret a serveis de salut en les mateixes condicions que els autòctons (2, 5, 6). També, tal com s'explica al *Segon Informe de l'Observatori Europeu de l'Accés a la Sanitat de Metges del Món*, es dóna el cas que una petita part de la població en situació irregular que tindria dret a atenció sanitària no ho sap i, per tant, no en fa ús (9).

Partint de la base que, tal com conclouen els estudis sobre accés a la salut citats anteriorment, el dret a la salut està garantit administrativament i l'accés a la salut dels col·lectius d'immigrants no representa un problema de salut comunitària, també és cert que el reconeixement del dret no en garanteix necessàriament l'exercici i que una petita part de la població pot estar sotmesa a condicionants que intervinguin en la decisió d'acudir o no als serveis de salut, i de com i quan fer-ho. Hi ha força estudis que s'han preocupat d'identificar quines són les barreres d'accés i ús dels serveis de salut. No cal dir que aquestes dificultats seran diferents segons el sistema sanitari de què es tracti i les restriccions que s'imposin en cada cas. No obstant això, s'està d'acord a assenyalar la dificultat lingüística com una de les més freqüents (6,10) i determinants (11). Les dificultats socials i econòmiques també es mencionen sovint com un fet que, fins i tot en sistemes de cobertura universal, poden afectar a l'exercici del dret quan, malgrat que l'accés

<sup>1</sup> Vegeu l'explotació de dades de l'ENI 07 en aquest mateix treball.



estigui garantit, hi hagi prestacions que exigeixin un copagament (6). Pel que fa a les dificultats socials que modulen la demanda d'atenció sanitària hi ha l'absència de la família, la manca de xarxes de suport o un baix nivell d'instrucció (10). El desconeixement del sistema i el seu funcionament, també amb efectes sobre l'accés i l'ús, és un altre factor sobre el qual hi ha acord (6, 10, 12). Finalment, es reconeix un altre grup de raons que afecten l'accés i l'ús, i és el que enclou tota mena de condicionants afectius com ara la percepció de discriminació, la por dels immigrants a ser descoberts en la seva condició irregular o la vergonya de no parlar l'idioma (11).

Pel que fa a la cultura, les creences, valors i pràctiques de salut dels immigrants, és evident que han d'afectar la manera com aquestes persones es cuiden i es relacionen amb els serveis de salut i, de fet, així ho reconeixen sense objeccions les teories culturalistes (13, 14). De tota manera, però, alguns autors volen alertar de la sobrevaloració del paper que la diferència cultural té en l'accés a la salut dels immigrants i el comportament que s'hi relaciona, tot afirmant que des d'aquesta perspectiva, certs comportaments es poden atribuir a la diferència cultural quan és la desigualtat social la que els provoca (15, 16), en tant que l'aproximació culturalista tendeix a ignorar les condicions materials i històriques en què operen les cultures (17), a conceptualitzar-les com a estàtiques i homogènies, i a identificar-les des d'una visió estrictament ètnica o religiosa (18) fins al punt que, segons Mota, «la preconcepció i el prejudici de la diferència cultural o religiosa en determinades persones a partir de la seva nacionalitat és un tractament que segueix les pautes del racisme cultural i que incrementa el risc d'estigmatització vers determinats grups d'immigrants» (15).

Si es compara la utilització dels serveis de salut per part dels immigrants amb la que en fan els autòctons, els resultats de la recerca en el nostre medi sostenen que, en general, els immigrants utilitzen els serveis sanitaris menys que la població autòctona (19, 20). En concret, admeten una menor despesa farmacèutica (21, 22) i una probabilitat inferior d'utilitzar els serveis de pediatria i metge de família (23), tot i que un cop els immigrants accedeixen a l'atenció primària són més freqüentadors que els autòctons (24). Vall-Llosera *et al.* (25) en el seu treball a la Regió Sanitària de Girona, observen que la població autòctona consumeix més fàrmacs i acudeix més a l'atenció primària que no pas els immigrants. No obstant això, en ajustar per variables sociodemogràfiques, conclouen que els patrons d'ús d'uns i altres –immigrants i autòctons– no són diferents, cosa que descarta l'origen com a única variable determinant del patró d'utilització dels serveis de salut i fa pensar en un conjunt de factors socials i demogràfics en interacció. Pel que fa a la utilització dels serveis d'urgències, els resultats són contradictoris i mentre que n'hi ha que sostenen nivells d'utilització superiors entre els immigrants (2, 26), Carrasco-Garrido *et al.* (27) troben patrons força semblants; i altres estudis parlen, fins i tot, de freqüentacions inferiors que les dels autòctons (28). La comparació de l'adhesió a pràctiques preventives no està del tot clara, malgrat que hi ha indicis que fan pensar que la participació en programes preventius podria ser menor en la població immigrant que en la nadiua (12, 19), sobretot en els primers anys de residència (29). Finalment, i en

relació amb la casuística hospitalària, s'ha vist que té un perfil específic segons es tracti de col·lectius d'immigrants o no, tot i que no necessàriament està associada a un consum de recursos superiors entre els immigrants (30-32).

Alguns estudis han detectat que en considerar la variable temps de residència s'observa un canvi de patró cap a l'assimilació dels perfils autòctons (25, 29, 33), com és ara el cas dels immigrants de la Comunitat de Madrid, que amb residències inferiors als cinc anys mostren un perfil de freqüentació en atenció primària i urgències menor que els autòctons, mentre que amb residències superiors a aquest període la freqüència d'ús d'aquests serveis s'acaba igualant a la dels nacionals (29).

L'estat de la qüestió en el nostre medi ens mostra una majoria d'estudis que aborden el tema des d'una perspectiva quantitativa tot considerant el grup d'immigrants com homogeni. Per altra banda, hi ha pocs treballs que encarin aquest problema des de l'aportació qualitativa dels immigrants. Això no els resta valor però les seves troballes no sempre permeten entendre els mecanismes subjacents a una determinada manera de fer ni tampoc diferenciar els resultats segons el col·lectiu estudiat.

## **5.4.2. Resultats**

### **5.4.2.1. Un cop d'ull a l'accés i el perfil d'ús**

Els resultats detallats de l'explotació de les dades de l'ESCA 06 que comparen les corresponents a accés i perfil d'ús entre magribins i autòctons es mostren a les taules 5.4.1 i 5.4.2.

L'accés administratiu a la cobertura sanitària és ampli, gairebé universal, i no exclou de manera significativa cap grup dels analitzats. La proporció d'usuaris que complementen la sanitat pública amb la privada és significativament menor entre els magribins de tots els grups analitzats, llevat del comprès entre 45 i 64 anys, amb percentatges semblants entre magribins i autòctons i sense significació estadística. Els magribins de tots els grups comparats, excepte els de major edat, tenen assignat un metge habitual en menor proporció que els autòctons i pel que fa a la modalitat del metge de capçalera, predomina per a les dues poblacions el metge de capçalera de la Seguretat Social, especialment pel que fa als magribins, per als quals és, pràcticament, modalitat única.

En general, l'opinió sobre el sistema sanitari és força més favorable entre els usuaris magribins de tots els grups que no pas entre els seus corresponents catalans. Es pot dir el mateix de la satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats.

**TAULA 5.4.1: ACCÉS I ÚS DELS SERVEIS DE SALUT (EN %). ESCA 06**

			Homes		Dones		De 15 a 44 anys		De 45 a 64 anys	
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
<b>Pràctiques preventives</b>										
Control del colesterol	<b>54,55</b>	<b>26,25</b>	<b>52,18</b>	<b>29,51</b>	<b>56,87</b>	<b>21,19</b>	<b>37,24</b>	<b>21,74</b>	<b>65,79</b>	<b>46,15</b>
Vacuna de la grip	<b>27,40</b>	<b>13,95</b>	<b>25,50</b>	<b>14,21</b>	<b>29,26</b>	<b>13,56</b>	9,36	12,65	23,18	12,82
Mesura de la tensió arterial	<b>50,66</b>	<b>29,90</b>	<b>47,83</b>	<b>22,40</b>	<b>53,41</b>	<b>41,53</b>	28,20	26,48	<b>60,12</b>	<b>41,03</b>
Citologia periòdica	<b>53,44</b>	<b>27,12</b>			<b>53,44</b>	<b>27,12</b>	<b>61,00</b>	<b>23,00</b>	68,62	53,85
Mamografia periòdica	<b>43,85</b>	<b>20,34</b>			<b>43,85</b>	<b>20,34</b>	<b>20,54</b>	<b>12,00</b>	84,17	76,92
<b>Perfil d'ús dels serveis de salut</b>										
Cobertura sanitària pública	98,41	98,11	98,44	97,31	98,38	99,24	98,56	97,75	97,85	100,00
Té sanitat pública i privada	<b>32,80</b>	<b>12,58</b>	<b>35,73</b>	<b>18,82</b>	<b>29,95</b>	<b>3,79</b>	<b>37,77</b>	<b>9,74</b>	33,95	29,27
Té metge habitual	<b>90,42</b>	<b>79,87</b>	<b>89,11</b>	<b>77,42</b>	<b>91,70</b>	<b>83,33</b>	<b>89,96</b>	<b>77,90</b>	91,59	87,80
<b>Modalitat metge de capçalera (MG)</b>										
MG de Seguretat Social	<b>89,51</b>	<b>98,54</b>	<b>90,35</b>	<b>99,35</b>	<b>88,72</b>	<b>97,50</b>	87,87	100,00	89,09	89,19
MG per mútua obligatòria	2,28	0,00	2,08	0,00	2,46	0,00	2,27	0,00	2,80	0,00
MG privat	<b>8,22</b>	<b>1,46</b>	<b>7,57</b>	<b>0,65</b>	<b>8,82</b>	<b>2,50</b>	9,87	0,00	8,11	10,81
<b>Visites els darrers 12 mesos</b>										
Qualsevol servei o professional sanitari	<b>88,00</b>	<b>73,90</b>	<b>83,98</b>	<b>70,97</b>	<b>91,89</b>	<b>78,03</b>	<b>84,99</b>	<b>71,54</b>	88,20	85,37
Metge d'MG	<b>73,35</b>	<b>64,15</b>	<b>69,50</b>	<b>62,37</b>	<b>77,09</b>	<b>66,67</b>	65,97	61,80	74,20	73,17
Nombre de visites al metge d'MG ( $\bar{x}$ )	4,83	4,78	4,28	4,05	5,30	5,66	3,69	4,39	5,01	5,84
Visita a qualsevol especialista	<b>70,91</b>	<b>45,60</b>	<b>62,15</b>	<b>37,10</b>	<b>79,39</b>	<b>57,58</b>	<b>67,45</b>	<b>43,45</b>	<b>73,68</b>	<b>56,10</b>
Psiquiatre	<b>4,71</b>	<b>1,57</b>	3,65	1,08	5,73	2,27	<b>4,15</b>	<b>0,75</b>	6,13	4,88
Infermera	<b>19,30</b>	<b>9,75</b>	<b>17,92</b>	<b>6,99</b>	<b>20,63</b>	<b>13,64</b>	<b>14,35</b>	<b>8,24</b>	19,04	17,07
Urgències	29,73	31,45	27,54	30,65	31,86	32,58	32,42	30,34	25,15	34,15
Nombre de visites a urgències ( $\bar{x}$ )	<b>1,64</b>	<b>1,94</b>	<b>1,54</b>	<b>1,89</b>	1,73	2,00	<b>1,60</b>	<b>2,05</b>	1,63	1,36
Hospitalització	9,24	7,23	<b>7,86</b>	<b>2,15</b>	10,58	14,39	6,63	7,49	8,12	4,88
Nombre de dies hospitalitzat ( $\bar{x}$ )	7,87	5,74	9,26	7,25	6,86	5,42	5,50	5,20	6,69	12,50
Hospitalització per part	<b>38,90</b>	<b>63,16</b>			<b>38,90</b>	<b>63,16</b>	48,06	63,16	0,00	0,00

En negreta i vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$ . Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2.  
Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 06

TAULA 5.4.2: ACCÉS I ÚS DELS SERVEIS DE SALUT (EN %). ESCA 06

	Homes		Dones		15 a 44 anys		45 a 64 anys			
	Autòctons	Magribins	Autòctons	Magribins	Autòctones	Magribines	Autòctons	Magribins		
	n = 14.704	n = 318	n = 7.236	n = 186	n = 7.468	n = 132	n = 6.943	n = 267	n = 4.271	n = 41
<b>Fàrmacs</b>										
Algun medicament (fa 2 dies)	<b>63,18</b>	<b>51,51</b>	<b>53,77</b>	<b>32,80</b>	<b>72,30</b>	<b>53,79</b>	<b>46,18</b>	<b>37,08</b>	<b>68,13</b>	<b>61,00</b>
Automedicació	<b>12,91</b>	<b>8,18</b>	<b>11,10</b>	<b>6,45</b>	14,66	10,61	<b>16,48</b>	<b>7,87</b>	12,10	7,32
Herbes per a la salut (fa 2 dies)	4,21	3,14	2,67	3,22	6,09	3,03	3,23	2,25	5,08	4,88
<b>Darrers 15 dies</b>										
Problemes de salut no consultats	6,33	5,97	4,85	5,38	7,77	6,82	6,76	5,62	7,02	2,44
Motiu no consulta										
Treball	17,58	26,32	19,37	30,00	16,49	22,22	23,29	26,67	15,49	100,00
Accessibilitat	3,02	5,26	1,99	10,00	3,65	0,00	1,07	6,67	2,69	0,00
Lleu o solucionat per altres vies	73,68	68,42	71,79	60,00	74,83	77,78	70,30	66,67	76,43	0,00
Altres	5,72	0,00	6,84	0,00	5,03	0,00	5,34	0,00	5,39	0,00
<b>Opinió sobre el sistema de salut</b>										
Funciona bé. Necessita petits canvis	<b>30,05</b>	<b>54,04</b>	<b>31,59</b>	<b>50,60</b>	<b>28,57</b>	<b>59,62</b>	<b>25,87</b>	<b>55,26</b>	<b>26,49</b>	<b>47,22</b>
Necessita canvis fonamentals	<b>61,92</b>	<b>42,28</b>	<b>60,35</b>	<b>46,43</b>	<b>63,43</b>	<b>35,58</b>	<b>64,78</b>	<b>41,23</b>	65,38	50,00
Malament. Caldria refer-lo	<b>8,03</b>	<b>3,68</b>	<b>8,06</b>	<b>2,98</b>	8,00	4,81	<b>9,35</b>	<b>3,51</b>	8,12	2,78
Satisfet amb els serveis sanitaris utilitzats	<b>83,55</b>	<b>91,84</b>	<b>83,56</b>	<b>90,00</b>	<b>83,55</b>	<b>94,29</b>	<b>81,21</b>	<b>92,50</b>	82,31	88,89

En negreta i vermell els parells amb diferència significativa  $p < 0,05$

Per al contrast de freqüències no s'han considerat els parells amb freqüències inferiors a l'1 % o amb suma de ponderacions inferior a 2

Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 06

Pel que fa al perfil d'ús de les pràctiques preventives analitzades, totes elles se segueixen menys entre el grup estudiat que entre el grup d'autòctons. La diferència es manté quan les dades es desagreguen per sexes. Ara bé, en comparar per grups d'edat, s'observa que els dos grups etaris es comporten de manera diferent. Al grup que va dels 15 als 44 anys deixen de ser significatives les diferències relatives a la vacunació de la grip i mesura de la tensió arterial, i es mantenen les diferències en el control del colesterol, i les mamografies i citologies periòdiques, amb diferències força importants en aquesta darrera pràctica. En canvi, pel que fa al grup de més edat, s'escurcen les diferències i només es mantenen significatives la mesura del colesterol i el control de la tensió arterial.

Tant els homes com les dones magribins han consultat en menor proporció que els autòctons algun professional sanitari en els darrers dotze mesos. En comparar per grups d'edat, aquesta diferència persisteix en el grup de 15 a 45 anys, que utilitza significativament menys els serveis de salut que no pas els autòctons del mateix grup d'edat (0,7150 vs 0,850), mentre que això no passa si ens fixem en el grup dels que tenen entre 45 i 64 anys, amb probabilitats més semblants i sense significació estadística. El percentatge d'usuaris que els darrers dotze mesos van acudir al seu metge de capçalera és diferent si comparem les dades globals i desagregades per sexe. En concret, els usuaris magribins d'aquests grups van acudir menys que els autòctons del mateix grup al metge de capçalera o medicina general. En canvi, les proporcions s'assemblen força i deixen de ser significatives si els resultats es desagreguen per edats. La probabilitat de ser visitat per un especialista és notablement inferior entre els magribins de tots els grups comparats. Quant a la visita amb les infermeres, passa una cosa semblant i les probabilitats dels magribins d'acudir a la consulta d'infermeria respecte a la dels autòctons són notablement inferiors en tots els grups comparats, llevat del de major edat, en què es troben percentatges molt semblants. El percentatge de magribins que va anar al psiquiatre en els darrers 12 mesos és inferior i significatiu en la comparació global i en la del grup dels 15 als 44 anys. No hi ha diferències pel que fa a les consultes urgents i l'hospitalització, si se n'exclou l'hospitalització per part, que és superior entre les dones magribines. Si el que es mira és la freqüència d'ús dels serveis, cal dir que, entre els que van fer ús del servei, no hi ha diferències entre la mitjana de dies que van anar al metge de medicina general o capçalera, ni tampoc en la mitjana dels dies d'hospitalització entre els que van ser hospitalitzats. En canvi, la mitjana de visites a urgències entre els que hi han anat és significativament superior en els usuaris magribins d'entre 15 i 44 anys, els homes i el global dels grups comparats.

No hi ha diferències estadísticament significatives en el percentatge d'usuaris que van deixar de consultar problemes de salut en els darrers quinze dies, com tampoc n'hi ha en la distribució dels motius pels quals no es va fer la consulta, tot i que per tal de poder fer les comparacions i degut a la mida mostral del grup de magribins, les dades s'han hagut d'agregar força i les opcions de resposta no permeten discriminar gaire.

El consum de fàrmacs en els darrers dos dies és inferior entre els magribins de tots els grups comparats. En conjunt, els magribins s'automediquen menys que els catalans. La significació estadística d'aquesta diferència persisteix per als homes i per al grup d'edat més jove. En cap dels grups comparats no s'han trobat diferències significatives quant al consum d'herbes medicinals.

#### **5.4.2.2. Salud, dinero y amor... per aquest ordre?**

La salut i l'accés als serveis de salut no s'han evidenciat com a prioritaris si es comparen amb altres necessitats com l'accés als recursos econòmics, el manteniment del treball o la regularització de la situació legal al país. Del relat dels testimonis es pot extreure que d'entre els factors que determinen aquesta jerarquia hi ha, sobretot, la sensació que el dret a la salut és fàcil de satisfer i molt sòlid: «la concepción que tienen [es] que... “cuando vuelva ya me arreglarán todo. Sí, como yo tengo un derecho a la sanidad, pues... no tendré problema”» (E18. Mediador, home), mentre que expressen el seu temor a perdre la feina si es veuen obligats a absentar-se del lloc de treball o si donen mostres d'estar malalts: «teme que el jefe le eche y a lo mejor no está consciente del todo de lo que padece aquél usuario, que pueda... o que él esté en cama o que esto le obstaculice y que no podrá trabajar del todo» (E18. Mediador, home).

La percepció d'accessibilitat del sistema de salut enfront de la dificultat per resoldre altres qüestions administratives com ara la tarja de residència o el permís de treball, fa que, en cas de conflicte, l'usuari decideixi prioritzar els tràmits administratius per sobre d'intervencions de salut previstes, des de la convicció que les conseqüències que comporta deixar d'acudir als serveis de salut són menys importants que no pas les que es deriven de deixar d'acudir a cites per solucionar problemes administratius, en tant que tenen major repercussió en el gaudi de drets:

[...] el tema de la residencia, de los papeles, por lo visto prima a lo de la... a lo de la salud, cualquier gestión administrativa respecto a la salud pues, pues... dice: «lo que a mí me interesa pues... primero los papeles» (E18. Mediador, home).

La consideració de la salut com a assumpte no prioritari, o si més no subordinat a l'economia, queda molt clara quan en ser preguntats els testimonis per canvis en el sistema de salut per tal de millorar-lo o millorar-ne la seva experiència de relació, el que proposen són canvis econòmics:

-Para nosotros sí, va la cosa muy bien, yo me parece que tiene todo.

P: ¿No se puede mejorar?

-Sí, está mejorando ¿sabes? Me parece que está bien, no...

P: ¿No necesitáis nada?

-Necesitamos trabajo e levantar un poco España pa encontrar... de trabajo, porque la cosa va muy mal, eh...  
Un montón de gente no encuentra trabajo e van a su país.

-Trabajar [totes en murmurj] (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

Una interpretació d'aquestes declaracions ens permet derivar-ne, implícitament, diverses suposicions. La primera: que es veuen amb bona salut i no pateixen gaire per la possibilitat d'haver de fer ús del sistema sanitari. Les usuàries reclamen el dret a guanyar-se la vida i sembla que estableixen un lligam lògic entre benestar econòmic del país i prestacions del sistema. Al final de la declaració s'hi pot llegir entre línies la por al fracàs de l'empresa migratòria i el temor d'haver de tornar a casa.

Malgrat tot el que s'ha dit fins ara, la salut ha estat valorada com a prioritària si es compara amb altres circumstàncies no directament relacionades amb el treball, l'economia o la situació legal al país. Per exemple, tot i que bona part dels entrevistats han reconegut que si poguessin triar el sexe del professional de la salut que els ha d'atendre es decantarien per un professional del mateix sexe, sobretot pel que fa al ginecòleg, tot adduint el pudor que senten a mostrar el cos despulat i a parlar de qüestions relatives al sexe:

-Diu, per exemple, que lo que els agradaria molt, és per exemple que aquí, les visites de les infermeres, que per exemple als hospitals o quan te miren a baix, el ginecòleg i tot això, que fossin més aviat dones, perquè tenen molta vergonya i... i que això els agradaria molt.

P: És perquè tenen vergonya?

[Riuen i assenteixen. Totes]

P: Alguna vegada ho heu demanat?

-No.

P: Ho voldríeu demanar?

-Sí, diu que sí. Ella, per exemple... diu que, per exemple, hi ha amigues seves que ho demanen, que els hi donin infermeres... i els hi diuen que no n'hi ha, per exemple al ginecòleg, potser és veritat que no n'hi ha i que només hi ha homes ginecòlegs, que al fi i al cap no n'hi ha, però a elles –és lo que diuen– els agradaria molt que hi hagués dones... (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

Tant homes com dones admeten que aquesta és una qüestió secundària si es compara amb el valor de la salut i la importància de rebre una atenció segura:

Diu que una vegada li van fer una ecografia a la seva dona i ell hi va anar. Era un home i no li va agradar gaire que ho fos, però no va dir res. I si fos per a ell, preferiria més que fos un home, el seu metge. I si van a urgències, encara que prefereix una dona, el que vol és que la vegi un metge i que la curin. En aquest cas, la salut és el més important. (EI6. Usuari, àrab).

Fa un escàner... ha fet una ressonància magnètica, toda, toda... només les calces. I ha vingut el metge... li va tocar els pits i no passa res, no va a anar amb un mocador fins als peus (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Amb tot, i per bé que alguns informants accepten com una cosa normal el fet de ser atesos per metges o metgeses, infermers o infermeres, tant se val si són homes com dones, perquè entenen que l'actuació de la persona és professional, també n'hi ha que en ser requerits per l'entrevistadora a fer peticions al sistema, demanarien poder disposar de professionals del mateix sexe:

-[un dels nois]. Necesitamos de couple, de mujer y de hombre. Hombre para los hombres, mujer para mujer. No puede explicar mujer para hombre [es refereix al mediador].

P: ¿Todos comparten esta idea?

-Sí, sí. Hombre con hombre, mujer con mujer [ho diuen varies dones].

P: ¿También para los médicos?

-Sí... yo lo conozco, mi vecino de que no puede dejar su mujer de va en un médico, él prefiere de va al mujer médico.

P: ¿Todos comparten esta idea?

[El grup riu i afirma]

P: ¿Lo piden?

-No, ahora normal, que hombre, que mujer [una noia]. Sí, normal.

-[el noi que ha encetat el debat] Para ti, mejor doctora...

-[la noia respon] Es igual.

-[el noi, altre cop] Mejor doctora. Que tiene pañuelos: mujeres. Que tiene no pañuelo... doctores.

-[una altra noia] Yo prefiero una mujer, pero tengo un hombre, estoy bien y lo acepto (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Sigui com sigui, aquest és un aspecte de les preferències de l'usuari que no és unànime i sobre el qual es mostren actituds diverses. Alguns usuaris saben del seu dret a triar el professional i l'exerceixen:

Ella, ella... és l'única que... que ella, per un ginecòleg, necessita una dona, encara que es tardi set mesos, espera set mesos, perquè diu que li fa vergonya. A dalt, no passa res, però a baix, li da una mica de cosa. És vergonya, sí, no és una altra cosa (GF10. Dones, domini lingüístic baix).



D'altres voldrien demanar un professional del mateix sexe, però com que no estan segurs de tenir-ne el dret, no ho fan. Ho explica un usuari en parlar d'un dels parts de la seva dona: «Diu que quan ha entrat i ha vist que totes eren dones s'ha quedat tranquil. No ho ha demanat perquè no sap si té el dret, però no li agrada que siguin homes perquè és millor que ell sigui l'únic home que vegi despullada la seva dona» (E16. Usuari, àrab). I n'hi ha que, ni tan sols s'ho plantegen perquè consideren la salut una prioritat: «Ella dice necessita només curar-se. Le da igual que sea home o dona» (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Preguntats els mediadors sobre l'exigència d'usuaris i usuàries a ser atesos per un professional del mateix sexe, tots ells, sense excepció, diuen que malgrat que s'hi han trobat alguna vegada, no és aquest un fet que passi sovint, si més no, no tant com perceben que es parla al carrer:

¿En los hospitales? siempre cuando... cuando son problemas puntuales así, puede que haya uno entre cien, pero este uno se convierte en cien, porque son cosas, eee... la gente le gusta a veces el morbo, puede que ha pasado una vez y luego dice que siempre pasa y yo por ejemplo pues... Mi tal, hmm... durante, durante todos los dos años, un caso... un caso, porque si hubiese pasado y tal, hmm... lo hubiese sabido. En el centro de trabajo ha sido un caso (E18. Mediador, àrab).

I és que no sembla que aquesta exigència sigui gaire habitual als sistemes sanitaris d'origen, perquè –diuen– allí no es pot triar:

-És que imagina't, el temps de mediadora, jo no m'he trobat cap cas. Cap dona m'ha dit que vull una dona. No l'he trobat. Hi ha algunes que diuen jo vull un metge. Amb mocador i tot i diuen: «jo vull un metge!» Potser ha hagut algun cas? Sí, però... jo no l'he trobat mai. Potser, bueno... hi ha hagut algun cas alguna vegada... és que al Marroc hi ha metges! A Casablanca, el millor metge a Casablanca, que és ginecòleg, per agafar cita... –és privat, eh– i per agafar cita dóna per un mes i és un home. És que els primers metges eren homes, no metgesses. [...]

P: I els homes, es mostren reticents? Els marits diuen alguna cosa?

-No, no m'he trobat mai. Que no la visiti una dona? No, no, no m'he trobat mai (E111. Mediadora, àrab).

Sí que existeixen aquests casos que diuen que no, que una dona ha de ser visitada per una dona. I amb homes també. Però... jo vull fer una cosa, això no és el cas del general, perquè això al Marroc, no existeix això. Si vols anar al metge i que et visiti una dona, pues vas al privat, pagues, i que et visiti una dona. Això al públic, si vas i dius no, vull una dona, te quedaran mirant així... [amb eStranyesa], perquè jo crec que aquí troben una mica de llibertat, saps? De llibertat d'escollir, pues, abusen... crec (E19. Mediadora, àrab)

Aquesta darrera declaració dóna a entendre que hi ha usuaris que fan un mal ús dels drets de què gaudeixen com a persones, potser acostumats com estan a no tenir-ne gaires, de drets. Seguint aquesta mateixa idea, una altra de les mediadores insinua que alguns usuaris magribins juguen a plànyer-se davant d'un interlocutor que, de vegades, és massa paternalista amb els immigrants, amb el resultat que, al capdavall, en surt perjudicat tot el col·lectiu. Vegeu com critica l'exigència de professionals d'un determinat sexe. Tot i que està a punt de desmuntar la justificació religiosa d'aquesta demanda, se'n va d'una cosa a l'altra i acaba

sense fer-ho, però deixa clar que, pel bé de tots, s'ha d'exigir a l'usuari la responsabilitat en el gaudi del drets. El correlat del deure:

Entonces no tenemos que también... hacernos daño a nosotros mismos, que esto no nos va a ayudar. Y la religión, según la religión –esto no lo digo yo– pero también con los hombres que vienen con esta actitud entro con ellos, porque me siento un poco fuerte porque ni es mi marido, ni mi hijo, ni mi hermano, ni mi padre... y aunque sea así se lo voy a decir, porque le hablo con la lógica, no con... con, con... eem... no estamos aquí para que nos den todas las facilidades, si no esto va a ir en contra de nosotros, en contra de la gente que está, que está agradecida por cualquier gesto de bondad y por cualquier eem... buen trato, el mínimo, ¿vale? (E112. Mediadora, àrab).

Per altra banda, hi ha una altra circumstància en què, si es dóna el cas, la salut és preeminent, i és la que es refereix al dret dels nens a anar a escola. Per bé que els pares expressen la voluntat que els seus fills no faltin a escola per haver de fer de traductors de pares i altres familiars, i proven de conciliar ambdues activitats, sempre es pot donar el cas que els nens no puguin anar a classe perquè tenen obligacions que no poden defugir, com ara la de fer de traductors entre els seus familiars i els professionals de la salut. Una de les participants en un grup focal ho explica així:

Sí, sí, muchas veces ha necesitado su hija de acompañar al médico e algunas veces deja de ir al cole para ir con ella. Su hija le dice que deberían poner alguna marroquina que porti al metge, porque ella podrá ir a l'escola (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

### 5.4.2.3. Sobre els perquè d'abstenir-se de cercar atenció

Hi ha altres raons que interfereixen amb l'accés efectiu als serveis de salut, no relacionades amb la consideració de la salut com una qüestió no prioritària, i són les que es deriven de les dificultats per expressar-se i comunicar-se l'usuari amb els professionals. Hi ha força testimonis que parlen de l'abstenció de cerca d'atenció per manca de disponibilitat d'ajuda en la traducció. Quan això passa, l'usuari decideix no acudir als serveis de salut, malgrat tenir-ne necessitat, a causa de dificultats en el maneig de l'idioma: «El problema idiomático, porque hay muchas circunstancias ¿no? muchas circunstancias que tú quieres ir al médico y no hay nadie para acompañarte, y por problema idiomático dejas de ir» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Segons expliquen usuaris i mediadors, entre les circumstàncies que fan que alguns usuaris no disposin d'ajuda per a la traducció, hi ha una barreja d'amor propi i vergonya d'haver de demanar una cosa així:

Es más fácil para una mujer sencilla, pedir mis servicios, que para una mujer con estudios. Sí, sí. Y esto lo comentamos entre nosotros los mediadores, que F. también me comenta cosas de estas y bueno... quedamos en que los que pierden son ellos, que... o a lo mejor hasta... que no encuentren salida vienen y te preguntan de una manera que no es la adecuada, también, con superioridad: «Que yo lo entendía, pero si acaso te quiero, quiero que me expliques según tu punto de vista» (E112. Mediadora, àrab).

El desajustament entre l'oferta limitada del servei de traducció que ofereixen les institucions i les necessitats de traducció. Ho explica una medidora:

Jo crec... la meua experiència... jo treballa mitja jornada... i jo crec que no... que no és suficient... quantes vegades he hagut de vindre... per la tarda... i jo per la tarda no... [no treballa] i he hagut de venir... (E19. Medidora, àrab).

I la manca de proactivitat en l'oferta del servei de traducció-interpretació, que fa que alguns usuaris no s'assabentin de l'existència del servei o se n'assabentin casualment:

Diu que va conèixer el H. [el mediador] al Govern Civil. Ell [l'usuari] li va fer una pregunta i l'altre li va explicar que feia de mediador al CAP. Després es van donar els telèfons i un altre dia que va anar al CAP va preguntar per ell, i així va ser... (E16. Usuari, àrab).

I que alguns professionals no detectin la necessitat de traducció i no la demanin malgrat disposar del servei i trobar-se amb situacions en què seria necessari. Aquest és el cas d'una acompanyadora no professional que va ajudar a informar els familiars d'una pacient magribina en situació crítica:

Però vull dir, mira... aquí jo és que em vaig sentir molt bé d'haver anat allà, perquè dic, mira... el pare pobre [el pare de la pacient] no tenia ni idea de castellà i moltes vegades els metges també han de saber que diuen que... que ells [els usuaris magribins] diuen que sí, que sí, però que no ho entenen [...] però després, al cap d'un temps, me vaig enterar que a l'hospital hi havia un infermer o un metge que era marroquí, que els explicava com havien de fer el tractament i tot (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Són molts els usuaris magribins que expressen la seva dependència d'un traductor: «Sempre van amb un traductor, que sea una amiga, una germana, veïna... els fills...» (GF10. Dones, domini lingüístic baix). Aquesta dependència constant contribueix encara més al desajustament entre la disponibilitat de traductors o acompanyadors informals i les necessitats de traducció. Tot plegat, la dependència d'un altre per entendre's amb els professionals, l'oferta limitada de traductors i la manca de proactivitat en l'oferta del servei de traducció dirigeix la demanda d'ajuda cap als acompanyadors informals, amb el consegüent risc de cansament per sobrecàrrega que això comporta. L'usuari n'és conscient i, altre cop, decideix abstenir-se de buscar l'atenció que necessita:

[...] diu que a vegades té dolor o alguna cosa que es troba malament i, moltes vegades, com que no troba qui... qui l'acompanyi al metge... es queda amb el dolor, entens? Perquè moltes vegades, també li sap greu, demanar-ho, perquè jo [la traductora de la reunió parla d'ella mateixa] he acompanyat molt a les dones, però... a vegades et sap greu, demanar-ho (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

L'abstenció de cerca d'atenció no sempre es dona en problemes banals. De vegades es tracta de problemes que requereixen tractament i que podrien complicar-se si es deixessin evolucionar. Una de les usuàries entrevistades explica com es va trobar amb un cas d'aquesta mena i com va decidir prendre la iniciativa per tal que la persona malalta –un nen– rebés l'atenció que necessitava:

[...] a l'escola em vaig trobar un nen petit amb la seva mare –que havien arribat fa poc del Marroc– amb l'orella infectada de veritat i li dic a la seva mare: «què li passa a la orella?» –perquè m'hi vaig fixar– i diu: «doncs que la té infectada i el meu home està al Marroc» –perquè el seu home va allí i torna– i diu: «tinc el meu germà aquí, però ell no...» –diu– «a ell no li puc dir...» perquè també li sap greu, li fa vergonya. I li vaig dir: «va, anem, t'agafo hora». I ens van visitar per urgències. Però vull dir... imagina't, si aquesta dona aprèn a parlar, pot anar i comprar-li el medicament, no esperar fins que vingui l'home, fins i tot la vaig acompanyar a la farmàcia, vam anar a comprar els medicaments... m'entens? (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Un altre factor determinant en la decisió d'abstenir-se d'acudir als serveis de salut és la por. La por que se'ls recrimin la manca de coneixement de la llengua:

«Diga-li que estudiï, que això no pot ser...» i portava menos d'un any. No era dos anys o tres... portava poc temps... i és normal. Home... què ha de fer? Quedar-se a casa? I això fa que... que els pacients no acudeixen per por de la reacció del metge, saps? Perquè... a vegades... «Oh!, que ha d'estudiar, això no pot ser...» i clar, potser és la seva manera de parlar, però per al pacient això és... ui, això m'estan... no estic bé, no estic a gust... i això fa que no, que no acudeixen (E19. Mediadora, àrab).

La por que els cobrin un servei que no poden pagar:

No, no... este ahora quiere visitar la pierna que tiene mal y dice que tiene miedo que le dicen que pagar la radiografía o algo. Es que como en Marruecos si et fas una radiografía o un escáner es pagando, piensa que aquí es lo mismo (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

I la por que se'n descobreixi la situació legal. Acudir al metge augmenta la sensació de vulnerabilitat dels «sense papers» perquè senten que fa més visible la situació irregular en què es troben i, per tant, els augmenta el temor a ser descoberts. Aquest fet, afegit als problemes per comunicar-se i a les dificultats econòmiques per què passen alguns usuaris, fa que la demanda d'atenció sanitària es vegi com a inútil a més de perillosa:

-Él te ha dicho que él tienes [té] miedo de te va [d'anar] en el médico porque no tienes papel. Él te ha dicho que antes de venir en España, trabajaba en el campo y tenía problemas de rodilla y aquí alguna vez duele y no pensar de va al médico porque él tienes miedo. Tiene miedo de va [d'anar] el médico porque él no tienes papel.

P: ¿Qué piensa que hará el médico?

-Él te ha dicho que si fue el médico [que si va al médico], no lo puede entender, ni te explicar e no tienes papeles... e no hacer nada... mejor no... porque hay mucha gente que no tiene papeles, tiene todo el miedo que salen a la calle o al médico... e si... te va al médico, él mandar un papel del médico [prescripció d'un fàrmac] e inmediatamente él no puede comprar, pero es no problema del médico. Que no tiene trabajo, que no tiene nada de comprar ropa e medicamento o algo (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Per tal com s'expressa l'usuari, no fa explícit que tingui por de ser denunciat pel professional de la salut, no obstant això, sí que dóna a entendre que la situació irregular demana una certa prudència pel que fa a la vida pública. A més a més, la situació irregular d'alguns dóna lloc a

dubtes sobre l'exercici del dret a la salut, dubtes que evidencien un coneixement distorsionat del sistema o, si més no, una certa confusió sobre com accedir a l'atenció sanitària:

-Él tienes [em]padronamiento, pero hay una problema ¿que esto es verdad o no? Ahora, para coger una visita con el médico, necesitas de pagar algo antes ¿o no? Hombre, te [me] ha dicho un chico [que] trabaja en la farmacia que ahora necesitas de pagar una... 58 euros antes de él pasa en la visita con el médico si no tienes algo de el seguro, o no sé... alta, o no sé... en el paro o... si el papel...

P: ¿Tiene tarjeta sanitaria?

-No tiene tarjeta. Solo fotocopia del pasaporte y empadronamiento. Ya está (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Finalment, els problemes per absentar-se de la feina o per trobar un horari que permeti la consulta fora de l'horari laboral, també han estat citats com una de les causes que motiven l'abstenció de cerca d'atenció:

No, jo estic ara mateix a l'atur. Sí he treballat, sí. Sí, he tingut sí, la veritat que sí, amb el... perquè depèn de quin horari pues no he pogut anar, perquè a lo millor li dius mira, i et diuen que només treballa de nou a una aquest especialista i tu tens que fallar al treball per poder, per poder, que et vegin aquell dia. I sí que he tingut la veritat, quan estava treballant sí que he tingut dificultat.

Sí, normalment pos sempre he tingut que retardar més a la faena, o trucar al jefe i dir-li que avui pos no podré vindre a veure si em pots canviar l'horari però que sempre sí he tingut... De vegades sí, depèn de quin dia si han tingut més faena, perquè jo sempre he estat treballant a lo que és el món de l'hosteleria, i si he tingut més faena aquell dia o aquella hora si és al migdia on hi ha més... on hi ha menjars, doncs clar, ja no és lo mateix que quan ho agafes a les nou del matí que no hi ha ningú (EI3. Usuària, àrab).

La declarant no dóna a entendre que s'hagi sentit pressionada per les hipotètiques conseqüències d'absentar-se de la feina per poder visitar-se, més aviat ho planteja com una qüestió de flexibilitat per les dues bandes, la de l'empresa i la dels serveis de salut. Ara bé, també és cert que hi ha qui ha sentit que li perillava la feina si havia de sortir per anar al metge. Potser perquè sent que l'empresari no vol un treballador que estigui malalt:

Sí, sí trabajando, sí. El turno de la noche. Mi trabaja el turno de la noche e a 3 de la noche tengo mucho... duele de cabeza, ¡mucho! Un trabajador sube en la oficina, saca una pastilla él da un poco e tengo miedo de... de... de ir al médico, porque si fue al médico me saca del trabajo (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Potser perquè temen que l'empresari no es prengui bé el fet que s'absentin de la feina per acompanyar algun familiar i, finalment, els n'acabi fent fora. Heus aquí el cas d'un nen magribí que va faltar dues vegades a una cita programada per a intervenció quirúrgica pel fet que els seus pares, que treballaven tots dos, tenien por de ser acomiadats si el portaven a operar-se: «Porque la mujer también trabajaba y trabajaba y... y por no, no, no faltar al trabajo, por no mm... para no perder el trabajo entonces lo hacían para... y no veían que su hijo tenía un problema muy grave no... » (EI12. Mediadora, àrab).

#### 5.4.2.4. Aprendre a «anar al metge»

Tot i que alguns usuaris i mediadors han reconegut l'existència d'iniciatives formals de formació de l'usuari en el funcionament del sistema de salut –«A ver, normalmente hay sesiones de acogida, hay sesiones de acogida a nivel del ayuntamiento... pero claro, no todos los nuevos llegados lo saben, la verdad que... lo que más funciona es boca oído» (E11. Mediadora, àrab)–, la principal via d'accés als coneixements sobre utilització del sistema és la divulgació informal del boca-orella. L'usuari nou és instruït en l'ús dels serveis de salut per altres usuaris «experts» –el marit, veïns, companys de feina, etc.–, de manera que els errors i malentesos sobre el sistema es van transmetent i perpetuant de generació en generació de nouvinguts, i els rumors cauen en terreny abonat per créixer i agafar aires de veritat: «perquè la majoria diuen “és que aquí ens donen molts d'anàlisis això és para, para vender la nostra sang, les nostres sangs” eee, m'entens?» (E110. Mediadora, berber).

Vegeu, a tall d'exemple, com un usuari explica la manera com el col·lectiu de magribins aprèn a utilitzar el sistema:

Ella dice: «sus maridos», [y] si no son sus maridos, cualquier gestión administrativa pues... de unos a otros, y lo mismo ellos, pues cuando han hecho este trámite vienen otros y le preguntan: «¿oye cómo habéis hecho? ¿dónde habéis ido?» «pues hay que ir a tal tal...» y ellos mismos explican y ayudan, hacen una cadena (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

Vegeu, també, la confusió que comporta l'aprenentatge informal sobre drets i deures en la utilització dels serveis de salut:

Una idea muy importante: los extranjeros ilegal ¿él tienes la mismo derecho que los legales al médico? por qué mi de conoce de alguien que tienes miedo de reclamas o algo porque no son papeles ¿por qué? ¿Tienes la mismo derecho? ¿Puede reclamar o no? Porque la mayoría tiene miedo de reclamar (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

El desconeixement sobre les regles de funcionament del sistema pot crear expectatives errònies sobre prestacions no incloses o mal gestionades així com una utilització inadequada dels canals de comunicació amb l'administració. Un dels entrevistats, pare d'un gran discapacitat, explica la seva incomprensió davant una actuació del sistema que no entén i que, evidentment, està afectant el benestar del seu fill. El relat mostra, també, una actitud passiva de l'usuari –es limita a esperar– davant d'una necessitat sentida:

-Ellos, lo que entendieron de la doctora que estaba, es que al K. le toca eee... tres meses al año [de rehabilitació a domicili] y él no sabe si ahora... [es] que no le toca nada y que es una información errónea o le toca algo. No lo sabe. En principio, antes venía, venía la enfermera de rehabilitación pues a casa pues a hacerle eee, o sea, la rehabilitación, y este año se extraña... se extraña, y ya casi hace un año que no... [...]

P: ¿Han preguntado por qué?

-Avisar a la doctora... a la doctora del paciente y tal y le han dicho pues vale, ya veremos... y no les han dicho nada más.

P: ¿Cuánto tiempo hace?

-Ha sido el año pasado, el año pasado cuando terminó lo de la rehabilitación (EI5. Usuari, àrab).

Per altra banda, però, l'accés informal als coneixements proporciona una altra mena de sabers als quals només s'hi pot arribar per aquesta via, com ara valoracions sobre professionals o aspectes pràctics de la relació amb el sistema que, altrament, costarien molt d'assolir:

[...] si surten al parc ho parlen, entens? A qui has de demanar hora, a qui pots visitar-te, el ginecòleg també s'enteren qui ve. Abans, per exemple, no venia aquest ginecòleg, doncs parlen entre elles i es van assabentant de tot –diguéssim– lo que passa una miqueta. Per exemple ve un dia a la setmana llavors pots demanar hora, entens? ara s'enteren per exemple que hi ve dos, vénen dos i a totes els hi agrada un, entens?, els hi agrada un, de l'altre parlen molt malament, d'ell, i saben si visita o pels matins o per les tardes, entens? (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

De tota manera, convé tenir present que igual que es transmeten els coneixements –i desconeixements– sobre el sistema, també es transmeten les experiències d'iniciació en l'ús dels serveis de salut. Així doncs, l'accés a iniciatives formals d'instrucció en l'accés i el gaudi de l'atenció a la salut és comunicat a les noves generacions de nouvinguts, amb el valor que es tracta de l'experiència d'algú pròxim i de confiança:

P: Qui us ha ensenyat a anar al metge?

-Una associació de Vilafranca. Diu que le han aconsejado que vaya a la asociación.

P: ¿Cómo contactaste? ¿Quién te dijo que fueras allí?

-Gente. La gente que vino antes (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

Els dèficits en el coneixement del sistema de salut per part de l'usuari magribí afecten el perfil d'ús d'aquest usuari, tot provocant interrupcions i distorsions del procés assistencial que es demostren amb la falta de respecte als compromisos assumits com ara cites concertades o derivacions a especialistes i, per altra banda, la reiteració de visites i altres actes sanitaris:

M'he trobat moltes vegades que diuen a una embarassada: «vés a l'endocrino». Ella no sabia l'endocrino ni res i no hi va perquè no saben. I no fan els tractaments bé. I això, què fa? dificulta la feina. Hi ha una llista d'espera i es fa la feina dues vegades o tres. Si aquesta persona ha sortit de la consulta que entén tot, no vindrà un altre dia. Perden el temps allà fent tot, tot, tot. La persona no fa res d'això, surten i van amb uns informes sense derivar-los o sense entregar-los, sense res. Tornen a la consulta i és una feina repetida (EI11. Mediadora, àrab)

La utilització inadequada dels recursos com ara la freqüentació a urgències per problemes no urgents és una altra demostració de com el dèficit de coneixements afecta el perfil d'ús de l'usuari magribí:

M'he trobat una senyora que diu que «jo sempre va d'urgències, no he agafat mai una cita». I per què? Diu: «Jo, a mi, vinc i me la donen». Perquè mai l'han informat, ve d'urgències i ja està...

P: No l'han informat que té un metge de capçalera...?

Sí, sí... no sap que té un metge de capçalera i sempre ve quan... (E11. Mediadora, àrab).

De tot el que han dit els informants, es pot resumir que l'accés informal als coneixements sobre el funcionament del sistema com a única via i, en general, el dèficit de coneixements sobre aquest tema, comporta equívocs en l'exercici dels drets i el compliment dels deures, inseguretats en els tràmits i maneres de relacionar-se amb les institucions i professionals de la salut, decepció per expectatives insatisfetes, i una utilització ineficient dels serveis, que es concreta en la reiteració de visites i intervencions de salut, interrupció de processos diagnòstics i terapèutics, manca de respecte als compromisos assistencials adquirits i utilització inadequada dels recursos assistencials.

#### 5.4.2.5. Maneres de fer

Ara bé, el desconeixement de les regles de funcionament del sistema no és l'únic factor que determinarà el perfil d'ús de l'usuari magribí. També, tal com passava amb l'accés, hi ha la capacitat d'expressar-se i entendre's amb els professionals així com l'experiència prèvia d'atenció a la salut en el país d'origen. Pel que fa a la primera circumstància, els problemes de comunicació amb els professionals juntament amb la disponibilitat limitada de traductors, tant formals com informals, comporta el recurs a urgències, no tant en funció del tipus d'atenció requerida com en funció de la disponibilitat constant que ofereixen els serveis d'urgències. Tot i que la freqüentació a urgències per problemes de salut no urgents no es deslliga mai del desconeixement de les normes de funcionament del sistema de salut, alguns mediadors suggereixen que s'utilitza el servei d'urgències per a l'atenció de problemes no urgents pel fet que ofereix atenció continuada fàcilment adaptable a la disponibilitat del traductor informal, determinada moltes vegades pels horaris laborals de l'acompanyador:

Acudeixen a urgències. Primer de tot perquè... no saben, potser –és que hi ha moltes hipòtesis– potser que no saben lo que és urgències, encara que existeixen al Marroc, tenim servei d'urgències! Encara que existeix, no saben lo que és, potser es pensen que mira... acudeixo com si fos un CAP, un centre d'atenció continuada, potser per un problema d'ignorància. Potser que ella no surt fins que vingui el seu marit per horaris de treball, i el seu marit arriba a les sis, pues a les vuit, pues... Potser ella no sap parlar i necessita que arribi el seu marit perquè vingui amb ella... i és clar, això és lo que diuen; els immigrants, pues... sí, que acudeixen a urgències sense... o sigui, no saben lo que és urgències... (E19. Mediadora, àrab).

La visita a urgències, malgrat el greuge que ocasiona al sistema sanitari, es considera un recurs –lícit o no– per accedir a atenció especialitzada en aquells casos d'urgència subjectiva amb una espera per a la cita que es considera excessiva:



-Sí, pero yo tenía los ojos, también me dolían mucho, e me fui a la cabecera e me dijo, vale ya sí que te atenderán porque estaban rojos e cuando me ha dado la visita... me dijo, vale, abajo tienes que bajar e me han dado... me han dicho que te van a llamar, y yo les he dicho, mira, si podéis antes, porque me quedan cinco días para ir a Argelia. Pasan los quince días, me fue a Argelia, he vuelto e me fui a ellos, desde ahora hasta el 16 de junio. E me dijo mira, te voy a hacer otra, urgente también, pero tienes que saber que van a darte para dentro de un mes o así y me ha dicho, mira, te aconsejo como una madre, que no te vas... que no esperas a esta cita, que te vas a la..., no, no... o bien al hospital o a un oftalmóloga pagando.

-Perdona, te lo he dicho, cuando pasarás por urgencias en el hospital, si es un caso urgente, pasarás siguiente o el día siguiente. Directamente. Pero cuando vas al médico, ya puede apuntar urgente o preferente, o esto...

-¡Pero así todo el mundo va a pasar a urgencias! Vamos ver urgencias unas personas que necesitamos especialistas... sí, no es normal. Creo que necesitas especialistas los cuerpos medicales aquí, porque es mucha gente que... (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Ja s'ha vist en estudiar l'accés al sistema de salut, que les dificultats per disposar de traductors i acompanyadors exerciran de barrera d'utilització i comportaran bé la manca de presentació de l'usuari a les cites concertades –«Por ejemplo, hay una persona que espera una vecina que la acompañe y la vecina este día no puede... es que... ¡venga, otra vez la cita!» (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà)–, bé la reiteració de les visites i intervencions de l'usuari frustrat en les seves expectatives, tot cercant la manera de satisfer-les:

Una senyora ha anat a l'hospital... [i] per no cridar a un mediador –que existe, eh! Que estava a l'hospital, el mediador, i no l'han cridat!– li han preguntat: et farem una lligadura de trompes? [ella] diu que no. I la dona no ha entès! Quan ha sortit diu: jo vull fer la lligadura de trompes. Jo pensava que l'havien fet. I ha hagut de tornar a agafar cita, anar a l'hospital, obrir-la de nou... per fer la lligadura de trompes. I és un gasto! La cirurgia... imagina si cada dia passa una cosa així, és un sou de... 4 mediadors... És una cosa que dius... i el mediador existe, eh! No és que no està, existe, i no el criden, eh! (EI11. Mediodora, àrab).

El perfil d'ús dels serveis de salut també està força determinat per l'experiència prèvia d'atenció a la salut en el país d'origen. La cultura prèvia de prevenció és determinant. Segons expliquen mediadors i acompanyadors, la majoria d'usuaris magribins tenen una experiència de prevenció nul·la que en comptes d'ajudar a valorar la prestació com a valuosa provoca desconfiança:

Per exemple, si jo veig a un grupet de dones en el CAP que estan esperant la cita jo vaig i parlo amb elles sobre temes, sobre coses, sobre el seguiment de l'embaràs sobre virginitat i això... perquè la majoria diuen «és que aquí ens donen molts d'anàlisis això és para, para vender la nostra sang, les nostres sangs» eee, m'entens? i jo començo a parlar amb elles sobre i quanta, quanta quantitat us agafen? eee només són tubs així de prims i això només cap... que podeu anar de preguntar en un laboratori d'anàlisis, i efectivament així, algunes m'han dit: «ah sí, sí! que hi ha un noi marroquí que treballa en un laboratori» i van anar i van preguntar al noi i li va assegurar que és perquè ells proceden d'un país on no és fa el seguiment de l'embaràs i no hi ha anàlisis ni, ni detectar la diabetis gestacional, res de res. I ara amb aquest canvi, ells no entenen el perquè, per queeeè, totes aquestes anàlisis eee... en el procés de gestació. (EI10. Mediodora, berber).

La manca de cultura preventiva fa que les intervencions de salut sense consciència de malaltia no tinguin sentit per a l'usuari que està acostumat a utilitzar el sistema sanitari només quan

sent que està malalt. Per altra banda, a tot això s'hi afegeix el valor del símptoma com a únic indicador de malaltia:

[...] perquè ells... bueno parlo d'ells com... [riu!] per a alguns pacients, per a algunes persones el concepte de la prevenció no saben lo que és, o sigui, no acudeixen al metge fins que no tinguin dolor, saps? No tenen aquest «vaig al metge, faig una visita»... no, no... és que no. A vegades, si no tenen un maldecap que no és d'allons... no acudeixen. Per a ells, si està bé el nen, si tenen que tornar per fer la visita que té bronquitis i té que tornar per fer la visita per al pediatra... no, ara no té tos ni res, pues no cal que vagi (E19. Mediodora, àrab).

Tot plegat fa que les actuacions preventives siguin considerades com unes precaucions excessives que causen més molèsties que altra cosa, de manera que l'usuari les abandona a la mínima contrarietat. Aquest fet afecta especialment el seguiment de l'embaràs, que en origen és viscut com un fet natural no tan medicalitzat com a casa nostra:

La majoria que conec jo, sí [que fan el seguiment de l'embaràs], però per exemple conec una noia joveneta que té 16 anys o 17, que s'ha casat súper joveneta, que està embarassada, i com que, per exemple quan vas que et fan allò que et miren, fan ecografies i tot, tarden molt, llavors ja no hi va. No hi va fins casi que el tingui. I més d'una dona m'he trobat això, que els hi fa tan pesat que cada vegada, ara fer-te un anàlisi, ara comprovar-te el sucre... vull dir se'ls hi fa tan pesat i com que l'home falta molt al treball –perquè no és aquí al poble, m'entens?–. I a elles soles no els hi deixen anar amb autobús, a moltes, entens? llavors, què fan? deixen fins que casi estiguin a punt o dos o tres mesos i van i després també es troben que els professionals s'enfaden un munt, perquè ells, saps? es troben... no saps el que es trobaran, m'entens? O alguna dona que també ha passat és que s'ha quedat embarassada, potser s'ha fet la primera revisió o lo que sigui, després marxa al Marroc i no torna fins que, fins a punt de... m'entens? Perquè també els hi fa com a, les que són de poble, les que són de poble, els hi fa molta vergonya el fet que els hi obrin les cames cap aquí, els hi mirin, perquè al Marroc per exemple tenim com unes... com se diu? de fusta... unes bigues de fusta lliguen allí una corda i el tenen així elles, entens? Es fiquen... les dones es pengen de la corda, s'aguanten a la corda agenollades i la comadrona diguéssim per baix, vull dir... no tenen... el fet d'aixecar les cames així obertes és com si els hi provoqués molt de... de vergonya, sí, indefenses, en canvi allí te tapen, vull dir sents que només són dones, però tampoc és una persona... per exemple, la dona del meu poble no és una persona que ha estudiat ni res, és una dona que de tota la vida que ho ha anat... sí, sí, que per això et dic, que a algunes dones se'ls hi fa tan pesat, entens? (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

I als controls propis de la malaltia crònica compensada, perquè la manca de simptomatologia s'interpreta com absència de malaltia:

Pero es la gran dificultad que encontramos, que los... los pacientes magrebíes son un poco así, que no, que no quieren... sobre todo los, los... abuelos, que... es muy difícil, muy difícil que... que lleguen a entender que su hijo es celíaco y tiene que acatar lo que le dice el médico, que... lo de la comida, lo de las medicinas... todo esto, las visitas y para toda la vida. No es una cosa que ves a tu hijo bien, y... saltando, jugando y ya está, mi hijo está bien. No, no, no tiene nada. No tengo por qué llevarlo al médico (E112. Mediodora, àrab).

Pel que fa als processos crònics, l'usuari magribí té una dificultat afegida. Tal com explica una de les mediadores, a la cultura àrab està molt estesa la idea que Déu no ha posat al món cap malaltia de la qual no n'hagi enviat també la solució, de manera que, segons això, no es pot entendre que hi hagi malalties que no es puguin curar. Altre cop, l'absència de símptomes

s'assimila a absència de malaltia i, altre cop, és difícil fer entendre que cal cuidar-se encara que no ho sembli:

Bueno, para el usuario magrebí, el problema que encontramos mucho, que no entiende, no quiere, no quiere asimilar lo de las enfermedades crónicas. Sí, porque para nosotras toda enfermedad tiene cura, y así lo dice algún dicho en árabe: «toda enfermedad tiene cura», y... por ejemplo, en los enfermos del corazón, o en los diabéticos sientes una gran responsabilidad, te vas con la carga de que... explicas y explicas y... hasta que, que... a lo mejor piensas –esto de los errores de antes–, voy a entrar a explicar, piensas en llamarle y preguntarle a la señora «¿estás tomando tus pastillas, estás haciendo...?» (E12. Mediadora, àrab).

Un altre aspecte relacionat amb la cultura sanitària de l'usuari magribí que pot determinar el perfil d'ús, és el que fa referència a les atribucions causals de la malaltia mental i neurològica. Tal com expliquen alguns mediadors, hi ha usuaris magribins que situen l'origen d'aquesta mena de patiments en encanteris i possessions per ens sobrenaturals, cosa que, al seu torn, comporta dificultats en la comprensió de la malaltia i, lògicament, en la cerca de l'ajuda adequada i l'adherència al tractament, ja que són incapaços d'establir un nexa entre la causa a què atribueixen la malaltia i la solució que els proposa el sistema.

Me diu [el malalt]: no, el meu amic no té res, això d'embòlia i això no és... tu saps que... tu ets marroquina com nosaltres i tu saps que això que es queda la boca així torta no és per embòlia ni no sé què ni accident cerebral, això està perquè està posseït pels demonis i això se cura, no és amb medicaments, hauria d'anar a imam de mezquita que el curi perquè faci sortir al demoni. [...]. Aquest cas és que... m'ha sobtat. No pots canviar una mentalitat... ni la percepció que ha tingut... ara té 60 anys, és que no es pot canviar en cinc minuts... (E19. Mediadora, àrab).

Finalment, i sense desviar-nos de les maneres de fer de l'usuari magribí pel que fa al perfil d'ús dels serveis de salut, convé parlar de les interaccions entre la utilització de remeis naturals per tenir cura de la salut i la utilització dels serveis sanitaris. Gairebé totes les persones entrevistades declaren pràctiques habituals de remeis naturals aplicats a la salut, uns remeis que no es plantegen la disjuntiva amb la biomedicina, sinó que agafen un paper complementari i, en general, amb unes indicacions ben definides. Acostumen a ser pràctiques destinades a problemes banals que, en condicions normals, no requereixen d'atenció sanitària, com ara refredats, indigestions o febre en els nens:

Luego había también otra planta que era para bajar la fiebre. Vale hay una planta que tiene forma de polen, pero no es polen, es que no sé cómo se llama en castellano, entonces esa para los dolores de estómago y los gases, entonces va bien esa planta mezclada con miel, la... pero es muy mala, pero purifica, aparte que purifica la sangre para el estómago, para que no te duela el estómago, para el hígado, para muchas cosas, pero no sé cómo se llama en castellano. Hinojo también tomamos bastante. Es parecido al jengibre. Y el orégano salvaje, no, no el de... es lo que tomábamos de pequeñas para la regla. Orégano hervido y te lo tomabas como zumo. Mi hermana mayor le hacía en garrafa, en botellas así para cuando tenía la regla se lo tomaba. El de las pizzas no. (E14. Usuària, àrab).

Moltes vegades, les pràctiques que expliquen els usuaris són coincidents i es basen, sobretot, en la utilització d'herbes com ara la farigola, l'orenga salvatge, el fenigrec, la marialluïsa, la til·la o la menta:

-Sí, sí, sí! [que fan servir remeis naturals]

[Tots comenten coses en àrab i riuen]

-Sí, sí... luisa, romero, miel, tila, tomillo.

-Una comida tienes...

-Tienen una comida que para después del parto y tal, que tiene una planta que va bien a la mujer para después del parto (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

També s'utilitza molt l'oli d'oliva i la mel, tant en aplicació tòpica com per via oral: «Sí, para la garganta se echa, pues miel con leche o miel con zumo de naranja, dice para bajar la fiebre el aceite de oliva y para el dolor de barriga el aceite de oliva y para todo el aceite de oliva» (E14. Usuària, àrab).

Aquestes practiques, perquè acostumen a estar dirigides a problemes intranscendents, interfereixen poc en el perfil d'ús de l'usuari magribí, i si ho fan, és en el sentit de racionalitzar la utilització dels serveis de salut perquè solucionen a casa processos lleus: «pero ellos a lo mejor, en el resfriado y tal pues a lo major, pues un el eucaliptus, al vapor... o cogen un poco de tomillo por ejemplo con el té y entonces pues lo intentan beber para tal, tanto él como su mujer» (E15. Usuari, àrab).

Eviten consultes en hores intempestives:

N. comentaba que alguna vez para el tema de las anginas para sus niños, entonces por la noche, como tienen que llevarlos al día siguiente al hospital, al centro o al CAP lo que hace pues un poco de limón con miel, entonces le da en un vasito un poco, dos tragos y entonces y hasta la mañana siguiente más o menos (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

Disminueixen la dispensació de medicació indicada en processos banals:

Perquè quan són petits no els pots donar casi res i vas al metge i et dóna Dalsi, tampoc no et pot donar una cosa perquè són molt petits però almenys a mi lo que es l'oli d'oliva doncs m'ha ajudat bastant (E13. Usuària, àrab).

I fins i tot es poden aplicar en situacions en què la valoració del risc i el benefici desaconsella la utilització de fàrmacs:

Mon niño un día enfermo, infección bucal, a la boca. E moi no conoce cómo fer. Marchar a la doctora: «no done nada, porque pequeño». Una persona aquí, española, decir la faregüela [farigola], una tisana... no tisana, una agua tiève et après la farigola et lavar la boca. Pasa... très bien, très bien. ¡Una persona aquí! (GF1. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

Si bé la utilització de remeis naturals descrita fins ara sembla prou segura, s'ha de dir, també, que en alguns casos s'han explicat intervencions aplicades a bebès i embarassades que, pels

riscos que poden comportar, si més no, haurien de ser conegudes pels professionals de la salut:

Aquello que hay bebés siempre con mocos que les llaman, cuando recién nacidos, pues cuando pasan dos tres meses no se les va o hasta un año les hacen beber pues un vaso o medio vaso así pequeño y el bebé cuando lo haces beber pues vomita y cuando vomita saca todos los mocos y queda bastante limpio. Y hay muchas madres que se lo hacen pero hay pocas que lo saben hacer, no todas, tienen que ser la mayores.

Cuando eran niñas cogían dolor de oído, cogían alguna infección o algo, pues calentaba aceite en una cascara de cebolla porque así tenía como para matar las bacterias de la cebolla el ácido o no sé qué. [...] lo calentaba y le echaba gotita por gotita en el oído, y no le dolía, le dejaba de doler el oído. Ahora tienen que andar con gotas... y aun así no se va el dolor (E14. Usuària, àrab)

-La fenogrec és una herba que té un olor horrible, però val per tot, per diabetis, per la tensió, per colesterol... per moltes... i diuen que sí, per exemple... aquesta es pot vendre molt cara, lo que passa que amb la seva olor no agrada.

P: I aquí no la troben?

-Sí, jo la tinc a casa, no, no, no... és barata, però diu que si la gent sap la seva utilitat la compra amb or. I la dona que està embarassada, per tenir més llet, també en menja, perquè dona molta llet (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Entre les motivacions que indueixen els usuaris entrevistats a recórrer als remeis naturals hi ha la consciència d'estar afectat per problemes de salut sense importància que no requereixen atenció professional:

Para un caso grave o una enfermedad, tienen al médico. Para cosas poca cosa, sí. Como para menta, para la, la, la... que la ponen en el té que dicen que va bien para el resfriado para un poco de fiebre y tal, son cosas así de poca cosa, de poca importancia (E15. Usuari, àrab).

La decepció pels mals resultats d'un tractament convencional:

Él comentaba, que cuando va al médico, o cualquier persona que va al médico, mucha medicación. Él, resulta, que esta mucha medicación que se le recetan, pues no hace efecto, o sea, todos los resultados en vano, que no, que no curan, que no... entonces la gente, recurre a las plantas medicinales (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

I els recels sobre la bondat dels efectes dels fàrmacs en la salut, que els fa plantejar el dilema *químic vs natural*. Vegeu quina raó dona una informant per justificar la utilització de remeis naturals: «Porque moi... no confianza todas à la chimie. No bien para la santé, cada día, cada día, cada día la chimie» (GF1. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

Tot i que no es poden excloure, no s'han donat casos en què els informants hagin justificat la utilització de remeis naturals per problemes econòmics que dificultin el copagament del fàrmac a Catalunya. Ara bé, si es tracta del país d'origen hi ha qui ha apuntat l'alternativa natural com l'única possibilitat d'obtenir cures de salut quan no se les poden pagar:

Por ejemplo, él también, la diferencia... porque allí en Marruecos tienes que tener mucho dinero para poder visitarte, porque todo es pagando y por lo visto, por eso, la gente pobre y tal no tiene dinero para poder ir, visitarse por el médico y por eso a lo mejor va y compran plantas medicinales para poder curarse y tratarse (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

O bé l'única possibilitat de tractament disponible quan el sistema sanitari no arriba a tot arreu;

[...] tens un mal de queixal que te mores i fiques herbes o fiques lo que sigui. Aquí saps que si vas corrents al metge et donarà unes pastilles, m'entens? Vull dir allí hi ha gent que té un munt de dolors que aquí els cures rapidíssim però allí no tens diners, l'hospital no està a prop, i el teu pare és pobre i no et portarà, així que plores fins que se't passi el dolor, m'entens? Si ho compares dius «això és la glòria». La veritat és que molt bé (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Val a dir, però, que aquesta circumstància s'ha donat en el país d'origen i els usuaris n'utilitzen el relat per exemplificar les bondats del sistema sanitari d'aquí, que no permet que la manca de recursos imposi el remei natural com una obligació.

Pel que fa a la confiança amb què comuniquen als professionals aquesta mena de pràctiques, s'hi troben tota mena de postures, des de l'usuari que explica que és el mateix professional qui fomenta aquest tipus de pràctiques i que, per tant, se sent lliure de comunicar-les –«Diu, per exemple, que ella moltes vegades és el mateix metge que els hi diu: "poseu-se llimona, amb mel..."» (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic)–, fins a l'usuari que evita explicar-les a la consulta, ja sigui perquè el professional no té un paper actiu en historiar-les –i si el professional no pregunta, ells no en parlen:

Sí, en fem servir [de remeis naturals]. Normalment no ho expliquem [riuen, com si totes entenguessin de què parlen i ho trobessin normal, no explicar-ho]. Si el metge no pregunta... no, no... no contesto. Diu... sí, si el metge ho preguntés sí que ho explicariem, però normalment pregunta només pel medicament (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

Ja sigui perquè potser no se sentirà còmoda explicant sobre un tractament que pensa que el professional no podrà entendre. L'excusa que dóna per justificar la restricció de la informació és la consciència de control sobre els efectes del tractament complementari o alternatiu:

Ella comentaba que para una cosa sencilla, porque ella sabe que limón y miel que es una cosa natural, una cosa sana que no puede perjudicar mucho y tal, entonces ella no tendrá ningún problema para comentárselo al médico, pero el tema de las otras yerbas y tal dice que ella las conoce perfectamente los efectos terapéuticos para poder utilizarlos y entonces no se lo comenta (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

N'hi ha que diuen –no sense ironia– que es reprimeixen d'explicar res sobre la utilització de remeis naturals per por a ser reprovats pel professional:

-El primera problema, no sabes cómo se llaman los productos. E la segunda, no sabes cómo se explica y la tercero, no tienes tiempo. E hay una cuarta razón... tienes miedo de los profesionales.

P: ¿Podrías explicar esto?

-Dice que a lo mejor, el médico tendrá una reacción de echarte la bronca y decirte oye... ¿por qué has hecho esto? Y entonces él tendrá una reacción de: «pues ¡cúramelo tú!» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

L'excusa del temps per parlar amb el professional quan es tenen certes dificultats per expressar-se en un context que es percep com a sobrecarregat, és un argument que ha estat mencionat més d'una vegada i que serveix per estalviar-se explicacions sobre fets que incomoden una mica l'usuari:

-No, no, no explicamos estas. Solo se visitar e no explican nada.

P: ¿Por qué?

-No sé... No tiene tiempo, también, tanta gente.

P: Si tuviese tiempo ¿se lo explicarías? ¿Tienes confianza para esto?

-No sé, no sé... no explica eso, también... si vienes todo rápido... porque tiene tanta gente (GF1. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

### 5.4.3. Discussió

El resultat de l'anàlisi quantitativa de les dades de l'ESCA 06 per al col·lectiu de magribins coincideix gairebé amb els treballs previs sobre el conjunt dels immigrants. La primera coincidència destacable és l'abast gairebé universal de la cobertura sanitària pública. Pel que fa al perfil d'ús, si s'analitza la bibliografia revisada a la introducció sembla que, a grans trets, els usuaris magribins segueixen un patró d'ús força semblant al del conjunt dels immigrants dels treballs revisats, amb una utilització dels serveis de salut, en general, inferior a la que realitzen els autòctons. De tots els serveis analitzats, destaca el diferent nivell d'utilització de les consultes d'infermeria, força inferior en tots els grups analitzats, llevat del grup de 45 a 64 anys. Com sigui que hi ha altres estudis que han trobat resultats semblants, com el de Soler (34), tal com han fet ells ens plantejarem que la raó d'aquesta diferència podria estar en la comparació de poblacions de diferents edats. Una població jove, la dels immigrants, i una altra envellida, la dels autòctons. A favor d'aquesta suposició hi ha el fet que en desagregar les comparacions per edats, les diferències s'atenuen per al grup dels més grans, és a dir, a partir que comença a ser normal el patiment d'alguna malaltia crònica. No obstant això, ben bé podria ser que els usuaris magribins no coneguin tan bé com els autòctons, quin és el paper de la infermera a l'atenció primària i què els pot oferir.

En aquells casos en què la literatura revisada no mostra acord, com és ara la freqüentació a urgències, l'explotació de l'ESCA 06 aporta una mica de llum i es constata que, si bé no hi ha diferències entre la probabilitat que un usuari magribí acudeixi a urgències i la que ho faci un

usuari autòcton, també és cert que la mitjana de visites a urgències entre els que han utilitzat aquest servei és superior entre les persones originàries del Magrib, en concret pel que fa als homes i als usuaris –homes o dones– del grup de 15 a 44 anys. Diverses hipòtesis podrien explicar aquest fenomen i, de fet, l'anàlisi qualitativa de les entrevistes i grups focals proporciona alguns suggeriments al respecte com són el desconeixement del sistema, les dificultats per compatibilitzar els horaris laborals amb els d'atenció ordinària dels centres de salut i, també, la dependència d'un traductor o acompanyador informal que afecta bona part del col·lectiu i subordina l'horari de cerca d'atenció a les disponibilitats de l'acompanyador. Amb tot, el fet que la diferència se situï en el nombre de visites a urgències i no pas en el percentatge de persones que hi han acudit el darrer any, ens permet afirmar que els usuaris magribins que utilitzen urgències són més freqüentadors que els autòctons quan utilitzen aquest mateix recurs, i això ens permet hipotetitzar sobre el recurs a urgències com a primera opció d'atenció per a una part dels usuaris, en detriment d'altres opcions com ara l'atenció primària. En aquest mateix sentit, i sense considerar el número de vegades que un mateix usuari acudeix a urgències, convé esmentar el treball de Rué *et al.* (26) que compara el recurs a urgències entre immigrants i autòctons. Rué *et al.*, a més de demostrar un ús superior del servei d'urgències hospitalàries entre els immigrants, conclouen que les dones i els homes magribins són, de tots els grups analitzats, els que tenen més probabilitat d'utilitzar el servei.

La percepció de precarietat laboral que tenen alguns usuaris entrevistats i la por a perdre la feina si s'està malalt o cal absentar-se del lloc de treball per anar al metge són fets que, si bé són subjectius, no es pot descartar que estiguin basats en dades objectives. De fet, Agudelo *et al.* (35, 36) en els seus treballs sobre les condicions laborals dels immigrants a Espanya i la seva relació amb la salut, han identificat situacions de precarietat laboral, discriminació i manca de respecte de drets entre els immigrants, que arriben a afectar l'accés als serveis sanitaris i, fins i tot, la salut mateixa. Per altra banda, dades de l'ESCA 06 referides a la mostra de magribins entrevistats ens diuen que un 24 % declara haver-se sentit discriminat a la feina i un 35 % ha experimentat aquesta sensació quan en buscava (taula 5.2.4). En qualsevol cas, i tal com mostra l'anàlisi qualitativa dels resultats d'aquest treball, n'hi ha prou amb la percepció d'amenaça o manca de drets perquè l'usuari modifiqui el perfil d'accés i ús als serveis de salut i s'estigui de cercar atenció quan creu que la necessita, o recorri a circuits d'atenció alternatius i poc eficients si no s'utilitzen com cal. Tot plegat s'afegeix, doncs, a les conclusions de treballs previs que sostenen que les condicions laborals del col·lectiu de treballadors immigrants a Espanya constitueixen un important determinant de salut, i dona encara més arguments per reclamar el paper de les polítiques de reconeixement i compliment de drets laborals i socials dels immigrants, com a polítiques de salut amb un enfocament d'equitat i justícia social (35, 36).

No hi ha estudis previs que aportin dades sobre la proporció d'immigrants que tenen assignat un metge de capçalera, no obstant això les dades de l'ESCA 06 ens diuen que la proporció d'usuaris magribins sense assignació de metge de capçalera és gairebé el doble que la



d'usuaris catalans en la mateixa situació. Aquest fet suggereix varies coses, per una banda es pot pensar que el grup d'usuaris que no té assignat un metge de capçalera inclou aquells que encara no han contactat amb el sistema perquè gaudeixen de bona salut, i per l'altra, es pot pensar que es tracta d'usuaris que accedeixen al sistema per altres vies, com podria ser la d'urgències.

Amb tot, i pel que fa al perfil d'ús del col·lectiu estudiat, les dades de l'ESCA 06 s'han de mirar amb reserves perquè no inclouen cap usuari magribí d'arribada posterior al 2004, és a dir, tots els enquestats tenen una antiguitat al país superior a dos anys, de manera que ens podria estar parlant només d'un perfil específic dins del col·lectiu, el perfil dels que ja han experimentat un cert grau d'aculturació sanitària, tal com suggereixen diversos treballs (25, 29, 33).

Els informants han al·ludit, directament o indirecta, a la facilitat d'accés a un sistema de salut que en reconeix el dret a tothom amb uns requeriments prou fàcils d'assolir. Per altra banda, l'explotació de les dades de l'ESCA 06 constata aquest fet en situar la cobertura sanitària pública al voltant del 100 %. Així doncs, i per al cas d'Espanya, les barreres econòmiques per accedir al dret a l'atenció sanitària són poc importants quantitativament parlant. Ara bé, una cosa és el reconeixement administratiu d'un dret i una altra, potser ben diferent, és l'exercici efectiu que se'n faci. Alguns treballs expliquen l'ús dels serveis de salut en el nostre context com a determinats per l'acció de factors socioeconòmics (7). I, de fet, aquest aspecte ha estat mencionat com un condicionant en la decisió de cercar atenció sanitària, no només per decidir acudir o no al sistema sinó també pel que fa a l'adherència al tractament, que es veurà afectada cas que comporti algun pagament. Aquesta realitat, que des del punt de vista de l'equitat és prou important, ho és més encara quan plana sobre els immigrants en situació irregular l'amenaça d'un canvi de la llei que regula el dret a la salut, que podria restringir l'accés a la sanitat pública de bona part del col·lectiu d'immigrants. Sense menystenir les conseqüències individuals que un canvi d'aquesta mena comportaria, sorgeix el dubte raonable sobre el rendiment d'una mesura com aquesta, en tant que podria diferir perillosament el tractament de processos abordables, tot deixant-los evolucionar lliurement, al temps que desplaçaria a urgències –ara sí– gairebé la totalitat de la demanda sanitària del col·lectiu exclòs, per no parlar de la picaresca que s'organitzaria entorn de la utilització de la tarja sanitària individual, i del malbaratament de recursos per actuacions ineficients.

Per bé que l'usuari magribí té la percepció que és fàcil arribar al sistema de salut i l'accés administratiu hi és garantit, convé insistir en què la universalització de l'atenció sanitària no garanteix l'equitat en l'ús dels serveis, en tant que la universalització no vol dir, necessàriament, una utilització uniforme per part de tothom (37). Vall-Llosera ho explica molt bé quan fa diferències entre accés als serveis de salut i quantitat de servei consumit (7). Segons Vall-Llosera l'accés als serveis sanitaris només depèn de l'estat de salut del pacient, independentment de les seves condicions socials i econòmiques. Ara bé, la probabilitat d'una major o menor freqüentació no només està determinada per variables de necessitat, sinó que

també està condicionada per variables socioeconòmiques i demogràfiques. En concret, els factors que s'associen a una major freqüentació són la precarietat laboral i d'habitatge, una major edat i un major temps de residència al país d'acollida (7). El relat dels informants d'aquest treball ha permès construir la seqüència de pensaments i accions que acaben desembocant en la decisió de cercar –o no– atenció sanitària. En aquest sentit, convé destacar que s'han identificat els mateixos grups de condicionants a l'accés i l'ús dels serveis de salut que ja han estat reconeguts en la literatura revisada a la introducció. No obstant això, ni els articles de revisió ni els treballs originals que s'ocupen del tema parlen de la por de l'usuari a ser renyat pel professional a causa del baix domini lingüístic, només Burón (6) fa esment del tracte desagradable que alguns immigrants han de suportar pel fet de no parlar l'idioma del professional. La tragèdia personal del que pren la decisió de no anar al metge perquè li té por, difícilment es veurà reflectida en una anàlisi de caire quantitatiu, a no ser que es tracti d'una situació força freqüent, que no sembla que sigui el cas. Sense desmerèixer el valor del coneixement que aporten els treballs de caire quantitatiu, tampoc es poden menystenir les oportunitats de millora de la pràctica diària que ens ofereixen els estudis qualitatius, en la mesura que fan visibles realitats que no per ser desacostumades són menys commovedores.

Decidir no anar al metge perquè se li té por ens remet a la desvinculació moral<sup>1</sup>. La desvinculació moral dels professionals perverteix la intenció primària d'una trobada sanitària per convertir-la en un escenari d'exercici de poder del professional envers l'usuari. Així les coses, hom no pot estar de preguntar-se sobre els efectes en la salut d'una actuació professional d'aquesta mena. El primer –ho diuen els testimonis– és l'abstenció de cerca d'atenció, potser, però, n'hi ha d'altres que el segueixen com ara la manca de confiança en el professional o l'afectació de l'autoestima. De fet, Larchanché (38), en el seu treball sobre les barreres intangibles a l'accés a la salut, parla de com els debats sobre la identitat nacional, un determinat estat d'opinió sobre la immigració –el que la caracteritza com una plaga social i financera que no té altre objectiu que aprofitar-se dels beneficis que ofereix l'estat– i la por i la sospita que es tenen mútuament migrants i treballadors de la salut, parla –deia– de com aquests factors –entre d'altres– interactuen per crear en ambdós interlocutors una mena d'interiorització del migrant que finalment acaba sentint-se –ell mateix– i essent vist –a ulls de l'altre– com a il·legítim i indigne o, segons com es miri, mereixedor de tota la desgràcia per què està passant. En certa manera, doncs, aquesta conceptualització íntima del migrant podria explicar els mecanismes pels quals es legitima la humiliació i el maltractament del que té necessitat, en mans de qui hauria d'oferir l'ajuda. Els efectes sobre la salut d'aquest mecanisme arriben per la seqüència: 1- afectació de l'autoestima –que en ella mateixa ja constitueix afectació de la salut–, 2- afectació de l'accés a la salut, 3- afectació de la salut.

Que la sexualitat i, per derivació, el cos són qüestions tabús per als usuaris magribins és un fet conegut i reconegut (39, 40). Així i tot, les declaracions dels informants d'aquest treball no semblen indicar que l'usuari magribí requereixi –de manera general i generalitzada–

<sup>1</sup> Vegeu-ne més informació al capítol 5.5 de resultats

professionals del mateix sexe que l'usuari, ni tampoc que acostumi a mostrar-se intransigent en fer demandes d'aquesta mena. Els resultats en relació amb aquest tema més aviat indiquen que, malgrat haver expressat els usuaris una certa preferència per professionals sanitaris del mateix sexe, l'usuari i la usuària magribins acostumen a acceptar les regles que regeixen per a la utilització dels serveis de salut sense exigències afegides. No obstant això, alguns informants denuncien que aquest tema està sobredimensionat a la societat i que el rumor complau tant els professionals com els autòctons en general, sense que la realitat dels fets es correspongui amb la magnitud que anuncien les enraonies. Altres estudis que han analitzat l'actitud dels professionals al respecte sostenen que els professionals sanitaris perceben aquesta exigència com a molt habitual entre la població d'origen magribí (5, 7). No obstant això, Vázquez *et al.* (5) objecten que aquesta apreciació denota manca d'informació dels drets del pacient, com ara el dret de lliure elecció del professional, i pèrdua de perspectiva en relació amb conductes presents, també, entre la població autòctona. Per la seva banda, Vall-Llosera (7) reconeix, tal com també passa en aquest treball, que hi ha discrepància entre l'apreciació de la magnitud del fet segons en parlin els usuaris o bé els professionals. En el primer cas es considera la demanda –ni tan sols es parla de l'exigència– com un fet ocasional, mentre que des de la visió dels professionals els casos d'aquesta mena es jutgen com d'ocurrència habitual.

Tal com s'ha pogut veure a la introducció, el dèficit de coneixements sobre el funcionament del sistema de salut i les seves repercussions en l'accés i el perfil d'ús, estan força documentats. Lògicament, les recomanacions per millorar l'accés incorporen la programació d'accions formatives sobre drets i deures i ús dels sistemes de salut (41). Tanmateix, la realitat és que, entre els usuaris magribins, la principal via d'accés a la informació sobre el funcionament del sistema és la transmissió oral entre generacions de nouvinguts. Ha quedat clar que la transmissió boca-orella com a principal via d'accés als coneixements del sistema n'afecta l'eficiència i l'equitat en tant que perpetua malentesos. És per això que, sense excloure altres causes, les aportacions dels informants apunten cap a determinades circumstàncies en què podria raure la manca d'èxit de les iniciatives formals d'instrucció. En aquest sentit, la consideració de la salut com una qüestió no prioritària pot fer que es menystingui la necessitat de conèixer en profunditat les normes d'ús del sistema. La disponibilitat de xarxes de suport internes, el costum establert de recórrer-hi<sup>1</sup> i la importància que el col·lectiu concedeix a l'exercici i les oportunitats de solidaritat (42), pot prioritzar l'oferta de formació informal per sobre de la que brinden les institucions. La por, que opera a molts nivells, pot reprimir la participació en iniciatives formatives institucionals, pel contacte amb la societat d'acollida que comporta. Un cop identificats els condicionants que poden estar afectant l'accés als coneixements del sistema, la programació d'accions educatives hauria d'estar pensada de manera que contrarestés els entrebancs detectats. Així doncs, les iniciatives formals d'accés a coneixements del sistema haurien de seguir rendibilitzant la participació dels membres del

---

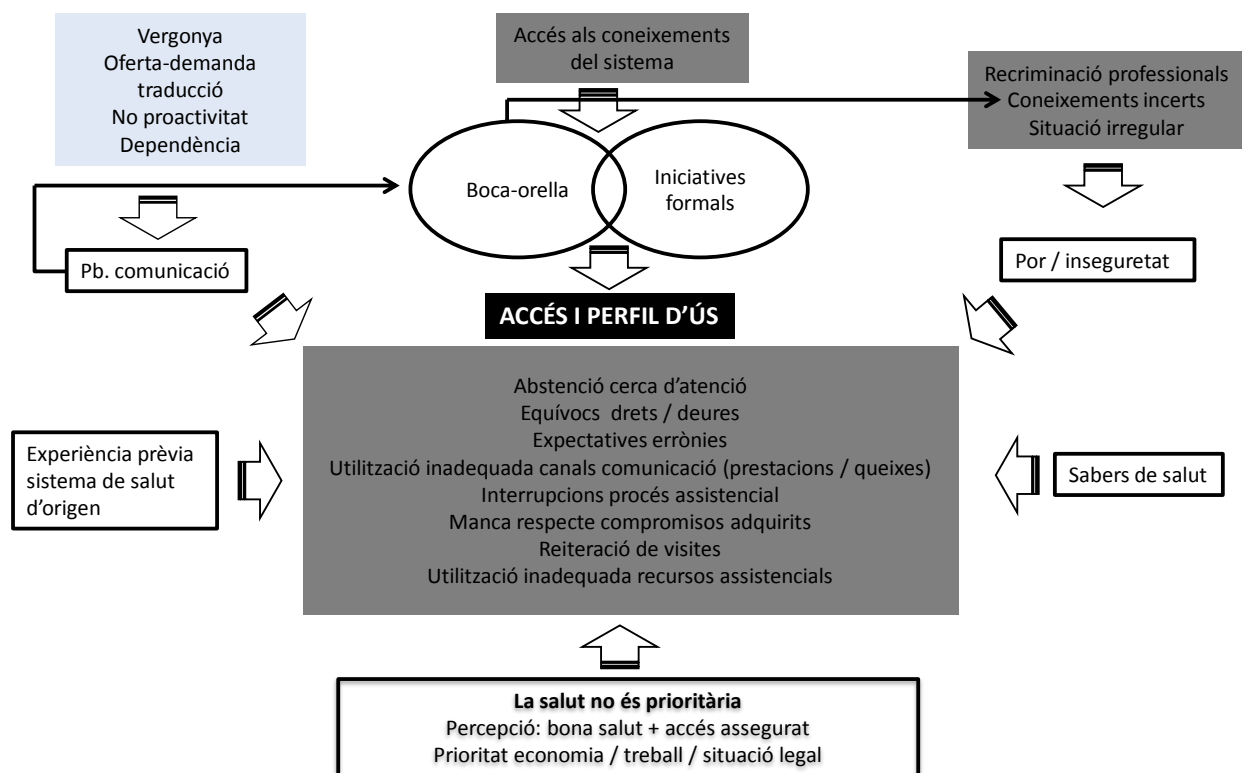
<sup>1</sup> Vegeu els resultats de l'explotació de l'ENI 07 sobre contactes al lloc de destinació migratòria (Taula 5.1.1).

col·lectiu i, al mateix temps, promoure el contacte segur –lliure de por– entre usuaris magribins i professionals de la salut, això vol dir amb respecte i reciprocitat per les dues bandes.

És de preveure que el foment de les iniciatives formals d'accés als coneixements del sistema ha de minimitzar el rumor i la confusió, i millorar tant l'exercici dels drets en relació amb la salut com l'ineludible correlat del deure. Amb tot, l'assignatura pendent és canviar la tendència i aconseguir que l'usuari hi participi. Un cop aconseguit això, caldria monitorar-ne els resultats per valorar-ne l'eficàcia.

Soler *et al.* (24) en el seu treball sobre freqüentació dels diferents grups d'immigrants a les consultes d'atenció primària, relativitzen el valor de les barreres idiomàtiques com a determinant d'accés i ús, cosa que contrasta amb la importància que hi han donat els nostres informants. Com a possibles explicacions a aquest fet cal dir que l'afirmació sobre el valor del domini lingüístic en l'accés i ús del sistema només és una suposició presentada pels autors a partir de freqüentacions tan altes entre els usuaris llatinoamericans com entre els magribins. Val a dir que sense considerar altres dades com el temps de residència o les capacitats lingüístiques dels usuaris, sembla arriscat concloure que freqüentacions semblants en grups amb dominis lingüístics a priori tan diferents anul·len l'efecte que sobre el consum de serveis de salut podria tenir el coneixement de l'idioma. En primer lloc perquè sabem poc de les raons que podrien estar motivant la freqüentació d'un i altre grup i, seguidament, perquè no es pot descartar la hipòtesi que les dificultats idiomàtiques entre professionals i usuaris no generin una reiteració de visites. Sigui com sigui, les dificultats per poder parlar i entendre's amb els professionals, s'han demostrat –si es mira des de la perspectiva qualitativa– com a determinants del perfil d'ús i de l'experiència de l'usuari magribí en la seva relació amb els serveis de salut. El domini de les habilitats lingüístiques per part de l'usuari magribí és, de fet, una qüestió que preocupa l'administració, en tant que la traducció i la mediació intercultural és un servei que s'ofereix a professionals i usuaris per millorar-los la feina i l'experiència de relació mútua. Amb tot, i arran del testimoni dels informants, convé puntualitzar que la demanda sobrepassa amb escreix l'oferta i que, al seu torn, la manca de proactivitat de què mediadors i usuaris han parlat explícitament i tàcita, contribueix a malbaratar un recurs, ja de per sí, força escàs.

#### 5.4.4. Figura: Sobre l'accés i el perfil d'ús



#### 5.4.5. Bibliografia

- (1) Ramos M, García R, Prieto M, March J. Problems and proposals for improvement in the health care of economic immigrants. *Gac Sanit* 2001 Jul;15(4):320-326.
- (2) Ribas I, Casas C, Villalbí JR, Borrell C. La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública; 2008.
- (3) McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004 10;59(8):1613-1627.
- (4) Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas A. The access to health services and their use by immigrant patients: the voice of the professionals. *Aten Primaria* 2012 Feb;44(2):82-88.
- (5) Vázquez M, Terraza R, Vargas I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: Pla director d'immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya 2007.
- (6) Burón A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud de Catalunya Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
- (7) Vall-Ilosera L. La utilització dels serveis d'atenció primària a la regió sanitària Girona i els seus condicionants demogràfics, econòmics i socials. Universitat de Girona; 2009.
- (8) Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *Eur J Public Health* 2007 Oct;17(5):483-485.
- (9) Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. El acceso a la asistencia sanitaria de las personas sin permiso de residencia: Un derecho fundamental vulnerado en Europa. *Médicos del Mundo*; 2009. Disponible a:  
<http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-282%232E%23pdf> . Consultat 10-12-2010.
- (10) Saura RM, Suñol R, Vallejo P, Lahoz S, Atxotegui J, El Manouari M. Study of the healthcare background and psychosocial environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia [Spain]. *Gac Sanit* 2008 Nov-Dec;22(6):547-554.
- (11) Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract* 2006 Jun;23(3):325-348.
- (12) Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats de salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. 1a ed. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Catsby. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
- (13) Purnell LD, Paulanka BJ. *Transcultural Health Care. A culturally competent approach*. 1a ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1998.
- (14) Giger J, Davidhizar RE, Purnell L, Harden JT, Phillips J, Strickland O, et al. American Academy of Nursing Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *J Transcult Nurs* 2007 Apr;18(2):95-102.
- (15) Mota P. *Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya*. Barcelona: UAB; 2007.

- (16) Culley L. Transcending transculturalism? Race, ethnicity and health-care. *Nurs Inq* 2006 Jun;13(2):144-153.
- (17) Racine L. Examining the conflation of multiculturalism, sexism, and religious fundamentalism through Taylor and Bakhtin: expanding post-colonial feminist epistemology [corrected] [published erratum appears in *NURS PHILOS* 2009 Apr;10(2):148]. *NURS PHILOS* 2009;10(1):14-25.
- (18) Kirkham SR, Anderson JM. Postcolonial nursing scholarship: from epistemology to method. *ANS Adv Nurs Sci* 2002 Sep;25(1):1-17.
- (19) Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. Health services utilization by the immigrant population in Spain. *Gac Sanit* 2009 Dec;23 Suppl 1:4-11.
- (20) Sanz B, Regidor E, Galindo S, Pascual C, Lostao L, Díaz JM, Sánchez, E. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *International journal of public health* 2011;56(5):567.
- (21) Rué M, Serna MC, Soler-González J, Bosch A, Ruiz-Magaz MC, Galvan L. Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida (Spain): a 6-months prospective observational study. *BMC Health Serv Res* 2008 Feb 6;8:35.
- (22) Rué M, Bosch A, Serna MC, Soler-González J, Galvan L, Cruz I. Observational study on drug spending in the immigrant and the indigenous population in the Lleida (Catalonia) health region. *Aten Primaria* 2010 Jun;42(6):328-337.
- (23) Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Atención Primaria* 2011 10;43(10):544-550.
- (24) Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Caño J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Atención Primaria* 2008 5;40(5):225-231.
- (25) Vall-Llosera Casanovas L, Saurina Canals C, Saez Zafra M. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona. *Revista Española de Salud Pública* 2009;83(2):291-307.
- (26) Rué M, Cabre X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res* 2008 Apr 10;8:81.
- (27) Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García RR. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health* 2007;17(5):503.
- (28) Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de losservicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles, Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*;22(Suppl.1):88-95.
- (29) Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso Á. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria* 2010;24(2):136-144.

- (30) Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Profile of the hospital case mix of the immigrant population in Barcelona, Spain. *Gac Sanit* 2002 Sep-Oct;16(5):376-384.
- (31) Cheikh WB, Abad JM, Arribas F, Andrés E, Rabanaque MJ. Utilización de los hospitales públicos por la población extranjera en Aragón (2004-2007). *Gaceta Sanitaria* 2011;25(4):314-321.
- (32) Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez J, Márquez Cid M, Monteagudo Piqueras O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gaceta Sanitaria* 2009;23(3):208-215.
- (33) Leclere FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav* 1994 Dec;35(4):370-384.
- (34) Soler González J, Universitat de Lleida, Consejo Económico y Social. Inmigración: estado de salud, incapacidades laborales, farmacia y utilización de los servicios sanitarios. Madrid: Consejo Económico y Social; 2008.
- (35) Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, García-Benavides F, et al. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gaceta Sanitaria* 2009 12;23, Supplement 1(0):115-121.
- (36) Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med* 2009;68(10):1866-1874.
- (37) Rodríguez Alvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo de la Hoz G, et al. Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit* 2009 Dec;23 Suppl 1:29-37.
- (38) Larchanché S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Soc Sci Med* 2012 Mar;74(6):858-863.
- (39) Casado i Aijón I. Salud sexual y reproductiva y representaciones en torno a la formación de los seres humanos entre los imazighen inmigrados en Catalunya. A: Piella A, Sanjuan L, Valenzuela H (coord). *Construyendo intersecciones: aproximaciones teóricas y aplicadas en las relaciones entre los ámbitos del parentesco y la atención a la salud en contexto intercultural*. Donostia: Ankulegi Antropologia Elkarte; 2008. pp. 41-64.
- (40) Bermann S, Lurbe K. La salut i el Marroc. Guia de suport als professionals sanitaris sobre l'atenció sanitària a la població immigrada procedent del Marroc. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. Departament de salut ed. Barcelona; 2008.
- (41) Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D, Lizana Alcazo T, Vázquez Navarrete ML. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria* 2010;24(2):115.e1-115.e7.
- (42) Rubio L, Nasri K. Solidaritat Islàmica: implicacions en la cura de la salut en context migratori. A: Viladrich M, Estanyol MJ, Blomart A, editors. *Immigració, religions i societat*. 1ª ed. Barcelona: PPU (Promociones y Publicaciones Univesitarias); 2010. pp. 211-222.





## 5.5. SOBRE LA INTERACCIÓ PROFESSIONAL - USUARI

### 5.5.1. Introducció

La satisfacció constitueix l'element subjectiu de la qualitat assistencial (1). Un dels models teòrics més acceptats per explicar la qualitat referida a la prestació de serveis és el *Service Quality* de Parasuraman *et al.* (2). El *Service Quality* estableix 10 factors que determinen la qualitat d'un servei, a saber: accessibilitat, capacitat de resposta, comunicació, cortesia, fiabilitat, competència, credibilitat, seguretat, tangibilitat i comprensió del client. Amb el *Service Quality* com a punt de partida, els mateixos autors van elaborar un qüestionari –el SERVQUAL (3)–, pensat per avaluar la qualitat dels serveis des del punt de vista del client.

El SERVQUAL, malgrat haver estat pensat per a ser aplicat en l'avaluació de tota mena de serveis, és força utilitzat per mesurar la satisfacció de l'usuari dels serveis de salut (4). No obstant això, alguns autors troben que podria no cobrir completament totes les dimensions de la qualitat que són importants per al pacient i han optat per afegir-hi components que consideren específics per pensar la qualitat i la satisfacció en context sanitari. En aquest sentit, són rellevants les aportacions de Bowers *et al.* (5) que incorporen el cuidatge, entès com la implicació personal i humana en la prestació del servei, i els resultats de les intervencions de salut. Al seu torn, Jun *et al.* (6) decideixen incloure el treball en equip entre les variables que han de determinar la satisfacció de l'usuari en el context de la prestació de serveis sanitaris.

La satisfacció és important perquè es considera que l'usuari satisfet és un usuari que segueix acudint als serveis de salut, compleix el règim terapèutic, estableix lligams específics amb els professionals i hi col·labora proporcionant la informació necessària per poder tenir cura de la salut (7). Les aportacions de Bowers i Jun situen la satisfacció en el context dels serveis de salut. Semblantment, altres treballs s'han ocupat de proporcionar models que expliquin quins són els factors que defineixen la satisfacció en aquest àmbit. Malgrat que entre ells hi ha diferències, en tots s'hi troba present la dimensió comunicativa i relacional entre usuari i professional (8). És més, alguns treballs han identificat la dimensió relacional com a predictora de la satisfacció (9, 10), amb efectes sobre el benestar i la confiança (11) i, fins i tot, com a determinant del desenllaç i l'evolució de la malaltia (12, 13). De fet, i pel que fa al lligam entre la dimensió comunicativa i relacional de la trobada professional - usuari i l'efectivitat de la intervenció clínica, el treball de Girón *et al.* (12) fa notar la coincidència de metges i usuaris en derivar l'error mèdic de l'absència de contacte visual i les deficiències de la capacitat d'escoltar del professional, atribució que, malgrat ser subjectiva, és consistent amb troballes procedents de la investigació quantitativa en el nostre medi (14).

L'estudi de Girón *et al.* sobre la qualitat de la relació metge - pacient en el context de l'atenció primària (12), distingeix dos tipus d'actituds globals en els pacients, segons les expectatives dipositades en la trobada. D'una banda hi ha una actitud vinculada a la utilització instrumental

del metge, que prioritza l'atenció immediata i la curació per sobre de qualsevol altra cosa i que menysté el vessant comunicatiu i relacional de la interacció. El pacient que actua segons el model instrumental és un pacient passiu que diposita directament en el metge la responsabilitat de la guarició de la malaltia. Per altra banda, l'estil humanista ens mostra un pacient que s'implica activament en la cura de la salut, que contempla la salut des d'una perspectiva holista i que valora l'escolta del metge com una font de benestar i seguretat en tant que n'alleuja el sofriment i ajuda al diagnòstic. Sigui quin sigui l'estil del pacient, hi ha elements objectius que permeten vincular el resultat de la interacció clínica –mesurat com a satisfacció o com a desenllaç del procés– amb l'esforç de professionals per millorar la relació amb l'usuari. És per això que cal que els professionals siguin conscients que afegir valors humanistes a la seva pràctica diària incorpora les expectatives dels pacients i ajuda a donar un servei de qualitat (11).

Pel que fa al tracte amb poblacions diverses, Ruiz Moral (15) es fa ressò de les dificultats de tractar amb justícia els que són diferents, ja sigui culturalment o socioeconòmica, i Suurmond *et al.* (16, 17) han identificat com a font d'experiències negatives i esdeveniments adversos relacionats amb la seguretat dels pacients d'orígens diversos les dificultats per comunicar-se professionals i usuaris, les diferents expectatives d'uns i altres i l'estereotip i el prejudici dels professionals en el seu tracte amb usuaris immigrants.

La discriminació no es pot obviar quan es prova de pensar les relacions entre professionals i usuaris d'orígens diversos. La definició del concepte parla de relacions injustes basades en pràctiques institucionals i interpersonalment en les quals els membres del grup dominant obtenen privilegis a costa de subordinar els altres. Aquesta mena de pràctiques es justifiquen mitjançant arguments de superioritat o diferència (18). S'ha demostrat que la percepció de discriminació afecta negativament la salut física i mental (19-24), indueix a una utilització subòptima dels serveis de salut (25, 26) s'associa a hàbits i estils de vida poc saludables (27) i, en context sanitari, està molt lligada a la insatisfacció dels pacients (28). Per altra banda, la discriminació –percebuda o objectivada– afecta indirectament la salut i el benestar dels qui la pateixen, mitjançant l'efecte que té sobre l'estat d'alguns determinants socials de salut com ara les condicions laborals o el suport social (24, 26, 29).

En un altre ordre de coses, si es tracta de saber quins són els elements que juguen a favor del compromís professional en el tenir cura de la diversitat, Vanderbilt *et al.* (30) en el seu estudi per esbrinar quines són les bases del compromís professional en la reducció de les desigualtats en salut, assenyalen com a decisiva la implicació personal del sanitari, implicació força sovint desencadenada a partir d'haver-se experimentat vulnerable, pobre o connectat amb les minories. En aquest mateix treball, Vanderbilt *et al.* suggereixen que la responsabilitat del pacient i el respecte mutu en la relació professional - usuari es basa en el manteniment d'una relació entre iguals que afavoreixi l'apoderament del client. Si es tracta de saber quin és el resultat de l'esforç per minimitzar la desigualtat en l'atenció a la salut, més enllà d'indicadors

de resultats allunyats de l'essència de l'acte clínic, pensats més per complaure els gestors que no pas els pacients, Ruiz Moral (15) el mesura en termes de creació de confiança: «hacernos merecedores de la confianza del paciente puede ser lo que mejor detecte este esfuerzo y seguramente representa un buen índice de calidad de la atención que ofrecemos».

La presentació dels resultats d'aquest capítol s'ha organitzat segons els quatre eixos a partir dels quals els informants construeixen la seva percepció d'interacció amb els professionals, a saber: la confiança-desconfiança, la satisfacció-insatisfacció, l'experiència de discriminació i el prejudici.

La satisfacció i la confiança són conceptes molt pròxims. De fet, la confiança sovint forma part dels criteris utilitzats per mesurar la satisfacció (3, 31-34), aleshores, quina és la raó de considerar-los separadament? Per una banda, la confiança ha estat específicament i àmpliament abordada per les persones entrevistades com una qüestió central en les seves relacions amb el sistema de salut, mentre que la satisfacció es configura com una construcció en la qual hi participen diferents dimensions. Una altra raó, i molt més important al meu entendre, és que la confiança, o més ben dit la desconfiança, comporta implícitament la percepció d'inseguretat, vulnerabilitat o, directament i explícitament, de risc; mentre que aquest component –tan important si es tracta de la salut– no és present en les altres dimensions de la satisfacció. En altres paraules, la confiança és un criteri de satisfacció que va més enllà de la percepció de benestar i que es relaciona íntimament amb la percepció de seguretat de l'usuari. En aquest intent d'acotar ambdós conceptes, cal fer notar que sovint són els mateixos fets els que en uns casos s'identifiquen com a generadors de confiança i en d'altres només comporten satisfacció, tal com també passa amb la desconfiança i la insatisfacció. Aquesta és una distinció que han fet els entrevistats i que, intencionadament, he volgut conservar amb aquest abordatge diferenciat.

## **5.5.2. Resultats**

### **5.5.2.1. Què és i com es crea la confiança?**

Les persones entrevistades deixen clar que la confiança es crea i creix –o no– en desenvolupar-se la relació, tot i que en aquesta relació no es parteix de zero. La professionalitat –que al seu torn és també generadora de confiança– hi és per defecte. Alguns usuaris, quan se'ls pregunta si es refien de les decisions dels professionals, no les qüestionen. Senzillament, donen per fet que s'hi pot confiar perquè entenen que el saber i el bon fer professional és inherent a l'exercici de la professió. D'entrada, doncs, la professionalitat no cal demostrar-la. Hi és: «Claro. Sabes que... el que sabe, el médico. ¡Claaaro! Su trabajo es que sabe qué hacer» (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

Diverses maneres de fer han estat identificades com a creadores de confiança, com ara les petites accions que el professional realitza voluntàriament per donar satisfacció a necessitats

de l'usuari no estrictament sanitàries, com poden ser llegir una carta a una persona analfabeta, solucionar dubtes en relació amb determinats tràmits burocràtics, o actuacions extremes de recordatori de les cites concertades. Això allibera l'usuari de maliances cap al professional tot permetent l'accés a intervencions de salut que, un cop establerta la confiança, seran enteses des de l'interès genuí del professional cap a l'usuari:

[...] potser només perquè jo sóc del Marroc, sempre... bueno... me portava també cartes [per llegir-li]. Lo que le... bueno, lo que fa falta li explico, li explico todo lo que necessita. Es troba que sempre li faig les coses, bueno... lo que le toca de la faena, li faig, i parlo. Li digo: «bueno... no...» –perquè no té la dona-. Per exemple, aquest home, especialment, no té ni a la dona aquí i sempre... bueno, no pot anar al Marroc per temes de salut, i bueno: «tranquilo...». Bueno, li parlo així i m'escolta... no sé per què però m'escolta i confiava en mi. Sí... només confiava. Molta gent. Bueno... t'he dit que he tingut sort amb la gent, que confiava en mi... lo que les dic, a vegades me fan cas (E11. Mediodora, àrab).

La confiança també es crea transmetent sensació d'honestedat i demostrant interès genuí per millorar el benestar de la persona. L'usuari sent que el professional té un interès sincer per millorar-ne el benestar quan, més enllà de rebre disjuntives, percep que hi ha un intent per part dels professionals de respectar els seus interessos i d'entendre'l en les seves diferències. De buscar solucions conciliadores que facin compatible el dret a la salut amb el dret a ser i estar en el món d'acord amb la pròpia essència. L'exemple més clar de tot això el trobem en els esforços d'alguns professionals per compatibilitzar el dejú del ramadà amb determinades situacions de salut en què, a priori, pot estar desaconsellat. Els usuaris interpreten com una mostra de respecte i d'interès el fet de buscar solucions que, sense posar en risc la salut, permetin al creient musulmà la pràctica religiosa durant el mes del ramadà. És més, la constatació d'aquest esforç per part dels professionals, els fa més permeables a consells de salut que, altrament, no serien ben rebuts, però que s'accepten per mor de la confiança que inspira el professional. Heus aquí un exemple de proposta alternativa per al dejú del ramadà en una dona embarassada:

-Ella [la llevadora] le dijo: «pues usted ahora –cuando ella estaba embarazada– podrá comer, podrá comer. Ahora, tú puedes comer, y luego, a posteriori, puedes recuperar otros días, porque incluso, en Bonavista, hay muchas mujeres magrebina que hacen [el ayuno fuera del mes del ramadán], y podéis así conjuntamente recuperar el ramadán». Y ella [la paciente] entonces dice que la llevadora, pues ya tiene una idea que hay mucha gente que celebra el ramadán, que hace el ayuno... Sí, la llevadora sabe, y ha visitado Marruecos.

-Se necesita tolerancia, tolerancia [murmuri de fons que tradueix el traductor] (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

A alguns usuaris, en segons quines circumstàncies, els costa identificar el mediador com una figura neutra, a mig camí entre el professional i ells mateixos. El mediador pot ser vist com algú amb qui l'usuari comparteix –si més no– l'origen, la llengua i la religió, tal com ho demostra aquest relat d'un mediador:

Pues... yo delante del médico se lo pregunto: «¿Por qué haces el ramadán?» y me dice: «¿tú no lo sabes? ¡nosotros somos musulmanes!». Pero... explícate tú, jejejeje... (E18. Mediador, àrab).

Però també pot ser vist com algú al servei de la institució:

Sí, al principio también era muy que te ven en ti una, unaaa... atea, y tú estás haciendo tu trabajo. Estás explicando que siendo diabética y... no debes de hacer ramadán. Entonces, directamente eres atea y la próxima clase no vamos a venir ¿vale? (E12. Mediadora, àrab).

La dificultat de reconèixer l'equidistància del mediador entre usuari i professional pot fer que el mediador sigui considerat com a deslleial a la comunitat. Així doncs, l'usuari que recela de la institució i el que aquesta representa, pot recelar, també, del mediador i de la neutralitat de les seves intervencions en bé de la salut i de l'entesa entre les dues parts. Des d'aquesta perspectiva, la mediació és vista com la intervenció esbiaixada d'un membre de la comunitat que s'ha passat de bàndol. La relació que neix amb desconfiança i rebuig pot canviar i afermar-se amb el coneixement mutu propiciat per la malaltia, per la demostració dels efectes de la mediació en la salut i el benestar de les persones, per la constatació del pacient com a centre d'interès i pel recurs a estratègies que conciliïn les motivacions personals amb tenir cura de la salut. En aquest punt, sorgeix la confiança i el canvi d'actitud:

Pero... cuando se presentan los problemas y vienen con... con el azúcar alto, a urgencias, y te llaman y te dicen «explícale esto» o... para educarla en la habitación, o para los niños también cuando vas explicando las cosas el porqué no... por qué no hacer ramadán, o el porqué no hacer ciertas cosas... Las mujeres embarazadas al principio también te decían «bueno... yo no puedo porque... yo con mi madre», ¡y yo con la mía! pero no... no sabemos si ahora las dolencias que tiene y los, los... no sé, tan mal que se encuentra a los sesenta años, no sé, no sabemos por qué, porque estaba haciendo... o los huesos que le duelen y todo, a lo mejor haciendo ramadán estando embarazada o dando el pecho o haciendo tantas cosas a la vez, a lo mejor esto le ha perjudicado la salud, también. Y... lo van entendiendo. Y las mujeres de este año, en ramadán, la mayoría no hacían el ramadán, y muy contentas y tranquilas. Y también, cuando tienes estudios y vienes con, con argumentos ¿religiosos? no religiosos, no religiosos, argumentos sólidos –religiosos suena de monja y... de burka y todo–, no, bueno, cuando vienes con... creen en ti, creen en ti. Y cuando cuentas tu propia experiencia y... y cuentas lo que dice el Profeta, también, en que... encuentras en que lo han escuchado pero no saben si es verdad o no, pero cuando lo explicas tal y como lo han escuchado y vas dando argumentos, más argumentos de la «sunna» del «hadit» –que es lo que ha dicho él, el Profeta– de versos coránicos y haces la comparación y también sales con que Dios lo que quiere es que estemos bien, eeee... físicamente y emocionalmente, mmm... bueno, se convencen (E12. Mediadora, àrab).

Una altra estratègia utilitzada pels mediadors per generar confiança entre els usuaris potencials consisteix a oferir-se sense forçar. Mostrar disponibilitat sense imposició transmet un missatge de respecte que és ben entès i ben rebut per l'usuari, el qual s'atreveix a provar el servei de mediació. A partir d'aquí, l'experiència dels beneficis de la mediació genera un usuari satisfet, segur de no ser jutjat, que torna a fer ús del servei i, encara més, que en fa promoció entre els seus. Aquesta és l'estratègia d'una de les mediadores:

Sí, sí... Em demanen los homes, em demanen les dones... A vegades hi ha... a vegades veig alguns homes amb aquesta barba que són molt radicals... i a vegades no me acerco, no sé... dic... bueno, quan me necessiten ja sap que estic allà. I sí, que me demanen, que estan molt contents i porten les seves dones i li expliquen «mira aquesta dona esta aquí, treballa aquí...» (E11. Mediadora, àrab).

Per altra banda, inseparable de l'absència de crítica a les maneres diverses d'entendre el món hi ha la garantia de confidencialitat que constitueix un altre pilar de la creació de confiança:

Els primers dies sí que explicava, mira això es quedarà aquí perquè en ves de portar una veïna que sap la teva enfermetat o algo i va a portar-la fora, jo, como si no existo. Joestic allà, però... I m'ha passat que la gent me diu: «aquesta que està al metge, què le passa? I aquesta què le passa? I aquesta què té? I aquesta ha vingut? I aquesta no ha vingut?». I jo dic: «no sé, no sé... pregunta-le. Ella està allí sentada, li pots preguntar». I vénen a explicar-me coses que no... que els hi costa explicar, vénen a preguntar-me noies que han perdut la virginitat, i me diuen per exemple per la reconstitució de l'himen, saps? I queestic treballant en una zona que se sap tot... però la gent s'han confiat en mi (E111. Mediadora, àrab).

Alguns mediadors expliquen que l'experiència de confiança aplanam el camí de la relació amb la institució i els professionals. Així, doncs, la persona que en el seu contacte amb els professionals sent que li solucionen els problemes i s'hi sent ben tractada, constata que el sistema té instruments per ajudar-la quan ho necessita, de manera que quan l'usuari torna a necessitar atenció torna a acudir al sistema, perquè hi confia. Veu una solució als seus problemes de salut sense l'exigència de contrapartides absurdes. Al seu torn, quan la institució és digna de confiança i capaç de crear-la, acompanya l'usuari en la transició de la dependència cap a l'autonomia en la utilització dels serveis de salut, entesa aquesta autonomia com aquella manera de fer en què les persones sol·liciten ajuda quan cal i ho fan amb l'equilibri de mitjans que el seu problema requereix:

Pero más o menos yo creo que adonde van los tiros, el tema de la autonomía personal es crear aquel terreno de confianza. A lo mejor a lo que se refiere... –porque un mediador puede que trabaje con alguna persona que nunca ha acudido al sist de salud– hay una persona que dice que nunca ha sido operado, que no ha tomado medicación, que nunca ha seguido un tratamiento y por lo visto hemos trabajado con él y el señor es cuando ha visto que con la medicación por lo visto ha mejorado y ha creído un poco en que la medicación le ha servido de algo y yo creo que el tema de la autonomía es más o menos aquel terreno de confianza que se ejerce ¿no? Confianza en el sistema, en las personas... –estando yo a lo mejor más confianza, pero a lo mejor aunque no estoy yo, se ha generado una comunicación, un acercamiento– y eso a lo mejor es lo que se procura con el tema de que las personas puedan tener autonomía, por lo menos para acudir a un centro. Que luego entiendan o no entiendan es otra cosa porque hay personas que han tenido una mala experiencia en algún centro y tal y luego tienen prejuicios o han tenido alguna mala experiencia con algún profesional... y empieza y dice aquel hospital es muy malo... jejeje... y generaliza (E18. Mediador, àrab).

Per altra banda, els efectes de la confiança en la relació entre l'usuari i els professionals i les institucions van més enllà i incorporen, també, el valor de ser la condició prèvia que permet arribar al coneixement profund de l'altre per descobrir-ne aquelles dificultats relacionades amb el manteniment i cura de la salut que no sempre són fàcils d'explicar ni de veure, tot i determinar, en certa manera, l'estat de salut de les persones i el seu comportament en relació amb aquest tema.

Muy importante el hecho de que esta persona... de que se establezca con esta figura, se, se establezca, se establece un... un, digamos, un hilo de confianza a aquel centro. La persona acude y... a lo mejor... aquel usuario es cuando te puede comentar sus problemas, sus penas, sus angustias, a ver qué obstáculos... porque hay personas que vienen a vernos y muchas veces tienen, tienen, tienen dificultades y te las sueltan.

No es lo mismo... dificultades que puedan ser... la mayoría ya te digo, la mayoría son sociales y económicas. Que yo hmm... por ejemplo, a lo mejor pues te comentan... pues que... no está trabajando o el marido está solo trabajando y la mujer no tal, y no tienen, digamos, ni siquiera para comer, y claro... la medicación pues... les sale cara (E18. Mediador, àrab).

### 5.5.2.2. Sobre la desconfianza

A l'altre extrem d'aquest eix hi ha la desconfiança. La desconfiança es lliga a la malfiança de les actuacions dels professionals i a la inseguretat. Per bé que la creació de confiança anava molt lligada al fet de transmetre la sensació que l'usuari és important de manera incondicional, la desconfiança neix, sobretot, de la percepció de manca de professionalitat. Així doncs, es genera desconfiança en aquelles situacions en què el professional sembla inexpert en fer palesos dubtes professionals o tècnics. El testimoni que es mostra seguidament, parla dels motius pels quals una informant va sentir por pel desenllaç d'una actuació urgent en una situació de risc vital: «Mira, escucho el anestesista que le dice: "este es fuerte" y el otro dice... "¡no, déjame probar esto. Déjame probar esto!"» (GF2. Dones, àrabs, universitàries). En aquest mateix cas, la usuària va tornar a experimentar inseguretat en rebre instruccions contradictòries de diferents professionals, a causa de les quals va patir un petit accident:

Y después me dice, me dice [el profesional] «¿Qué te pasa? ¿Cómo estás?». He dicho: «cuando me he levantado me he caído en la ducha». «¡Pero está apuntado que no puede levantar la chica!» [respon el profesional]. Me pregunta: «¿Quién te ha dicho de levantarte?». «¡La chica que me dijo: "¡vuelve a tu casa!"» [respon l'usuari tot referint-se a un altre professional que va actuar prèviament en el cas] (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

L'efecte és semblant quan es transmet la sensació que no hi ha un veritable treball en equip, que els professionals no es comuniquen entre ells i que les accions s'executen sense rigor ni implicació. El mateix testimoni estableix una relació entre aquesta manera de fer i la prevenció que sent envers els professionals que l'atenen:

Otra cosa, en el reporte, tiene que poner alergia de qué, de qué cosa... Sí, tengo alergia a la penicilina [...]. Sí, cuando la escucho que vamos a dar penicilina digo: «¡Que no! Que estoy... tengo alergia de la penicilina». Le he dicho... «¿pero no está apuntado?». Ha cogido un bolígrafo como amarillo, un... sí, un marcador, y lo pone de una manera que... ¡Que hay unas cosas que pasan que...! (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

En un altre ordre de coses, les dificultats idiomàtiques entre usuari i professional obliguen a una comunicació molt rudimentària en què hi ha omissió de continguts importants i costa molt argumentar les decisions professionals, o, si més no, transmetre la idea de la incertesa inherent a tota decisió mèdica. Quan això passa i el professional no actua segons les expectatives de l'usuari, aquest no pot identificar una raó en funció del seu benestar i més aviat pensa en beneficis secundaris per al professional. A tall d'exemple, vegeu com justifica una de les entrevistades el fet que des del servei de parts la fessin tornar a casa i un cop allí hagués de tornar al cap de poc temps per un problema greu que va requerir atenció urgent:



Yo creo que porque no hay nadie en el servicio. Como no había nadie quería no trabajar, porque la chica que ha salido antes ha dicho a mi marido, creo que ellos decir van guardar tu mujer, van guardar. Ellos decir vuelve e si hay el parto hoy, viene con caso de urgencia o con ambulancia... (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Malgrat les dificultats dels professionals per comunicar a l'usuari els arguments en què basen les seves decisions per tal que l'usuari les entengui i les accepti, no es pot excloure la possibilitat que, efectivament, aquestes es recolzin en motivacions de benefici secundari per al professional, tal com apunta el testimoni. Sigui com sigui, la manca d'explicacions del professional en aquest sentit, obre la porta a la suspicàcia, fins i tot quan hi ha raons que justifiquen decisions contràries a les expectatives de l'usuari que, sense entendre per què se l'ha contrariat, resta decebut, quan no recelós, de la decisió adoptada.

Seguint amb aspectes de la comunicació que socaven la confiança entre professionals i usuaris magribins, és obligat fer referència a la utilització de paraules-frase que, per bé que sintetitzen amb pragmatisme una determinada informació, obliguen a prescindir de matisos i subtileses, agafen un caire impositiu i afecten la comprensió global de la situació tot generant, altre cop, desconfiança o, si més no, la insatisfacció de l'usuari. Aquest és el cas de l'ús de la paraula «prohibido» en una situació urgent per justificar certes restriccions, com ara que el marit no pugui acompanyar la seva dona en el moment del part:

Diu que la seva dona va haver de cridar perquè se sentia el nen que sortia i ja el tenia mig fora. Van venir de seguida, va tenir el nen molt ràpid i també li van haver de fer el tall. No ho entén. Tampoc entén perquè no el van deixar passar. Durant el part li han dit: «¡prohibido!». I ell no ha entrat, però li hauria agradat ser-hi. El van deixar entrar quan l'estaven cosint i això ja no li va agradar tant, li hauria agradat veure com sortia el nen (EI6. Usuari, àrab).

Actualment és pràctica habitual a gairebé tots els hospitals de Catalunya que les dones pareixin amb algun acompanyant al costat sempre que no es prevegin complicacions, també a l'hospital on van passar els fets relatats, de manera que es pot entendre que l'exhortació «¡prohibido!» atén a raons d'urgència i complexitat de la situació més que no pas a la negació capriciosa d'un dret, tot i que a ulls de l'usuari podria fer aquesta impressió. Altres expressions extremament simplificades han estat identificades pels usuaris entrevistats com la restricció d'un dret, malgrat que la descripció de la situació fa pensar en la dificultat del professional per explicar quina és la millor opció terapèutica en aquest cas:

Como... como duele, por ejemplo, la espalda o algo, yo necesito inyección. Él me ha dicho: «No, pastillas». ¿Por qué? Yo digo... «inyección». Él me ha dicho: «No tenemos inyección». Yo digo... «no estamos en África», es mi opinión (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Sembla prou clar que la interpel·lació del professional dient «No tenemos inyección» fa referència a la manca d'indicació de medicació injectable per al procés pel qual es consulta. No obstant això, l'usuari la interpreta com la manca de disponibilitat de medicació injectable o, encara pitjor, com una excusa per no donar al pacient el que ell creu necessitar, ja que,

evidentment, costa de creure que en el context en què tenen lloc els fets no es tingui accés a medicació injectable.

A una altra escala se situen aquelles actuacions que, sense afegir cap millora objectiva en el maneig de la situació, connoten un perjudici cap a la capacitat intel·lectual de l'usuari, com ara el canvi de medicació sense canvi de principi actiu, plantejat com una opció terapèutica diferent de l'anterior:

-Mi [jo] estudio dos años de biología y lo sabes [sé] de los productos de los médicos. Cada cita, sí, cada experiencia deja un medicamento, siempre un medicamento diferente pero lo mismo. Lo mismo.

P: ¿Crees que esto es habitual?

-Setenta por ciento.

-Otro caso... su madre tiene... no sabe si tiene eccema o algo. Le han dado una crema y no... bueno, le pasa lo mismo. Le han dado otra crema que es lo mismo, que tampoco tiene para comprarla y se ha quedado la de antes, sí. Como ratas de laboratorio ¡sí! (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

El canvi de medicació sense canvi de principi actiu pot tenir, certament, algunes indicacions, sobretot econòmiques. Ara bé, el descobriment casual d'aquest canvi sense que hi hagi hagut explicacions prèvies genera la sospita que l'usuari és menystingut, ja sigui per la seva capacitat intel·lectual o pel seu sofriment i, en definitiva, desconfiança.

### 5.5.2.3. Sobre la satisfacció - insatisfacció

Les experiències de satisfacció en la interrelació amb els professionals estan lligades a les habilitats de relació interpersonal. D'entre elles, una de les més valorades és la voluntat de crear un clima de relació favorable tot donant mostres verbals i no verbals d'interès per escoltar i entendre l'altre. En aquest sentit, l'usuari identifica com a mostra d'interès que el professional no transmeti sensació de pressa:

Para mi niño yo he pasado por plusieures, plusieures infirmières... que hay que coge el nene así [mou les mans ràpid com si hi tingués alguna cosa semblant a una pilota i l'anés girant], deshabellez, pónelo: ¡plam! [Fa un cop de mans]. ¡Ya está! Et il y a d'autres que pregunta, que pregunta todo que se pasa en la casa, con los niños, con... (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Que explori vies alternatives a la comunicació més enllà d'entendre's en català o castellà:

La pediatra, la primera vez –no es catalana la pediatra de la primera vez– que habla conmigo dice... «podemos hablar un poco de castellano e un poco de francés». Porque me entiendo un poco de castellano [jo puc entendre'm una mica en castellà], pero no podemos hablar mucho. La primera vez cuando hablo con la pediatra es muy bueno (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Que s'esforci per entendre i fer-se entendre:

Yo hablar un poco, después todo de manos [fa gestos d'explicar-se amb les mans]. La doctora, ya está... habla de cosas, si una cosa no sabes, habla de... manos, esto e esto e ya está, la doctora todo sabe. La doctora entiende (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

#### I que mostri actitud corporal de calidesa i proximitat:

Por ejemplo ya un día que estoy esperando para que me sacan sangre como estoy cansada me he sentado así [fa com que s'acotxa] e me ha visto de dentro e se ha levantado e que me ha dicho, me ha preguntado así [fa gest d'ajupir-se i buscar la mirada] «¿Qué le pasa?». Pero las otras personas no. Es una persona muy afectuosa, es... muy especial. Pero me parece que de sus trabajos ya trabajan, de sus deberes ya lo hacen, ya... casi no he encontrado a una persona que no... sí, que tiene deberes ya lo hacen, pero... como lo hacen hay diferencia. Que hay personas que hablan muy bien, que te preguntan, que te caressen [acaronen], que te... pero otras personas casi no hablan (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Més enllà de la voluntat i les habilitats per entendre's, l'extensió holista de les intervencions és ben rebuda per l'usuari magribí, que prové d'un entorn on la cura de la salut és un mandat diví amb efectes sobre una persona que és i se sent cos, ment i esperit, i sobre la família, la comunitat i el medi ambient (35, 36). El testimoni següent parla dels efectes dels afectes en la salut, de la connexió entre les experiències de vida i la percepció de benestar i de la necessitat de sentir-se escoltat i comprès per trobar-se bé:

Para mí la comadrona es muy buenísima, si tengo un problema en mía, mi casa, puede le hablar, e que tenemos que... qu'il y a relation entre la santé et ce qui vive les gents, c'est pour ça que je sent que c'est une amie, n'est pas une comadrona. Mi comadrona es una amiga mía, no es una comadrona, no voy a hacer para que me das un medicamento e vuelvo a casa, no, yo voy a hablar. Hay algunas veces que no me das medicamento, cuando se habla con ella ya está. Pero hay otras personas [professionals] que dice... no buscar de qué viene el problema, dice: «hacer esto, tengo que hacer ecografía...» pero no te escucha que te sientes ¿entiendes? Hace la ecografía y todo, no hay nada, ya está. No hay nada, vale... (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

També són font de satisfacció aquelles intervencions professionals impecables que, per bé que es tracti d'intervencions exigibles en nom de la seguretat del pacient, poden fer-se de moltes maneres segons el tarannà del professional. Vegeu el testimoni d'una dona que davant d'un part imminent va ser acompanyada a l'hospital pel seu metge de família. La dona ressalta com a valors de l'experiència, la proximitat humana del professional, el respecte amb què va ser tractada i la seguretat que va percebre. Es tracta, sobretot, d'una experiència on hi coincideixen diferents dimensions de la satisfacció, amb una menció final a l'absència de por, és a dir, a la confiança:

-Diu que a ella la va acompanyar el metge d'aquí, que la visita sempre [esclata a riure, mig divertida mig avergonyida], perquè estava a punt de parir. Llavors la va acompanyar... [totes riuen]. Diu, quan estava a punt de que sortís la criatura va marxar.

P: Com es va sentir amb l'acte del metge?

-Diu que està molt contenta que l'hagués acompanyat, no tenia por, llavors, diu... «perquè si no... anar sola...». El seu home treballava. Diu: «i a més a més, va estar tranquil·la». Diu: «a l'operació li deia: "mira, ara et tallarem"», li deia de broma. És molt bromista, aquest metge (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

Les formes i el que transmeten també són importants, tant, que una de les mediadores parla del tracte rebut com a element determinant a l'hora de jutjar l'experiència viscuda:

P: Què és el que més valoren els usuaris magribins?

-El tractament. El tracte de les persones... és que... encara que ells són bons professionals i no sé què, però si no els tractes bé, van amb aquest... I quan els tracten bé la gent... diu... és que aquesta persona m'ha tractat... estan agraïts. Sí, molt, molt molt! Diu... «és que m'ha tractat molt bé, me diu... me pregunta, me fan, me diuen... saps?». És la cosa que més queda, a part de... a part de tot, és lo que et queda al cap! Com a persona s'ha sentit cuidat, sí, sí, sí.

-Especialment una persona, per exemple, aquests que no porten molt de temps aquí i s'ha anat a parir, o no sé què, ha estat ingressat i se comporten bé amb ells i estan encantats amb la gent... (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

El tracte humà és, fins i tot, més important que el resultat final de la interacció. Dels testimonis es desprèn que l'usuari sap entendre les dificultats per solucionar els problemes de salut que l'afecten, i fins i tot pot disculpar un resultat final insatisfactori, sempre que el tracte hagi estat càlid i pròxim, tot donant mostres d'haver entès la incertesa inherent a les decisions de tractament i cuidatge:

Sí. El metge o la infermera d'ells, quan ve, parla amb el nen, se riu... no passa i et mira així malament, saps? Aquesta manera de comportar... aquest comportament de professional lis dóna confiança i diu que «es porten bé amb nosaltres, encara que potser que el tractament no funciona». La manera d'actuar els fa sentir a gust (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

En definitiva, doncs, el que compta perquè les persones que han estat entrevistades se sentin satisfetes en la seva relació amb els professionals, més enllà del que ja s'ha dit quan es parlava de la confiança, és un tracte digne i humà, que doni mostres del compromís amb la salut i el benestar de l'altre, sensible a les dificultats de comunicació, curós amb els significats implícits i explícits que transmeten tant els gestos com les paraules, actiu i creatiu en la cerca de solucions i que entengui la salut com un tot en equilibri que s'afecta per l'estat de les parts.

La insatisfacció s'ha identificat en aquells relats en què s'hi detecta decepció de l'usuari sense que, a diferència de la desconfiança, s'hi trobi recel ni s'hi qüestionï l'honestedat professional. De la mateixa manera i a diferència de la percepció de discriminació, s'han considerat experiències d'insatisfacció aquelles en què l'usuari expressa una queixa sense que n'atribueixi la causa a tracte diferencial entre usuaris per raons d'origen. La insatisfacció està molt relacionada amb les expectatives de l'usuari en la seva relació amb els serveis de salut, amb experiències de salut prèvies i amb l'accés a la informació en un món globalitzat.

Pel que fa a les expectatives de l'usuari, aquest factor agafa pes en cas de patiments crònics que, sense comportar un risc vital, causen una molèstia constant, com ara els mals d'esquena. En aquests casos, la intervenció proposada pel sistema és una intervenció pal·liativa del símptoma sense que el pacient percebi que hi ha altres intervencions orientades a curar del tot la malaltia. La necessitat constant de control del símptoma crea la sensació de tebiesa dels professionals i/o el sistema en la solució del problema i, al capdavall, genera insatisfacció:

Casi con tres años, siempre que va el médico coger [em dóna] de calmante, de calmante. E siempre deja una cita para la operación e cuando era para hacer la operación, siempre cambia la cita. Tres o cuatro veces. [...] Desinterés, tienen desinterés (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Obligat a viure amb el símptoma, l'usuari necessita sentir que hi ha interès i diligència per esbrinar la causa del problema i tot sovint troba a faltar que se li facin més proves. Percep que la solució del problema es fa esperar més del que pot ser suportable i, altre cop, veu frustrades les expectatives d'atenció:

[...] por ejemplo si... te duele algo, que... que te cojan de una vez. Primero al médico, después si no sale bien te dan [que et demanin] al escáner, si no sale bien... bueno... hasta terminar este tema de... de este dolor, que el tratamiento... que da una... te da una... que da una resultado muy bien, que te quedas sin dolor e saber muy bien de qué se trata este dolor. Por ejemplo, te doy una... yo tengo siempre dolor de espalda, e me voy a l'hospital, te digan [et diuen]: «bueno, no tienes nada». ¿Cómo que no tengo nada e siempre el dolor ahí? Y... no te dan escáner, siempre, no te dan escáner. E si te dan escáner, dentro de... casi un año, e tú te quedas ahí sufriendo con el dolor (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

L'usuari, que en última instància busca posar remei als problemes de salut que l'afecten, també espera que les persones i el sistema ho facin d'una determinada manera.

L'usuari espera que se'l mirin:

¿Sabes qué? Hasta ahora tengo cinco años, creo que solo una vez que mi médico de cabecera me... me ha... ha explorado. Solo preguntando... ¿qué te pasa? Tatá y ya está. ¡Solo una vez! No puede ser que... no me ha pasado durante este tiempo algo... (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

L'usuari espera que el professional li expliqui què està passant i com fer per cuidar-se:

E antes, la primera vez que... la primera vez fue al endocrino es la primera vez que yo... yo soy diabética, ya lo sé. Me habla como si... tengo años, ¡eh!, como si soy diabética desde muchos años: «Vale: tienes que hacer esto, e después, eh, análisis... ya está» [fa un cop de mans, com enllestint el tema]. Para mí es una maladie... ¿malaltia? ¡es nueva! (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

L'usuari necessita sentir que el professional que l'atén està per ell, malgrat les dificultats:

Diu que no es prenen gaire temps. Si veuen que et costa d'explicar-te, et fan sentir com una nosa i no s'esforcen. Deuen pensar que és el teu problema. Si prova d'explicar-se i li costa diu... «no puedes [no puedo] perder el tiempo, tiene mucha gente esperando». Diu què li fa mal, li fa una recepta, «tómame esto» i ja està. Tot el rato a l'ordinador. No el mira. No el toca. No li explica res. El metge d'ara, sí –diu–, li mira l'esquena, li pregunta, el toca, però la d'abans no. L'ordinador, la recepta... i ja està (EI6. Usuari, àrab).

Oh, no, no... te pasa dos minutos, tres máximo, solamente. Nada más. El amprime el ordenador e «gracias, hasta luego». No... La mayoría de la enfermedad que vaya al médico no lo sabes que tienes, la mayoría de la enfermedad que vaya al médico no lo sabes que tienes (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Els resultats ens parlen d'experiències d'actuacions professionals ben diferents pel que fa al tracte, l'exploració, la història clínica, etc., fins i tot en contextos iguals –el mateix malalt, el mateix CAP, la mateixa especialitat–, de manera que sorgeix la idea que, malgrat les dificultats amb què de ben segur es troben els professionals, la seva manera de fer és determinant a l'hora de construir l'experiència d'interacció entre l'usuari magribí i el sistema de salut: «Encuentro una diferencia entre dos médicos. El verano está vacaciones mi médica e viene otra médica e cuando fuiste en el médica él te me explicaba mejor de antes. Encuentro una cosa buena...» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

El sistema –diuen– és bo perquè és universal, gratuït i de qualitat –«Muy bien, muy bien, todo pasa bien aquí, el... que buscamos todos los besoins, les besoins médicaux, on trouve, trouve tout. Mejor que en nos países, ¿entiendo? En nos países, si no vamos pagar, no vamos tener» (GF2. Dones, àrabs, universitàries)–, al contrari del sistema dels països d'origen, al qual no tots poden accedir-hi en condicions d'igualtat, sovint per un problema de diners. O bé no tenen diners per pagar el servei o no en tenen per subornar els professionals:

La sul diferencia aquí importante es el médico es para todos, aquí. En Marruecos necesitas de pagar algo de... algo. E la segunda hay de... ¿cómo se llama?... de médico en Marruecos que cobrar negro para hacer operación, para visita. Si tienes un médico que conoces te pasar primero. E algo de cosas que viene de emergencia, él deja aparte, no [le] importa. Si no tienes dinero... e aquí, estas cosas no están aquí (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Aquí, tot i lloar les bondats del sistema, són els professionals els qui –segons els testimonis– fan la diferència. Ells decideixen –o no–, agafar-se el temps necessari per escoltar els pacients, esforçar-se per fer-se entendre, dirigir-se a les persones pel seu nom, aixecar la vista de l'ordinador per mirar-los als ulls, respectar el pudor dels homes i les dones vergonyosos a qui no agrada ensenyar el cos, commoure's pel sofriment de l'altre i donar un tracte digne a les persones, pel sol fet de ser-ne. Els professionals –malgrat allò que diguin les institucions– poden fer, de portes endins, el que vulguin. Aquesta és la percepció que els usuaris expressen en les seves declaracions: «Todo en la infrastructure sanitaire on se sent sur cet sense [...]. Creo que hay gente que aceptar que nosotros vive aquí y que hay otros que rejettent. Pour céla il y a dos categories en... en los profesionales» (GF1. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

L'usuari arriba a aquesta conclusió després que ha viscut experiències de tota mena amb diferents professionals, del CAP o de l'hospital –metges, llevadores, infermeres o

administratiu—, al poble o a la ciutat, imposats o a conseqüència d'un canvi sol·licitat per l'usuari<sup>1</sup>:

Dice que daban, o sea, eee, él comparaba, él comparaba porque dice que el médico que tienen ahora es un médico paciente..., les preguntaba, «¿les hace falta alguna otra cosa?», le explicaba bien y tal... y en comparación con la doctora que tenían antes es o sea, impaciente no, la, la... y quería... parece que quería acabar antes, pero él la experiencia que tiene ahora... pues... que muy bien (E15. Usuari, àrab).

Les expectatives de l'usuari sorgeixen, tal com hem vist, de la necessitat de solucionar un problema sentit. Però, les expectatives també les crea el sistema. De vegades, el sistema no manté una coherència d'estil al llarg del procés per al qual es demana l'atenció, ni tampoc és capaç de fer entendre a l'usuari les raons d'aquest canvi. Així, doncs, hi ha processos que han estat tractats intensament en el seu inici i, de sobte, coincidint amb un canvi de nivell en l'atenció com pot ser el pas d'atenció hospitalària a domiciliària, l'usuari percep que hi ha un trencament en l'estil d'atenció, sense entendre per què s'ha donat aquest canvi, sense saber com fer recuperar el nivell d'atenció previ i sense ser conscient tampoc d'haver rebut alguna explicació de les institucions de salut. Vegeu el testimoni del pare d'un noi amb una gran discapacitat per un accident laboral, que va requerir ingrés a la Unitat de Cures Intensives (UCI) i posteriorment a la planta de rehabilitació. En el moment de l'entrevista, el noi viu a casa amb els seus pares que són els que el cuiden, sense rebre cap ajuda professional per al cuidatge del noi, que està en coma i que —segons explica el pare— ha patit un retrocés des que cap professional no li fa rehabilitació:

Parece que él [el pare del pacient] ha quedado algo frustrado con la atención, porque estuvo un tiempo con hospital, la rehabilitación, y después de un tiempo el tema de rehabilitación ya no... ya no vienen o sea para hacerle rehabilitación... [...]. En principio, antes venía, venía la enfermera de rehabilitación pues a casa pues a hacerle eee, o sea, la rehabilitación, y este año se extraña... se extraña, o sea... casi cuando terminaron el año pasado, casi a mediados de este año y ya casi hace un año que no... Dice que antes, incluso una mano que la tenía bien, ahora parece que tiene un poco de temblor y no sabe si es a causa de la falta de rehabilitación (E15. Usuari, àrab).

Pel que s'ha pogut veure fins ara, la satisfacció de l'usuari està en funció de les expectatives. La majoria de vegades l'usuari espera que el sistema actuï molt activament per solucionar el seu problema, tant des del punt de vista diagnòstic com terapèutic. Quan l'usuari percep que això no passa, la frustració de les expectatives previstes genera insatisfacció. Tot i que en aquesta idea que un hom fa sobre què es pot i no es pot esperar del sistema hi intervenen diversos factors, l'usuari hi té molt a dir. És per això que, ocasionalment, i al revés del que s'ha vist fins ara, pot donar-se la circumstància que l'usuari rebutgi iniciatives —al seu parer massa agressives— i se senti còmode amb tractaments més conservadors:

---

<sup>1</sup> N'hem donat exemple al llarg de tot el treball. El mateix usuari denuncia actuacions de professionals que l'han deixat —si més no— insatisfet i també en valora d'altres que, en contextos semblants, han complert amb escriure les expectatives.

No, per exemple diu que ella, ella li feia molt de mal la cama, tota. I aquí s'havia... ha anat a un munt de visites, s'havia fet de tot i no s'havia curat. I diu que ha anat al Marroc –aquí li havien dit que s'havia d'operar o no sé què– i ha anat al Marroc i s'ha pres uns medicaments i ara està perfecta. Però el problema d'anar al Marroc és que has de pagar, cada vegada que vas has de pagar i aquí ens ho cobreix la Seguretat Social, que és, diguéssim, una avantatge (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

Per altra banda, l'experiència prèvia de relació amb el sistema de salut –en aquest cas el del país d'origen– també contribueix a fer-se una idea sobre allò que es pot esperar del sistema. Les persones entrevistades, en comparar el sistema públic de salut d'aquí amb el sistema sanitari del país de procedència, consideren que el sistema català és massa especialitzat, compartimentat i poc resolutiu:

-Mira... la medical... ici n'est pas como... en Algérie, porque hay aquí la especialidad. Enfermera de pediatría no puede decir nada de otra cosa. Mi comadrona no puede... no puede tocar nadie, pero no... en otros países el médico tiene muchas...

-[...] En nuestro país el médico de cabecera es una enciclopedia. Todavía tiene más experiencia. Hasta ahora en nuestro país, tiene... la gente, la frecuencia para ir al médico de cabecera es más que para ir al especialista. Llevan al médico de cabecera, le mandan análisis e le dan medicamentos e menos veces ya van al especialista. Aquí me parece el médico de cabecera como una enfermera (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Els participants en l'estudi elogiaven la qualitat dels professionals dels seus països d'origen –«Al Marroc hi ha metges molt grans que són molt bons» (GF10. Dones, domini lingüístic baix)–, i se'n queixen, en canvi, del sistema.

El sistema de salut als països d'origen és –diuen– o bé privat, o bé públic amb deficiències i corrupte. Pel que fa al privat, l'experiència que expliquen és bona. Els professionals són resolutius, el temps d'espera per aconseguir cita és curt –«mucha gente comenta que allí la gente va mucho al privado porque es mucho más rápido y entonces no tarda, paga y va a comprar la medicación» (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà)–, i això és important, més encara quan les consultes s'han de circumscriure a l'espai de temps limitat per unes vacances o un viatge fugaç per altres motius: «I alguns que et diuen... alguns van al Marroc per anar al metge, alguns tenen confiança als metges d'allà, diu... “a mi... jo vaig al meu metge que...”» (E11. Mediadora, àrab). Al sistema de salut privat del seu país, l'usuari se sent ben tractat i no hi ha problemes de comunicació:

-También hay médicos que tratan bien en Marruecos.

-Dice que es por el idioma. En Marruecos, como es marroquí-marroquí se comunican bien y todo, e aquí como es marroquí-español te puede ser que... la falta de comunicación e todo esto, te da la sensación que... que no te explica bien o no te trata bien... (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

L'experiència amb el sistema públic de salut del Marroc és molt més decebedora, parlen d'una cobertura mínima:



El hospital de gobierno gratis: ¡nada! La mujer preñada, una miseria... ¿entiendes? (E12. Usuari, berber).

#### De corrupció, de retards premeditats en l'atenció per tal de forçar el suborn:

Y el otro comenta que el tema de urgencias, por ejemplo, van personas en un estado de urgencia urgencia y a lo mejor los dejan allí, y a lo mejor esto es tal vez una manera para que los otros... o sea como si les están diciendo indirectamente pues... si quieres que pasemos al tal urgente, tienes que pagar, tienes que sobornar. Y aquí no pasa eso, dicen (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

#### De mercadeig amb les receptes i els fàrmacs:

Comentaba ella, que ella... del tema de las recetas, de los medicamentos, que parece aquello un comercio porque, por ejemplo, para las mujeres embarazadas, pues cuando le recetan, le recetan una cantidad una barbaridad de medicación, duplicado, por triplicado porque cuando ella trae esta medicación, seguramente que lo que van a necesitar ellos para tratar a la paciente pues es la mitad o el tercio... y el tercio –allí en el hospital– entonces, se lo quedan para volver a venderlo. Y además, les molesta el hecho de que el médico, por ejemplo, les mande cuando les da la receta... no, no... para esta medicación tienes que ir a tal farmacia, porque ellos ya se conocen como un negocio que tiene que cobrar una comisión de esto y lo mismo para las analíticas. Para las analíticas, para los laboratorios te dicen... tienes que ir a tal laboratorio (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

#### I de tracte poc deferent i indigne:

Él habla también del trato, del trato de aquí con la gente hospitalizada y del trato con la gente hospitalizada allá en Marruecos. Además habla, precisamente, del paciente cuando está ingresado, hospitalizado, allí, por ejemplo, está muy nervioso, no está contento, no está en pleno descanso, allá, porque a lo mejor vas a visitar un paciente allá y «¿qué tal?» y te empieza a quejar, el paciente: «que el médico me ha dicho tal, que el enfermero...» en cuanto al trato. Aquí no, aquí vas y visitas a una persona hospitalizada lo encuentras alegre, contento... seguramente porque ha recibido un buen trato (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Així i tot, les pobres expectatives que genera el sistema de salut d'origen condicionen la valoració dels aspectes positius del sistema i els factors més apreciats per l'usuari magribí. Ja ho hem dit, l'atenció universal i gratuïta, i un sistema que no els discrimina en tant que estrangers: «Aquí [els magribins] igual que español, igual que todo el mundo» (E12. Usuari, berber).

Finalment, dir que les expectatives generades pels fluxos d'informació del món global poden ser també una font de frustració ja que, tenint la percepció de pertànyer al món desenvolupat, la realitat dels fets constata les dificultats i restriccions d'accés als avenços publicitats pels mitjans de comunicació, més encara si es tracta de continguts divulgatius dirigits al públic general sense coneixements mèdics.

[...] me parece que es la cosa... el nivel del médico. España es menor que otro país. Por ejemplo yo cuando veo el otro día el... la... Estados Unidos, hablan de un chico que tiene dos... ¿cómo se llaman esto de de la espalda? (¿las vértebras?) Sí. Que está un... que tiene fracturas, son trocitos, e como ha vuelto en una... sí... esos chicos que... que tiran en paracaídas. Cuando le ha pasado un accidente que se le ha rotado la pierna e dos vértebras, en nueve meses ha vuelto a hacer el paracaídas. Ya, que cuando veo estas cosas...

yo que siempre con dolor permanente ya me... yo digo que el nivel no es... no sé si el privado hay... es más adelantado, no sé, pero en esta parte ya me parece que es una cosa de todo el nivel de la medicina, del conocimiento (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

La insatisfacció també està lligada al tracte indigne que alguns usuaris han rebut d'alguns professionals. Aquesta mena de tracte agafa formes variades i va del menysteniment a reaccions exagerades o inapropiades com a resposta a incompliments de l'usuari, passant per negatives malcarades a demandes d'atenció que el professional no té ganes de satisfer. Així doncs, alguns usuaris expliquen que s'han sentit ignorats pels professionals, tractats amb poca educació o sense respecte a la intimitat, renyats, infantilitzats, castigats amb mostres de poder del tot desmesurades, o simplement els ha estat negada l'ajuda que han necessitat durant l'ingrés hospitalari. A tall d'exemple vegeu com una dona explica el tracte rebut en el part del seu segon fill:

-Mira, la enfermera que está aquí por el primer parto, mira, que voy caminando de la sala... que paso de la sala de la consorta, que voy caminando con una chica, con una enfermera, a la... al servicio del parto. Mira, que hay una enfermera que... ella me coge los vestidos, me pone la bata, me pone en la cama del cinturón... todo pasa bien. E con el segundo, todo mojada, no sé qué pasa, mira... he quitado... yo, yo quita el pantalón e la braga y todo, que he puesto unas compresas porque... mira, me dice: «cógelo» [amb to que denota fàstic, i fent com si assenyales la compresa]. Le he dicho: «¿cómo puedo cogerlo? No puedo cogerlo. No puedo hacer así [gest d'ajupir-se]. No puedo». Mira, que he cogido con mis pies, que he cogido la cosa con mis pies. Ha traído una bolsita y me dice: «pónela». He cogido con mi pie, con los dedos del pie he cogido la cosa e la pongo yo en la...

-[...] Hay una chica que ha venido la primera vez de después el parto para me hacer la limpieza. Mira, estoy muy encantada, que la conozco porque ella es enfermera en un centro privado e que tengo una cuñada que está ahí. Cuando se entra «Oh, estás tú, la cuñada de...» dice, «sí», ella coge el agua, e me pregunta de toda la familia e después me tapa... de una manera... Por la mañana, me ha venido otra... ¿por qué esta pone aquí, por qué? [per què aquesta dona treballa aquí, per què?] e después, para me cambiar la compresa... mira, la puerta está abierta, le digo, mira... «fermez la porte», «pourquoi je dois fermer la porte?». Je lui ai dit: «le travail d'une infirmière c'est de l'humanité. De l'humanité. Fermez la porte pour changer la compresa». «Pero no va a pasar nadie, nadie» [respon la professional]. Va a coger el puerta: ¡bruuu! [gest de tancar una porta de mala gana]. Me coge así, me hace así, destapa así [dóna a entendre maneres brusques], coge la compresa, pone otra, no pónela bien e me deja así, e sale e cierra la puerta. Mais llamo la otra en timbre, ha venido una enfermera y le he dicho: «Mira, es una enfermera de vuestros servicios que hace esto. Es el trabajo de una enfermera que tiene un poco de humanidad ¡dejar así a un... a un gente que no puede se levantar! En este momento no puedo me levantar ni puedo me coger nada». Y dice: «No, que tiene mucho trabajo». Mira... hay unos que... no sé... que hacen muy mal (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Per la descripció dels fets, no es pot saber si l'actuació professional descrita pel testimoni – sempre contrastada amb una de signe contrari– està motivada –o no– per l'origen magribí de l'usuària i, de fet, el relat dels fets no ho dóna a entendre. No obstant això, sense cap mena de dubte, els fets descriuen un tracte que no mereix ningú i uns comportaments indignes de qualsevol bon professional.

#### 5.5.2.4. Sobre sentir-se discriminat

L'usuari que pateix crònicament veu frustrades les expectatives de solució al seu problema i no troba ni pot donar raons de salut per les quals el sistema està actuant de manera diferent a com ell espera que ho faci. Situats en aquest punt, de vegades passa que s'atribueix a la discriminació la causa per la qual professionals i institucions sanitàries no acaben de donar la solució esperada als problemes sentits, és a dir s'identifica insatisfacció amb discriminació. Val a dir que l'experiència de discriminació no és, ni de bon tros, generalitzada. Tampoc, si es revisen amb atenció els relats que en parlen, es pot dir que sigui majoritàriament objectivable. Les dades sobre discriminació extretes de l'ESCA 06 evidencien que al voltant del 15 % de magribins s'ha sentit algun cop discriminat a l'atenció sanitària, no obstant això, els serveis de salut no són, ni de bon tros, el context on les persones procedents del Magrib han de suportar les taxes més altes de discriminació. En aquest sentit, l'entorn laboral assoleix un màxim del 40,68 % de discriminació percebuda en buscar feina. La mirada per sexes ens diu que si bé les dones experimenten nivells de discriminació semblants als dels homes en els serveis de salut, en context laboral, la discriminació que senten les dones és notablement inferior a la que viuen ells (Taula 5.2.4).

En els relats que parlen de discriminació sentida, s'hi poden veure bé expectatives insatisfetes o bé actuacions professionals claríssimament reprovables, que no són estrictament atribuïbles a tracte diferencial cap a l'usuari magribí. Finalment, i en menor proporció, sí que en alguns dels relats s'hi evidencia un tracte diferenciat i de menysteniment cap a l'usuari magribí.

Pel que fa a les expectatives insatisfetes identificades com a discriminació hi ha l'espera per rebre atenció:

Ell diu que una altra vegada, al mostrador, va demanar hora i li va dir: «tal dia». Diu que va preguntar si podia ser abans i li va dir que no hi havia res més. Darrere seu hi va anar una altra dona d'aquí, a demanar hora, i li va preguntar: «quin dia li va bé, què li sembla aquesta hora...?» (E16. Usuari, àrab).

Les males condicions de les habitacions on han estat ingressats: «A vegades –diu– ens han donat les pitjors habitacions, sense aire condicionat, o sense dutxa... perquè hi ha habitacions amb dutxa i d'altres que has d'anar a fora» (E16. Usuari, àrab).

No compartir habitacions amb usuaris d'aquí:

-Diu que ella va al metge i ha trobat que... que ajuntaven les marroquines amb marroquines. Sí, sí, la seva mare també, ha tingut un fill i... l'han posat al costat de... d'altra marroquina.

-Ella diu que... pot ser una... ella pensa que és una casualitat. Però ella no. (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

Les dificultats per solucionar determinats problemes de salut i alguns entrebancs burocràtics:

P: ¿Creéis que os tratan igual que a los españoles?

-Hay quien dice que es igual y hay quien dice que es diferente.

-Casi con tres años, siempre que va el médico coger [em dona] de calmante, de calmante. E siempre deja una cita para la operación e cuando era para hacer la operación, siempre cambia la cita, tres o cuatro veces.

P: ¿Y piensas que para los españoles no es así?

-Desinterés, tienen desinterés (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

#### La percepció de tracte distant:

Diu que una de les vegades que ha saludat a una persona de l'hospital i a mi no me respon. I després ha vingut una persona nacional, espanyola, i l'ha contestat li ha preguntat «¿cómo..., cómo estás?» (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

#### Un temps de visita molt curt:

-Me [jo] voy algo de mis vecinos para explicarme lo que hay, e me [jo] encuentra una cosa mal. Cuando pasamos una extranjeros, no coge el tiempo de tres o cuatro, cinco minutos. Cuando entrar los españoles él coge, cuatro minuto, cinco, ven... el tiempo de...

-Sí, sí... (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

#### I, fins i tot, prevencions biològiques que l'usuari percep com a específiques per a immigrants, com ara la utilització de guants:

-En el periodo del gripe, en la última gripe, me voy al médico, para pedir una cita, tengo un resfriado. Bueno... con un extranjero que está resfriado cogen guantes y todo y con uno de aquí, se comportan normal, como si no hay nada.

P: ¿Cómo lo sabes, esto?

-Estaba ahí sentado mirando como...

P: ¿Quién hacía esto?

-Los del mostrador (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Els usuaris que identifiquen aquests fets com a prova de discriminació al·leguen haver constatat que no afecten l'usuari autòcton. Per altra banda, mentre hi ha usuaris que afirmen de manera concloent que aquests fets constitueixen pràctiques discriminatòries contra l'usuari magribí, n'hi ha d'altres que mantenen una actitud més prudent pel que fa al judici sobre el fet i, malgrat sentir-se decebuts per l'experiència viscuda, no gosen atribuir-la a la discriminació premeditada cap a l'usuari magribí, en tant que no saben quina és l'experiència de la resta d'usuaris del sistema:

-Com no sabem la comparació amb les altres no podem dir si hi ha diferència o no.

-Depèn de la cita, a vegades el metge de capçalera tarda moltíssim i no ho entenc, sí que entenc quan triga la mamografia perquè entenc que hi hagi molta gent. Jo no sé si és perquè sóc estrangera perquè no tinc com saber-ho (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

Finalment, hi ha usuaris que atribueixen experiències insatisfactòries a raons de dèficits del sistema que afecten per igual tots els usuaris –magribins o no–, tot descartant, lògicament, que la discriminació envers el col·lectiu de magribins en sigui la causa:

P: ¿Tardan mucho en dar hora?

-Para el especialista sí, pero para aquí no. Para el CAP no.

-Cuando le preguntas le digo mira, aquí la administrativa dice que... eee, «que tenemos, que todo está lleno o que está gente de la lista antes que tú...» eso.

P: ¿Esto es igual para todos?

-No, igual. No, es que tú estás hablando con una, pero cuando te vas fuera te dice otra de normal [autòctona] «mira a mí me han dado una visita muy larga» y a ti te parece... mira ella es más larga que yo. Es normal. Es español o extranjero es igual.

-El trato dice que –las dos coinci...–, que el trato es igualatorio para todo el mundo, tanto para extranjeros como para los de aquí, para el especialista y... (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

Pel que fa a les actuacions professionals claríssimament reprovables que l'usuari sent com a discriminatòries, sovint es tracta d'actuacions certament censurables de les quals, però, no es pot extreure la conclusió que constitueixin tracte diferencial entre usuaris autòctons i magribins i, per tant, tracte discriminatori. Heus aquí un exemple d'això:

P: Us heu sentit discriminats pel fet de ser estrangers?

-Sí, sí, sí... alguna vegada, sí.

P: Podries concretar?

-Me recuerdo... pues... va ser... pues... jo crec que fa quatre o cinc anys. Sí, quan vaig estar ingressada a l'hospital uns quinze dies, de... vaig tindre problemes en el ronyó i vaig estar, pues allà. I li vaig dir a la... a la infermera mateixa. Crec que hi ha les infermeres i després hi ha les auxiliars i crec que va ser la infermera mateixa, i li vaig dir que m'ajudés a anar al bany i em va dir ella que... bueno... «que la teva» –perquè la meva mare estava amb mi– i em va dir: «i... i on està la teva mare?». Dic... «bueno... la meva mare s'ha anat a casa» i diu... «pues... esto se lo tienes que pedir a ella». En aquell moment... jo, és clar, en aquell moment jo no entenia. Bueno... a veure, tampoc no era jove però sabia lo que... però ho vaig deixar, ni, ni, ni em vaig preocupar de, de... posar-me borde amb ella, no? però... que em va dir: «i la teva mare?». Diu... «la teva mare et té que ajudar a tu». Dic... «home, per això tu estàs aquí». Diu: «no». Dic: «pues ja està, si no m'ajudes, pues res...» [...].

P: Tu creus que va ser perquè eres estrangera?

-Sí, jo crec que sí, en aquell moment sí. Perquè és lo primer que... quan va vindre el metge pues ella va canviar la seva cara, quan ve el metge, ja canvia la seva cara. Però quan se'n va el metge ja... o quan ve sola... pues... o bé quan veu algú... actua d'una manera, però quan ve normalment sola per anar a mirar els sueros i tot allò, pues ella ja canvia... (EI3. Usuària, àrab).

Per bé que la percepció de l'usuari és important a l'hora de sentir-se discriminat, i que no sempre que l'usuari sent que se'l discrimina es pot objectivar tracte desigual, també és cert que a partir dels relats s'han pogut identificar actuacions professionals reprovables motivades per l'origen magribí de l'usuari. Quan això passa, ens trobem, sobretot, amb incidents en què el professional expressa desacord o crítica a una determinada manera de fer diferent a la seva, sense que hi hagi motius de caire sanitari que en justifiquin ni el contingut ni les maneres. Una mostra d'això la trobem a les crítiques explícites i reiterades al nombre de fills que tenen les dones marroquines, segons expliquen elles mateixes, o com es pot veure a l'exemple següent, les reprovacions a l'ús del mocador islàmic:

E cuando entra en este, este es en el CAP –todas las ecografías pasan con este profesor– cada vez habla del... «¿por qué poner el velo?, ¿por qué poner este vestido?, ¿por qué...?». Cada día cuando entra una persona con esto [es toca el mocador] siempre habla del mismo tema. En la ecografía de la niña, cuando ver que es una niña, un chico o una chica dice que... «Un niña, pero sin pañuelo», ¿entiendes? «Un chica, pero sin pañuelo.» Y después, «Un niña que nacerá aquí, et quand elle va grandir, ne vas pas venir a poner la hijab». ¡Esto, cada vez, cada vez! (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

El hijab, tot i que a priori i en absència d'altres circumstàncies no es pot considerar un hàbit amb potencials efectes nocius sobre la salut, és motiu freqüent de discòrdia entre professionals i usuaris. Sovint, els professionals se senten autoritzats a menystenir o ridiculitzar les dones que el porten i a criticar-ne l'ús, sense que aquesta crítica es fonamenti en raons de salut. Al seu torn, l'usuari magribí rep, lògicament, aquesta crítica o menysteniment com una mostra de discriminació específicament dirigida a ell:

Cuando no llevo pañuelo, cuando voy en el hospital todo bien, todo habla muy bien, todo habla muy suave... pero cuando llevo pañuelo hay una enfermera con una que hay al mostrador, no mira... habla sin mirar quien habla con ella, e a veces gritar, gritar. E a veces dejar, dejar... se va e luego vuelve a... como yo no hay... [com si jo no hi fos] pero no es todos, hay algunas muy buenas e hay otros racistas (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

De manera semblant, s'han pogut identificar altres actuacions professionals de maltractament en forma de restricció de drets, específicament dirigides a l'usuari magribí com ara l'ocultació del sexe del fetus a les embarassades magribines –segons explica una medidora cultural– o bé la negació d'atenció sota el pretext del desconeixement de l'idioma per part de l'usuari:

-Me duele el dedo, no puede hablar, pero [sí] en francés comme ça, e me dice... «va a aprender castellano y yo aprender árabe».

-Està parlant de l'altra ciutat. Va anar al metge i li va explicar que tenia... que no... que té mal a la mà i l'altre li va dir que necessitava primer que... que d'apuntar-se a l'escola i després que tornés al metge [ratificació del missatge per part del traductor] (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

Val a dir que a partir del relat d'usuaris i mediadors es pot afirmar que aquesta mena de pràctiques no són ni de bon tros generals, tot i que en alguns casos són reiterades i conegudes per altres professionals. Una de les mediadores entrevistades explica el cas d'un professional que repetidament oculta el sexe del fetus a les embarassades magribines:

No, jo ni sóc advocat ni del sistema ni dels usuaris, però... a l'hospital quan vaig anar per una entrevista una dona em diu: «saps el que m'ha fet un doctor?», jo els dic a elles: «ja, ja, ja el conec, no cal que em diguis el nom, sense que em diguis el nom ja el conec».

P: Quina és l'actitud d'aquesta persona?

Sí, sí, de rebuig total als immigrants, sobretot a les marroquines. L'altre dia en el taller de diabetis gestacional hi havia tres dones marroquines i casi eren de llocs diferents i totes les dones saben el que porten i ella està més de trenta-dos setmanes i normalment ella sabrà si és un nen o una nena i tots saben, només aquella dona no sap... Aquelles són de X [diu el nom del barri en què viuen i es controlen l'embaràs] i la que és de Y [diu el nom del barri on viu i es controla l'embaràs aquesta altra usuària], sense que em digui res: «és que jo, el meu metge no... no volia dir-me si és dona o varón», i ha dit allò. Mirant-la, sense dir res, jo sabia que és de Y i que... no... I quan han entrat i després he parlat amb ella en àrabe [li he preguntat]: «tu vius en Y?». M'ha dit: «Sí!» (EI10. Mediadora, berber).

La conclusió pel que fa a aquest tema és que, certament, hi ha determinades pràctiques de professionals que són objectivament discriminatòries. En aquesta mena de pràctiques, la discriminació es focalitza en aspectes culturals poc o gens relacionats amb la salut i, en canvi, força relacionats amb maneres de fer que el professional associa a la imatge que ell s'ha fet dels magribins. No obstant això, l'experiència de discriminació és superior a les accions en què, efectivament, la discriminació hi és de manera clara; és més, algunes aportacions fan notar una certa tendència de l'usuari magribí a veure discriminació i racisme on el que hi ha són dificultats pròpies del fet de ser i sentir-se immigrant, o problemes per entendre el funcionament del sistema o entendre's les persones. Una de les mediadores entrevistades ho explica així:

Alguns se senten como en inferioritat. Quan hi ha un professional que està demanant coses, diu que sí, que són racistes perquè jo sóc del Marroc o algo així i m'està tractant així.

Perquè a vegades la gent se sent més sensible en el tema de que la gent d'aquí són racistes.

P: La gent d'aquí...?

Els marroquins se senten que la gent d'aquí són racistes. Sí. Només per un... li expliques, dius... això pot passar amb tu, amb un altre d'aquí... ya, se creen conflictes. No és perquè tu ets del Marroc o no. La gent m'explica: «síiii, perquè jo sóc del Marroc i perquè això, es comporten així...» són coses que passen. I la gent, ya... té tantes coses. El ser immigrant és molt difícil... si un no lo és no ho puede entendre, i quan tu ets un immigrant ja ho notes i como jo sóc immigrant entenc aquests marroquins que vénen. Bueno... potser que ho he passat una part d'això... no em sento aquest sentiment que l'altre pot sentir, però... al ser... jo sóc immigrant, ja ho pots entendre. Es un conflicto intrapersonal que té la gent, entre ell... la gent d'aquí no m'entén, no estan en el seu país... moltes coses que... bueno són coses que es troben en la gent... (EI11. Mediadora, àrab).

De fet, els mediadors i les mediadores tenen ben present aquest fet i malden per deixar clar que la voluntat del sistema és actuar de la mateixa manera amb tots els usuaris, tant se val si són d'aquí o no:

I una cosa que també alguns marroquins diuen que: «clar agafes la cita i como jo sóc un marroquí no m'ha cridat a mi, saps? Crida primer al de aquí». I li dic: «mira jo treballo amb aquesta gent i veig la llista i tot això no ho fan. Mira ells fan, criden a la gent, lo que està, està i si no, no està...». Els expliques també les coses, que també tenen prejudicis, els marroquins... Sí, sí, és que també has d'explicar-lo: «mira això no ho fan, o això és prohibido...». A part que expliquem al professional, expliquem també a l'usuari: «això no es fa aquí, aquestes coses només tu penses així, o algo...». És una feina... jejejeje... bueno és una feina que treballes a dos bandes, que estàs al mig... sí, sí (E111. Mediadora, àrab).

Per afegir força a l'apreciació de la mediatra sobre el sentiment d'inferioritat de l'immigrant magribí, cal dir que alguns usuaris s'han definit explícitament com un sentiment de baixa autoestima i altres ho han fet de manera implícita en expressar la sensació d'estar constantment pidolant la caritat del sistema<sup>1</sup>. També hi ha qui reconeix una certa inclinació inicial –no necessàriament basada en fets objectivables– a identificar amb un tracte discriminatori les males experiències amb els professionals o el sistema:

No podemos decir que eso [es refiere a una mala experiencia con un profesional] está con todo el mundo. Cuando yo estoy inmigrante aquí, cuando ella dice esto, me dice la primera idea que porque estoy inmigrante me hace esto, si hay otra no va... no hace esto si estoy española o catalán. Para mí... porque cuando estoy aquí yo estoy inmigrante (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Per tal de donar valor als testimonis, cal dir que, en general, els usuaris que refereixen haver-se sentit discriminats, també són capaços d'identificar, d'entre el ventall d'experiències viscudes amb professionals diversos, experiències no discriminatòries o, fins i tot, excel·lents, la qual cosa dona fe que el judici de l'usuari envers l'actitud del professional no és un judici premeditat, malgrat que pugui veure discriminació on només hi ha una mala actuació professional, potser extensible a tots els usuaris i sense que estigui motivada pel seu origen magribí:

P: Piensas que no son médicos agradables o no te tratan muy bien ¿porque eres extranjero?, ¿o porque son malos con todo el mundo?

-Yo creo porque mi nombre Mohammed. Antes yo estuve en Alemania... nunca tengo problemas con los médicos. Nunca. También no irme al médicos... tampoco no va mucho.

-¿Tienes el mismo problema en Valencia o solo en Catalunya? [pregunta un dels participants a la sessió]

-Solo una vez, una vez me trataron bien. Muy bien. [La] Mejor de Catalunya. En Mollet del Valles, él [el metge] ha dicho no, primera vez tú no puedes, solo emergencia. Una enfermera estaba amable me ha dicho que yo tengo que ir a Mollet del Vallés al hospital.

---

<sup>1</sup> Vegeu capítol de resultats 5.3.



-La infermera li va explicar on havia d'anar perquè el visitessin [aclareix la traductora] (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Finalment, un altre grup d'usuaris declara no haver-se sentit discriminat tot basant aquesta afirmació en la humanitat del tracte i la qualitat –o no– del servei que han rebut. Un servei tan bo com el que reben els usuaris autòctons:

E cuando vengo nunca me pasa ninguna cosa mal al médico ¿sabes? Me tratan bien. Tuve la mi hija aquí en e igual que todos y después de ella tuve tres abortos, también me tratan igual. Nunca me siento que estoy o vengo de fuera e algo así, ¿sabes? ¡Nunca! Tengo el médico antes en el pueblo, me trata muy bien, hasta ahora sí, me saluda. Tengo ahora que... también mi doctora, e ya, tampoco... no soy de médico, no voy tanto... por ejemplo voy una vez e como ella me dice está bien, sí, ella me dice... no es bien tanto paciente. No tomo nada, yo, herbas e así... e ya está, yo... mi salud, gracias a Dios, es bien. Pero me trata muy bien, igual. E también tengo la niña cuando voy al su médico, la enfermera, hasta... me conocen... me saludan... (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

O tan dolent... perquè es constata que determinats professionals, sense fer distincions d'origen entre els usuaris, tracten igual de malament els autòctons com els magribins i, en cap cas, es preocupen de cuidar la relació:

Por ejemplo, para mi médico de cabecera es igual, conmigo que otra persona, si no sonrío, es que no sonrío, es «asonríe». Cuando sale llamando a los nombres tiene la misma cara: así [fa posat malcarat] (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Una altra de les participants a l'estudi dóna fe d'aquesta apreciació en relatar un incident viscut com a acompanyadora d'una dona, catalana, a qui cuida professionalment:

-Yo me pasao una cosa con, pero no... he ido con la mujer que yo cuido. Española. Sí. Ella se enfadó mucho con él. No la escucha, no la escucha. Un día casi se pelea con uno. El oculista, de los ojos. Quiere... quiere contarle los medicamentos que tomaba y eso... y él no la deja ni hablar. Empieza a mirarme a mí, preguntame y yo le ha dicho, toma esto, e ella se enfada más, «yo lo tomo» –yo también lo sabía, yo daba los medicamento. Sabía lo que es ¿sabes?-. E cuando salimos me dice: «Fátima, hija, yo... este médico lo traen del manicomio» [riu]. Y yo, me da una rabia, no puedo hablar. Cuando yo vuelvo a mi casa digo... me pongo repentina, digo... ¿por qué yo no hablo con él? ¿por qué no l'he dicho?... «¡si estás tratando esta mujer!». Y cuando salimos le dice: «adiós perdona por las molestias».

P: ¿Quién dijo esto?

-Ella, sí. Enfadada (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

En qualsevol cas, els testimonis acostumen a coincidir en la valoració que les experiències viscudes, ja siguin bones o dolentes, depenen de les persones més que de cap altra cosa i que no són una experiència generalitzable. Seguidament dos testimonis s'expressen en aquest sentit:

[...] però també hi ha professionals que ja són així, vull dir segurament que són així a la seva vida real i també com a professionals, que no tenen aquesta cosa d'empatia, per fer que l'altre ho entengui, vull dir ser més

humà, vull dir que l'altre entengui. Perquè hi ha, per exemple, professionals que arriben i et donen la mà, m'entens? Notes molt aquesta sensació, vull dir les persones que et sents a gust o que et tracten bé ho notes de seguida i els altres allò supertiosos i allò lo mínim i no et parlen i altres, doncs, et van fent comentaris, com per exemple quant temps fa que acompanyes a les dones. Notes que hi ha... Jo crec que aquestes maneres de ser de cada persona es veuen reflectides en el seu món on treballa moltes vegades, entens? (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Para mí me parece que es cosa de... cosa de persona más que porque es una emigrante. Yo lo que he notado en la experiencia cosas... como acciones que me hacen porque estoy emigrante, no mucho, no. Yo estoy un poco de diferencia con ella ya que me parece que es... depende de la persona (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

L'usuari, en general, expressa l'opinió que, malgrat que les institucions dictin determinades directrius pel que fa a la relació professional - usuari, no hi ha control de l'administració en aquest sentit i es pot accedir a la professió sense que hi hagi una exigència d'habilitats de relació:

Me parece que... yo creo que, este... en teoría ya los profesionales estudian esta parte, normal, de, de... psicología, pero me parece que tienen que hacer más restrictivas para seleccionar la gente, más serios. La administración, sí, que cuando eligen las enfermeras tiene que hacer... si hay una persona que tiene aspecto de no ser amable, no puede ser médico. Por ejemplo, como médico, no puede ser un médico. Sí, sí, controlar la administración, porque hay personas que... hay persona que, ya... te dan la... «hola buenos días, qué tal», cuando sales: «esperas que vayas bien», esas cosas, al menos. Personas que son muy afectuosas, afectuosas. Depende de su personalidad. Por ejemplo, el otro día hay un médico que cuando pasaba ha visto una... una enferma, habla con ella, le pregunta e ríe con ella, e después pasa. Este es depende de su personalidad, pero hay un mínimo (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

És més, es té la percepció que un cop el professional accedeix a la feina pot fer lliurement el que li sembli, tant se val si tracta bé o no l'usuari, o si s'han de seguir determinades indicacions. El professional pot fer el que vulgui i l'usuari se sent desprotegit davant d'aquesta arbitrarietat:

-A ver... él dice que un amigo suyo ha ido a hacerse la tarjeta sanitaria y la primera vez le han puesto algún problema, después ha insistido y finalmente lo han arreglado.

-Entonces... creo que no hay el derecho para arreglar, si hay el derecho cuando llega la primera vez él lo arregla... sin palabras y problemas...

-Eso ¿qué es? ¿él no le gusta arreglar, o hay una...? Yo me coge este idea que hay... ¿cómo se llama? Como racista. No te gusta extranjeros. Eso que me creo yo, que me piensa (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

#### **5.5.2.5. El prejudici: o sobre el fet de pensar l'altre sense coneixe'l**

No tots els usuaris s'han sentit prejudjats pel sistema de salut o les persones que hi treballen. No obstant això, hi ha un terreny comú quan es parla de prejudici i és el que es dirigeix a les dones i les menysté, sobretot, pel que fa al nivell d'instrucció, la capacitat intel·lectual i la seva

relació amb els homes. Sembla que hi ha un clixé a partir del qual s'ha elaborat el perfil de la dona magribina com a analfabeta, amb un maneig lingüístic clarament insuficient –quan no totalment nul–, amb dificultats per aprendre res i sotmesa al poder de l'home.

Són molts els testimonis que expliquen que els professionals, d'entrada, en veure'ls d'origen magribí, no proven ni de parlar-hi, ni d'explorar vies alternatives a la comunicació. Donen per fet que aquella persona no els entendre i limiten la interacció sanitària a una sèrie d'intervencions preestablertes sense que l'usuari sigui tingut en compte per a res:

La otra, mira, quand j'ai rentrée, quand elle me regarde avec le hijab, mira... ya está... ne pregunta que habla o no, que... Vuelvo a casa y dice [dic] a mi marido: «mira, la pediatra no me dice nada sobre la niña, la coge a la niña, la pesa, coge las medidas, las todos... y ya está» (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

El prejudici dels professionals en relació amb el maneig lingüístic de l'usuari magribí els empeny a arriscar-se en temeritats que poden malmetre molt la relació. Algun usuari explica que l'han insultat:

Dice que un día le preguntó la enfermera no, en el CAP, dice... «¿cómo se llama?», y ella le dice «A.», mi madre se llama A., y le dice: «bruja», la enfermera. Dice que es la única vez pero que no puede contestarla por la barrera del idioma. Dice, pero, «se la tengo guardada cuando aprenda castellano iré a por ella». Por la manera que iba vestida con la chilaba le llamó bruja. Pero ella lo entendió. Ella entiende el castellano, lo único que para expresarse... Se la tiene guardada. (EI4. Usuària, àrab).

Altres intervencions, tot i que no tan agosarades, comprometen semblantment les relacions entre professionals i usuaris:

-Parlava d'un cas d'una coneguda seva que parlava bé el castellà i com portava el vel, els professionals parlaven malament d'ella, davant d'ella... perquè pensaven que no els entenia.

-Estaba hablando de la misma señora, de que ellos piensan que al llevar pañuelo, que no estás estudiante, ni nada... que no entiendes ni lo que ellos están diciendo ni nada. Que es solamente... una cosa. Además... a lo mejor, puede ser que ella está estudiado más cosas que la... la persona que está pensando mal de ella (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

Pel que expliquen alguns testimonis, sembla que hi ha professionals que estableixen una correspondència entre l'aspecte extern de l'usuari i el domini lingüístic en català i castellà o, encara més, sobre el nivell d'instrucció de l'usuari, tot negant-li, a priori, la possibilitat que tingui estudis. En canvi, el fet d'oferir un aspecte més occidental, s'interpreta en sentit contrari. El prejudici, ara, canvia de signe i serveix al professional per donar sortida a la mala consciència envers la diferència. Així doncs, l'aspecte extern és utilitzat per valorar l'adequació de la persona al món del segle XXI –tal com el coneixem aquí, és clar– i serveix per decidir, no sense condescendència, si l'altre és digne de ser considerat un dels veritables representants del progrés i la modernitat. L'acceptació, però, no del tot lliure de recels, es veu condicionada a no utilitzar el mocador islàmic i mostrar un aspecte occidental. El relat que segueix mostra la percepció que té la medidora sobre la imatge que projecten en els altres tant ella com les

persones magribines que requereixen els seus serveis. Per una banda, la mediadora, una dona cultivada i d'aspecte occidental, és vista com un fet excepcional entre els seus. Per l'altra, els usuaris que requereixen d'un servei de mediació, o potser només de traducció, són flokloritzats en excés i examinats com objecte exòtic que desperta la curiositat del món «modern» i «civilitzat» del segle XXI. No cal dir que, tant una cosa com l'altra, fereix la sensibilitat de la mediadora en sentir que se l'observa amb mirada esbiaixada, i que tant ella com els seus són tractats injustament:

Y hay quien opina que las mujeres marroquíes sean así como yo, sin velo sin nada pero... para ellos, hasta... en el ámbito donde trabajo muchas te miran como... ¡Aaaay... los hombres marroquíes y las mujeres! ¿Y tú qué? No sé qué... Por ejemplo, el otro día con este abrigo [un abric acolorit i molt modern], una psicóloga me dice: «serás la mujer más folk de Marruecos». Digo... «¿Qué? ¡Que dices!». Digo: «soy la peor de las mujeres», digo... «si bajas y ves a mis hermanas, y a mis familiares y a mis primas que han estudiado y se han quedado ahí que vienen solamente para visitar y me dicen... tú, ¿que haces aquí? Y ¿por qué estás así?». Y siempre me preguntan... «¿Sí? ¿sí? ¿sí? ¿tenéis mujeres que..?». «Sí, claro, entra en internet y pon cualquier nombre, pon Marruecos y ya ves que sale lo bueno y lo malo, ¿vale?» Yyy... eeem... es cuando no me gusta, digo que la gente no lee, no ve la televisión o ve solamente una cadena, Antena 3, lo que dice Antena 3 o la primera... «es que lo han dicho en la primera, es que lo han dicho en Antena 3». Digo «mira señora, yo soy marroquí, soy una mujer que manda en mí... mi padre, mi hijo, mi marido, mi primo y no sé qué, todos los hombres de Marruecos, pero yo... una información la tengo que ver en muchas cadenas. La veo en BBC, en CNN, en TV5, en Al Jazeera, en Marruecos, en España y en todas las partes, ¿vale? y quiero que tres o cuatro cadenas digan lo mismo. Entonces la creo». «¿Sí? ¿Sí?» «¡Sí!» «Bueno, ¡eres muy espabilada para tu gente! ¿Y todas las mujeres son así?» «Bueeeno... la mayoría...», digo... «En mi pueblo, como no hay discotecas ni cafés ni para ir a tomar algo y es un poco... ¿vale? No es porque no... es una ciudad, es una ciudad pequeña cultural y son gente como no tienen salida a ninguna parte, entonces, lo mejor que van a hacer las chicas: ¡estudiar! Y los chicos... no tenemos empresas, no tenemos fábricas, ¡no tenemos nada! Tenemos pintores, escritores, poetas y... tontos... por ahí...» y digo «y si vas a Šafšawan [Xauen] y miras a mis amigas, la que no tiene ningún diploma, ningún estudio, tiene una licenciatura en filología árabe. Es la más tonta del pueblo, y va con dos o tres niños y una chilaba y... pero si te paras y le preguntas te dirá que tiene una licenciatura, porque no tienen otra cosa que hacer, se refugian en los estudios». «¿Ah sí? Y las mujeres qué...?» Que una parte de aquí tiene un prejuicio... ¡Un prejuicio! ¡Hasta subir a la cama! El otro día, una enfermera me viene y dice «es que queremos preguntarte una cosa» y le digo «Sí, estoy para responderte». A ver lo que me pregunta... pensé que iba a preguntar algo que refresca la memoria por la mañana, y me dice... «¿por qué las mujeres al ponerse en la cama se ponen así con los, los... los pies...». Pues... ¿es una pregunta esta? Digo... «no va a decir nada a ti, ni va a degradar más a la otra ni nada, es su manera. Esta mujer viene de pueblo y no tiene cama, entonces lo que tiene lo tiene en el suelo, se pone como se pone». Y no es una pregunta para poner. ¿Qué es? ¿Para degradarme a mí? ¿Degradar a la otra...? y no sé... (E112. Mediadora, àrab).

D'entre els relats i les discussions de l'estudi hi ha molts exemples de prejudici en relació amb la capacitat de la dona magribina per entendre explicacions en català o castellà, per poder llegir un text, per entendre'n el sentit –si és que pot llegir-lo–, per adquirir habilitats i coneixements d'educació sanitària i per actuar com a persona autònoma. N'hi ha tants i és tan estesa entre els professionals aquesta prevenció, que sovint donen per fet que les coses s'esdevindran segons la idea que ells se n'han fet i no donen l'oportunitat que els fets i les persones s'expressin en un altre sentit:

L'altre dia en un taller de diabetis gestacional hi havia només una dona marroquina i per a totes les dones la monitora del taller va donar la dieta escrita, i per a la marroquina, amb fotos, i la marroquina ha dit: «que no, que no, que jo també la vull...» i la monitora, dos o tres vegades, va preguntar a mi... «¿li dono escrita?». I he dit a ella: «Sí, sí, dóna-li si us plau ja, dóna-li escrita» i llavors és escrita. I la dona ha agafat la fulla i ha començat a llegir i... No, no, és que els prejudicis a vegades maten (EI10. Mediadora, berber).

Aquest exemple, proporcionat per una mediadora, parla de la dificultat dels professionals per canviar les pròpies representacions i obrir-se a la novetat del diàleg amb la realitat. Les coses, de fet, poden ser diferents a com ens pensem que han de ser. Vegeu-ne un altre exemple, referit ara a la relació de la dona magribina amb el seu marit:

[...] els professionals a vegades no intenten de saber el perquè, eeee, una, en un cas d'una dona que era un poco como un chiste, un acudit. Una dona magrebina en el principi de la feina en mediació intercultural, ella va negar, ella va dir no, no, jo no vull fer la exploració vaginal, i el metge i la infermera em comença: «és que aquí no podem assegurar metges de sexe femení, són exigents...» i «per què?» i «ara dile si té por del seu marit» si això... si allò, i m'han començat a explicar coses, i jo he dit al metge i la infermera: «d'on sabeu aquestes coses? Ella ha dit que té por del seu...? Ella ha dit que no vol un metge de sexe masculí? No, ella no ha acceptat l'exploració vaginal» i he dit... «la preguntem per què no ha acceptat l'exploració?». I quan la vam preguntar ha dit: «Jo en principi he vingut aquí para el problema de pell que tinc a la cara i ells volen fer una exploració... quina relació té la exploració amb la cara?». I quan van explicar amb ella tot el que és hormonal, totes aquestes coses, al final ja ha fet exploració. No, és que no, és que a vegades n'hi han, mmm, conflictes que realment no són conflictes. Desconeixement o problemes de comunicació, res més (EI10. Mediadora, berber).

Altres mediadors reclamen, tal com s'ha pogut veure en l'exemple anterior, el dret d'explicar-se, l'ocasió per desfer els malentesos i conèixer-se uns i altres:

Hay que darles la oportunidad de explicarse. Si no entienden el idioma no hay que ir con el hacha de que el marido no les deja estudiar. El marido... pregúntale primero sus necesidades ¿por qué viene aquí y dónde tiene las... las mancas? ¿dónde tiene el problema de que no ha aprendido el idioma? porque ee... a lo mejor no saben dónde ir a preguntar por estas cosas, a lo mejor necesitan un apoyo en vez de darles consejos [...] (EI12. Mediadora, àrab).

Si l'usuari no té l'oportunitat d'expressar-se i donar-se a conèixer en la seva especificitat com a persona, el prejudici s'afiança, agafa aires de veritat i s'exagera, vegeu com s'expressa una mediadora en relació amb l'exigència de ginecòlegs dones:

Se presentan casos, pero en tres años de, de... de trabajo –hablo solamente de los últimos tres años, no de cuando el Consell Comarcal, cuando venía los miércoles al hospital ¿vale?—. Se han presentado tres casos, y en los tres casos, dos han salido bien. El hombre ha entendido que el hospital no va a funcionar según su antojo, sino que hay un equipo que trabaja ahora y si no quiere que su médic... que su mujer le vea un médico hombre, no se le puede ofrecer otra cosa (EI12. Mediadora, àrab).

La valoració de la mediadora pel que fa a la magnitud del problema és semblant a la que en fan els altres mediadors entrevistats, que coincideixen a valorar com a anecdòtic un fet que s'ha magnificat i del qual se'n parla força en el carrer: «A veces lo que ocurre en esos conflictos, aspectos culturales, podría tratarse de un caso, pero parece que este caso, la gente te empieza

a decir: “¡uuuuuhhh eso pasa mucho!” y no es verdad, y no es verdad... son casos puntuales» (E18. Mediador, àrab).

Els exemples amb què fins ara s'ha il·lustrat el prejudici ja deixaven entreveure la consideració que tenen els professionals sobre el paper de la dona en relació amb l'home, i la convicció que els fets seran sempre tal com ells –els professionals– creuen que són. Aquesta convicció impedeix als fets parlar per si mateixos i, altre cop, és el prejudici el que s'expressa:

P: O sea... desde tu visión, estaría bien preguntar, ¿no?

Sí, yo creo que sí, porque yo me acuerdo que cuando tuve la pequeña, que ya tiene seis años, cuando yo hablaba perfectamente el castellano, entró una enfermera y me dio un informe para rellenar y me dijo: «Pues mira, te lo dejo ahora y cuando venga el marido... Tranquila, tranquila, que ya te lo hará el marido, que no tengo prisa, que te lo hará...». Bueno, digo, «te lo hago en un momento». Y lo pasé, lo rellené y todo... o sea, que ya vienen con este prejuicio. Es un ejemplo que te puedo decir entre muchos que tuve, ¿no? A lo largo de estos años que ya llevo aquí, quince años de... Ella igual habrá pensado que mira, «esta igual no sabe escribir, o bueno... ni leer ni escribir, puede ser también esto y ella depende del marido porque ella no... no puede ella rellenar este informe...» (E11. Mediadora, àrab).

No cal dir que hi ha diversos factors que de manera plausible han contribuït que els professionals interioritzin una determinada idea sobre com és i què necessita l'usuari magribí:

Lo que passa, veuen que la dona sempre està amb l'home. La dona, clar, perquè... com que no entén l'idioma sempre, al començament sempre va amb l'home, amb el marit que és més a prop, que elles no coneixen a ningú. Sempre, quan veuen que el marit contesta... ja pensen que... però la dona marroquí és mediterrània, és molt forta de caràcter, però a casa ella és que manda però la gent no ho sap... veus? Lo que passa que també, lo que fan els homes... clar, és el desconeixement, també, les pregunta el professional a la dona, i contesta l'home al nom de la dona. Això és de... bueno... costum... bueno... depende de cada home. Contesten sense consultar amb la dona, i això sí que ho fan.

P: I els professionals com ho interpreten?

Interpreten que l'home manda i que la dona no té cap valor, no fa res, ell que fa tot... i això no te per què ser la dona marroquina (E111. Mediadora, àrab).

### 5.5.3. Discussió

Segons Baier (37), la confiança consisteix a deixar que altres persones o institucions es facin càrrec d'allò que els és propi encarregar-se, tot assumint que en aquest «tenir cura de» hi ha implícit un cert grau de discrecionalitat per part de qui «té cura», i també de vulnerabilitat per part de qui confia. Sellman (38), en la seva reflexió sobre la confiança, afirma que la literatura sobre el tema assumeix l'acte d'encomanar-se a algú com un fet que es dona entre adults competents. Amb tot –diu– aquesta afirmació no serveix per explicar les relacions entre usuaris i professionals de la salut, precisament pel desequilibri de poder que comporta una relació entre pacients i professionals. La malaltia, entesa no només com a fet biològic, augmenta la vulnerabilitat del qui ha de confiar perquè en minva la capacitat de judici i en constreny la

voluntat tot obligant-lo a confiar més per necessitat que no pas per voluntat. L'opinió de Sellman al respecte és que el valor de la confiança com a pedra angular de l'assistència sanitària ha progressat a base de socavar la capacitat de protegir-se els pacients que són, per naturalesa, vulnerables. De fet –segueix Sellman–, la suposició que els pacients han d'estar disposats a confiar en les infermeres i altres professionals sanitaris només pel fet de ser-ne, no té cap base substantiva, tot i reconèixer la disposició de bona part del públic a refiar-se dels professionals. Aquesta disposició a confiar en el professional només pel fet de ser-ho ha estat confirmada pels usuaris que han participat a l'estudi, que consideren la professionalitat com un actiu que garanteix la confiabilitat per defecte. Això no treu que aquest dipòsit de confiança que l'usuari aporta a la relació sense saber-ne res més –de la relació–, es pugui perdre amb el transcórrer del temps o afermar-se a mida que tenen lloc les trobades entre professional i usuari, perquè la confiança és un procés que es fa o es desfà així que es va impregnant de la realitat dels fets.

La coherència, la competència, l'honestedat, la justícia, la responsabilitat, la voluntat de servei, la benevolència i la confidencialitat estan associades a la confiança i, en part, constitueixen el substrat que permet que aquest lliurar-se sense recels que és la confiança s'estableixi, creixi i es mantingui (37, 39). Pel que fa als resultats d'aquest treball, l'inventari d'actituds que de ser presents generen confiança –o malfiança, si no hi són– és força semblant al que hi ha descrit a la literatura. També ha quedat clar el concepte de confiança com un procés amb alts i baixos segons el transcórrer de la relació. Un procés en què, sovint, la confiança en les persones porta a la confiança en les institucions. Ara bé, alguna cosa especial passa quan es tracta de pensar la confiança –o per extensió, la malfiança– de l'usuari magribí en les persones i les institucions que s'han de fer càrrec de la seva salut, i és el paper que hi juguen els problemes per comunicar-se professionals i usuaris entre ells. Ja s'ha vist que en la base del recel de l'usuari envers els professionals s'hi troba, força sovint, una comunicació rudimentària incapaç de transmetre els matisos que demana la comunicació en l'àmbit sanitari o, encara pitjor, una comunicació que, directament, fa pensar en uns professionals que actuen moguts per raons no sanitàries, sense que, objectivament, la majoria dels casos analitzats facin pensar en actituds d'aquesta mena. Alguns treballs estableixen clarament la relació entre una comunicació eficaç i la creació i l'afermament de la confiança en els professionals (40, 41), tot i que alguns van més enllà i estableixen un lligam clar entre una comunicació professional - usuari subòptima i la pèrdua de confiança en els professionals o la percepció de discriminació (11, 42), tal com, de fet, han expressat alguns dels usuaris entrevistats. Essent la confiança un element crucial per determinar la satisfacció de l'usuari (1, 9, 33), essent la comunicació efectiva un component bàsic en la generació de confiança (40, 41), i essent totes dues –la bona comunicació i la confiança– determinants directes dels comportaments de salut, tant pel que fa al perfil d'us com a l'adherència al tractament (10, 43-46) convé plantejar-se, tal com fa Seideman (41), la realització d'estudis que avaluin l'estalvi econòmic i en sofriment humà que representaria invertir en eines que millorin la comunicació entre professionals i usuaris dels serveis de salut,

més quan també ha quedat demostrat que una comunicació clínica de qualitat disminueix els errors i millora els resultats de salut (47).

El model de Parasuraman (2), que explica les variables que intervenen en la satisfacció de l'usuari de serveis, contempla les experiències prèvies com un element modulador de les expectatives del client. L'usuari magribí dels serveis de salut aporta l'experiència prèvia amb el sistema de salut d'origen i basa el seu judici sobre el sistema públic de salut català en aquesta experiència. En comparar un sistema de salut amb l'altre, l'usuari magribí té clar que si en compara els serveis públics, el català és més just i accessible que no pas el del Marroc, que descriu com a clarament deficitari i corrupte, mentre que lloa la gratuïtat i l'accés universal del servei català de salut. Ara bé, quan s'allunya d'aquest judici genèric per passar a valorar l'experiència concreta en un i altre cas, i tenint en compte que –tal com han explicat els usuaris– és pràctica habitual aprofitar els viatges al país d'origen per realitzar consultes relatives a problemes de salut que resten pendents de resoldre, i considerant també que gairebé tots els participants han tingut experiència d'interacció amb professionals de la salut de l'àmbit privat dels països de procedència, és comprensible que en comparar un sistema amb l'altre, resulti difícil a ulls de l'usuari magribí acceptar i entendre el control del sistema públic català –amb uns recursos finits que cal gestionar– sobre la prescripció de determinades intervencions mèdiques, el respecte als protocols establerts per a determinades situacions i la lentitud que aquesta manera de fer comporta, sobretot si es tracta de situacions sense risc vital. I costa d'acceptar perquè el professional privat amb qui tenen contacte als seus països, per adaptar-se a la demanda d'aquesta mena d'usuaris, n'ha adaptat el servei i l'ha fet ràpid i força resolutiu, tant se val si el motiu de consulta és, o no, greu o urgent.

Una altra variable moduladora de les expectatives del client dels serveis de salut segons Parasuraman (2) és el que ell anomena *Word Of Mouth* (WOM) per referir-se als inputs que l'usuari rep de l'exterior a fi de fer-se una idea d'allò que pot esperar del servei. El boca-orella del segle XXI ens arriba, també, via satèl·lit o per internet. Quin és el parany de la circulació de la informació en el món global? I per què provoca tanta frustració en l'usuari? Per una banda, el món que se'ns mostra via satèl·lit pot generar el miratge de ser el món real pel qual transcorren les nostres vides i, de fet, no ser així. Per altra banda, l'accés al coneixement requereix de capacitat de lectura crítica de la informació, cosa que no sempre és fàcil, sobretot si es tracta de temes tan específics com la salut. A més, pot passar que la informació que és objecte de difusió estigui sotmesa a prioritats no estrictament mèdiques, com poden ser els interessos comercials o sensacionalistes, de manera que no sempre en la difusió de la ciència hi predomina l'interès científic. La realitat és que l'usuari no sempre està capacitat per jutjar el valor de l'avenç respecte a les solucions disponibles fins ara, ni tampoc pot decidir sobre l'aplicabilitat al seu cas dels avenços comunicats. Ara bé, l'usuari que està malalt necessita solució al seu problema, de manera que no es qüestiona el valor real de l'avenç comunicat, ni tampoc li correspon, és clar. Aquesta feina toca als organismes públics lliures de conflicte d'interessos, amb l'encàrrec d'avaluar la utilitat de la recerca i tecnologia mèdiques. També, i



després que s'ha fet el primer pas de donar per bo un determinat procediment, correspon al professional, que coneix el pacient i és capaç d'interpretar la informació, donar-hi el vist i plau. Tant les agències, com els professionals, com les altres institucions de salut estan obligats a vetllar pel bon ús dels recursos públics i han de regular l'accés a les prestacions amb criteris d'eficàcia, eficiència i justícia. Justícia per al que està malalt i necessita un servei efectiu, i per al que no ho està i pot necessitar-lo més endavant. Així les coses, la frustració ve de la constatació que l'accés de l'usuari a l'esperança d'un nou tractament li és barrat en nom del repartiment just i racional d'uns recursos finits, tot al·legant raons d'eficàcia i eficiència que ell no sempre pot entendre.

La insatisfacció i la percepció de discriminació comparteixen un terreny comú, que és el dels comportaments que les provoquen. Així i tot, l'anàlisi dels testimonis aportats ens alerta que situacions semblants susciten sentiments diferents, segons qui en faci el judici. La diferència entre la percepció del servei rebut i les expectatives que se'n tenien, dóna la qualitat percebuda pel client –en aquest cas, l'usuari dels serveis de salut– o, altrament dit, el grau de satisfacció. La valoració que l'usuari magribí fa de les causes de la insatisfacció quan es relaciona amb el sistema de salut és diversa i no està necessàriament relacionada amb la naturalesa del greuge. L'atribució causal dels fets que provoquen insatisfacció en l'usuari magribí està més determinada per l'apreciació subjectiva dels fets que no pas per una avaluació objectiva que permeti establir el lliniar entre el dèficit del sistema i una actuació premeditada contra el col·lectiu. De fet, en absència de situacions clarament discriminatòries contra l'usuari magribí, els fets que el deixen insatisfet, tant poden ser atribuïts a mancances del sistema com a la discriminació envers l'usuari magribí, sense que –ja s'ha dit– aquesta discriminació sigui estrictament objectivable. Una altra actitud possible és la de l'usuari que no gosa parlar de discriminació perquè no té elements per comparar l'atenció que ell ha rebut amb la que reben els altres. Sigui com sigui, i sense negar la possibilitat que en casos concrets aquestes actituds estiguin específicament dirigides a usuaris magribins, també és cert que bona part de les situacions que aquests usuaris han identificat com a discriminatòries afecten també altres usuaris dels serveis de salut, i així ho demostren els estudis de satisfacció que assenyalen com a principals motius d'insatisfacció el temps d'espera –tant pel que fa a l'obtenció de cita com a l'espera per ser atès– (48-51), aspectes organitzatius i burocràtics lligats a l'atenció sanitària (8, 48), la qualitat de les instal·lacions (51), el tracte personal i la informació clínica rebuda (49), entre d'altres, sense que, lògicament, aquests usuaris interpretin que estan sent objecte de discriminació per part del sistema a causa del seu origen.

Sense abandonar el tema de la insatisfacció, convé precisar que alguns relats que parlen de descontentament amb el tracte rebut, mostren actuacions impròpies d'un professional. Bruggemann *et al.* (52) s'han ocupat de definir un concepte relativament nou, l'*Abús en l'Atenció a la Salut*. L'abús en l'atenció a la salut (ACH per les seves inicials en anglès) es defineix per l'experiència subjectiva de trobades amb els serveis de salut en les quals el pacient pateix i sent que perd valor com a persona. Tot i que no necessàriament hi ha d'haver

intencionalitat perquè hi hagi abús, aquest s'expressa mitjançant la indiferència, la humiliació, l'escarni o la manca de compassió, entre d'altres. L'anàlisi minuciosa dels relats evidencia que alguns usuaris entrevistats han hagut de suportar situacions d'aquesta mena. Tant se val si aquestes conductes estan o no relacionades amb el rebuig a un determinat col·lectiu. De fet, el relat dels fets no sempre ho dona a entendre. Ara bé, sigui com sigui, el catàleg d'actuacions indignes dels professionals i que indignen –o haurien de fer-ho– les persones, és una mostra de poder desmesurat –si és que hi ha d'haver poder en les relacions d'aquesta mena– que malmet la relació, afecta l'autoestima de l'usuari i li provoca sentiment d'impotència. La jerarquia, les regles i les asimetries en la relació legitimen, en certa manera, l'exercici de poder en les relacions entre professionals i usuaris en l'àmbit sanitari i, de fet, hi ha estudis que les relacionen amb l'abús en l'atenció a la salut (53-55). Amb tot, no és menys cert –tal com han volgut puntualitzar els informants– que cada professional pot decidir com exercir el poder en les seves relacions amb l'usuari i, encara més, pot decidir si és o no convenient relacionar-s'hi de manera jeràrquica.

En els intents d'acostament d'alguns professionals envers els mediadors mitjançant la demostració d'interès per la vida al Marroc, la situació de les dones allí o els secrets que amaguen segons quines maneres de fer, hi ha qui s'hi ha sentit agredit. El mecanisme pel qual una acció aparentment conciliadora entre dues cultures acaba essent viscuda com una agressió és prou subtil. La manera maldestra com alguns professionals mostren l'acceptació de l'altre –la seva visió de la inclusió entre «els nostres»– s'expressa mitjançant missatges amb una certa violència simbòlica. Recordeu, si no, la frase de la discòrdia «serás la mujer más folk de Marruecos». Aquesta afirmació porta implícita la voluntat de crear una certa complicitat entre el professional de la salut i la medidora; ara bé, es tracta d'una complicitat enverinada amb el missatge: t'accepto com a diferent sempre que vulguis assemblar-te a mi. Una semblança que no va més enllà de la superficialitat de l'aspecte extern i que ofèn la medidora, una dona cultivada que està orgullosa del seu origen i al qual no vol renunciar. Per l'altra banda, aquest mateix missatge amb què el professional de la salut prova de mostrar l'acceptació dels altres –els que són diferents... però en vies de conversió– suggereix un sentiment de superioritat i obliga a la negació de la resta dels magribins, els que ni se'ns assemblen ni seran mai com nosaltres –entengueu per nosaltres els mons representats per la medidora «moderna» i la professional «conciliadora»– perquè es dona per fet que la resta mai no podran estar al nostre nivell. Vindria a ser com que el preu de la inclusió passa per l'assimilació als estàndards vigents de modernitat i el rebuig d'una part del que un sent com a propi (56, 57), una exigència del tot excessiva. Finalment, i per acabar de reblar el clau, l'interès que desperten en els professionals segons quines maneres de fer, un interès molt pròxim a l'exotisme del segle XIX, més mogut per una curiositat malsana que no pas per raons de salut, acaba per ofendre la medidora que se sent exposada a la mirada morbosa dels altres i obligada a definir-se en un o altre bàndol.

Les declaracions dels informants en relació amb l'exigència d'alguns usuaris de ser atesos per professionals del mateix sexe donen a entendre que l'ocurrència d'aquest fet és anecdòtica. La cita en què una de les mediadores entrevistades valora la magnitud del problema s'assembla força al relat dels altres mediadors entrevistats quan se'ls ha demanat que es manifestin sobre la importància del succés. Per la seva part, els usuaris afirmen prioritzar la salut per sobre d'altres raons com ara la religió o la vergonya d'ensenyar el cos, motius pels quals, potser, demanarien de ser atesos per un professional d'un determinat sexe<sup>1</sup>, tal com també conclouen Plaza i Veiga en el seu treball sobre la identitat cultural dels pacients musulmans a l'àmbit hospitalari (58). En canvi, a l'estudi de Vázquez *et al.* sobre necessitats sentides pels professionals en l'atenció a la salut dels immigrants (59), els professionals s'expressen al respecte com si la negació a deixar-se explorar per un metge de sexe contrari fos una demanda habitual entre els usuaris magribins. També Almagro *et al.* (60), en el seu treball amb usuaris magribins, troben que la importància del fet és considerable i afirmen que el 18,3 % dels magribins no acceptaria que les dones fossin visitades per un professional de sexe masculí. Compte, però, perquè la pregunta només ha estat contestada pels homes del col·lectiu, mentre que no se n'ha demanat l'opinió a les dones. Sigui com sigui, el que se'n pot dir de manera inqüestionable és que l'apreciació de la magnitud del fet és diferent en funció de qui la faci. Entre les possibles causes d'aquesta diferència d'apreciacions hi podria haver un coneixement parcial dels fets per part dels mediadors –limitat a les interaccions en què són requerits–, un estat d'opinió força desfavorable envers el col·lectiu de magribins i una tendència al sobredimensionament de tot el que s'hi refereix, tot plegat amb l'efecte d'alimentar els rumors sobre el col·lectiu (59, 61-63).

Posats a buscar raons que ajudin a entendre el perquè del prejudici, cal considerar els fluxos d'arribada d'immigrants procedents del Magrib. L'anàlisi d'aquests moviments ens diu que l'arribada de les dones està diferida dos anys respecte a la dels homes. Aquest fet encaixa amb les dades de l'ENI 07<sup>2</sup> que afirmen que el 71,4 % de les dones magribines que vénen a Catalunya ho fan per motius familiars, especialment el reagrupament, mentre que les que declaren alguna mena de motivació laboral (trasllat, millora o cerca de feina) constitueixen el 24,9 %, la qual cosa confirma que el projecte migratori de la dona magribina és, en bona part, dependent del projecte migratori d'algun familiar. Per altra banda, resultats del mateix estudi referits a les dones magribines residents a Catalunya, situen en un 51,07 % el percentatge de les que no han completat estudis primaris i en un 46,6 % les que declaren tenir un nivell crític de català o castellà, ja sigui perquè no parlen cap d'aquestes llengües, ja sigui perquè en tenen un maneig insuficient<sup>3</sup>. La magnitud d'aquestes xifres i l'acceptació que l'educació repercuteix en els rols de gènere (64) i en la manera com la dona magribina es relaciona amb la societat (65), no justifiquen, per part dels treballadors dels serveis de salut, la presumpció d'una posició

---

<sup>1</sup> Vegeu capítol de resultats 5.4. sobre l'accés i el perfil d'ús.

<sup>2</sup> Convé recordar que el qüestionari de l'ENI 07 considera la pregunta dels motius migratoris com a pregunta de resposta múltiple, de manera que la declaració d'un motiu no exclou la declaració simultània d'altres motius migratoris.

<sup>3</sup> Vegeu capítol de resultats 5.1. sobre característiques sociodemogràfiques dels magribins que viuen a Catalunya.

de la dona respecte dels homes del col·lectiu, ni tampoc l'anticipació del judici sobre la capacitat d'entendre i expressar-se l'interlocutor –o interlocutora– magribí, tal com sembla que, de vegades, passa.

Certament, ja sigui pel perfil migratori del col·lectiu, ja sigui per problemes de comunicació o bé com a reflex d'una manera de fer pròpia dels homes i les dones magribins, de vegades passa que la dona magribina es presenta a ulls dels professionals com a dependent dels homes de la seva família. Aquest retrat, molt criticat pels professionals (59) és, paradoxalment, també molt ben rebut, en tant que reafirma la idea esbiaixada que alguns tenen de la dona magribina<sup>1</sup>. De fet, els mediadors es queixen de la inèrcia dels professionals a jutjar des d'aquest punt de vista les relacions entre homes i dones magribins i, encara més, els retreen una recepció acrítica dels fets, que no se'n pregunta el perquè ni tampoc la significació real de les aparences, sinó que es limita a admetre amb complaença que, efectivament, les coses són tal com sempre s'han imaginat. Per altra banda, i malgrat la interpretació que fan dels fets, els professionals mostren acceptació tàcita de la situació, i en cas de conflictes en què es palesa la subordinació de la dona magribina respecte a l'home, actuen segons el mateix model que critiquen i en negocien la solució només amb l'home. La desaprovació de les interferències masculines en la presa de decisions que afecten les dones és freqüent entre els professionals (59). No obstant això, a partir dels testimonis aportats no hi ha constància que la intervenció dels professionals ho sigui en el sentit dels principis que ells mateixos expressen, ans al contrari, l'exclusió de la dona en la gestió del conflicte, lluny de contribuir a millorar la posició de la dona magribina respecte als homes amb qui es relaciona, la perpetua en el paper de subalterna, qüestiona l'honestetat dels professionals pel que fa a aquest tema i en deslegitima la crítica. Més enllà dels testimonis que s'han manifestat en aquest sentit, hi ha altres proves que sustenten aquesta afirmació com és el treball d'Almagro *et al.* (60) sobre la percepció del sistema sanitari català per part de la població d'origen magribí. Al treball d'Almagro es pregunta per l'exigència de professionals del mateix sexe que l'usuari. Aquest fet, lògicament, obeeix a la necessitat d'esbrinar la realitat objectiva d'un fet que, si més no, és en boca de tothom. Fins aquí, cap objecció. Ara bé, Almagro *et al.* obvien preguntar a les dones sobre aquest tema i directament s'adrecen als homes per saber –cito textualment– si deixarien que la seva dona fos visitada per un metge de sexe masculí. La manera com Almagro *et al.* pregunten sobre això posa en relleu diverses coses. En primer lloc, donen per fet que aquesta és una situació que afecta només les dones. Seguidament, i molt més greu al meu entendre, evidencia una certa desqualificació de la majoria d'edat de la dona magribina, en tant que consideren innecessari preguntar-li sobre la seva elecció perquè –dedueixo– la consideren immadura o totalment dependent del marit, incapaç de tenir autoritat sobre un tema com aquest. Finalment, la pregunta, en les condicions que està formulada, accepta de bon grat que aquesta és una qüestió que afecta, únicament, el marit. Tot plegat demostra, per part dels investigadors –tots professionals de la salut–, un

---

<sup>1</sup> Parlo de «dona magribina» i no de dones magribines perquè és evident que ens estem referint a una idea monolítica de la dona magribina, la que perpetua la imatge –una i cap altra més– que els professionals ja tenen fixada prèviament.

concepte de la dona magribina carregat de prejudicis, l'acceptació tàcita dels comportaments que tant reproven en els altres i l'opció fàcil del paternalisme sobreprotector que de cap manera ajuda les dones a apoderar-se de la pròpia vida.

El relat dels fets que es poden associar al prejudici constata un coneixement esbiaixat de l'usuari magribí per part dels professionals, una actitud passiva pel que fa al coneixement de «l'altre» i unes actuacions limitadores del desenvolupament de la relació i les capacitats de les persones. La pregunta que sorgeix arran d'aquesta realitat és: què en treuen els professionals d'insistir en aquesta imatge i aquesta actitud? La resposta està oberta, tot i que ja hi ha qui hi ha donat sentit. Edward Said a *Orientalisme* (66) parla de les idees de raça, racialització i cultura com les columnes que sostenen el coneixement esbiaixat de l'altre. Un coneixement que de cap manera és innocent, com tampoc és objectiu, ni neutre ni crític. Un coneixement generat des d'una posició de poder i orientat clarament a la confirmació del prejudici i a la dominació de l'altre. Aquest pensar premeditat i parcial d'alguns professionals sobre les dones magribines no fa més que perpetuar l'imaginari col·lectiu, justificar –amb fets més o menys anecdòtics, més o menys habituals<sup>1</sup>– un estat de pensament, perpetuar la posició social de l'altre a base de transmetre la idea de realitat única i immutable, excloure de la modernitat –l'occidental, s'entén– les dones magribines, i anunciar que el camí de la salvació passa per la renúncia a una part de la pròpia essència, perquè subjacent al missatge hi rau la idea que islam i modernitat són incompatibles (67-69).

L'obstinació dels professionals a reafirmar-se en una determinada imatge del col·lectiu de magribins residents a Catalunya, més enllà de dibuixar-ne un retrat parcial i simplista, pot tenir l'efecte de culturalitzar –o potser caldria dir etnitzar– en excés les dificultats amb què es troben els usuaris magribins en la seva relació amb els serveis de salut, ignorar la complexitat de les interaccions que operen en la base dels problemes de salut i de relació amb les institucions sanitàries, i obstaculitzar l'empoderament de la dona magribina: «El discurso compasivo que las presenta como pasivas, sumisas e ignorantes tiene un curioso correlato en el escaso espacio laboral, legal e intelectual en que esta sociedad las encierra. Quizá fuera de más ayuda observarlas como sujetos activos e inteligentes que se esfuerzan por dejar atrás la marginación y la precariedad e intentan compaginar lo mejor de ambas culturas: la de origen y la dominante en la sociedad de acogida» (68). Donar per certes les expectatives que a priori es tenen sobre un determinat grup de persones és fer-ne un judici molt groller i, alhora, limitar-los les possibilitats d'apoderament, de canvi de la realitat. Per altra banda, cas que el professional actuï donant per fetes determinades suposicions sobre el nivell d'instrucció de l'usuari i la seva capacitat per entendre i expressar-se, la comunicació corre el risc de trencar-se, la relació –en

---

<sup>1</sup> Com a fets més o menys anecdòtics, penseu en les demandes que alguns usuaris fan de metges del mateix sexe. Com a fets més o menys habituals, penseu en el hijab, objecte de les iras de molts professionals perquè –diuen– encarna el dimoni del masculisme, la submissió i la minoria d'edat femenina (67).

no poder-se expressar l'usuari– no satisfà les expectatives, i l'autoestima del pacient –en sentir-se menystingut– es veu malmesa. Tot plegat, doncs, afectarà la qualitat de la interacció i la satisfacció de les parts implicades.

Pel que fa a la relació professional - usuari, ha quedat constatat que les actuacions professionals poden ser ben diferents tot i donar-se en circumstàncies similars. Els professionals es relacionen amb els usuaris –tant se val si són o no magribins– amb dos estils d'interacció ben diferents, que no necessàriament es veuen afectats pels determinants estructurals de la trobada.

Una d'aquestes maneres de relacionar-se és jeràrquica. El professional se situa en una posició preeminent i es considera a si mateix com a únic dipositori del coneixement, mentre que els sabers de l'usuari són ignorats. La posició relativa del professional respecte a l'usuari sembla que li dóna dret a jutjar-lo, faltar-li al respecte i tractar-lo indignament, sense que ni el professional ni tampoc el sistema es qüestionin la licitud d'aquest exercici de poder. En aquest model de relació, el professional decideix el sentit de la informació –de dalt a baix– i també el contingut, de manera que en restringir o seleccionar la informació que l'usuari té dret a rebre es lesiona el seu dret a pensar, decidir i actuar autònomament. No hi ha un espai de cerca i negociació de solucions de salut que satisfacin les necessitats de les dues parts, perquè s'ignora deliberadament la capacitat de l'usuari de desenvolupar-se i prendre decisions sobre la seva vida. No cal dir que aquest estil de relació genera insatisfacció a dues bandes i, potser també, desconfiança. És una manera de relacionar-se insana, que vulnera la seguretat física, psicològica, social i espiritual a què tenim dret en relacionar-nos amb els professionals i el sistema de salut (70).

Per altra banda hi ha una manera de fer alternativa que s'esforça per millorar la qualitat de la comunicació, que respecta la individualitat, que reconeix els beneficis de la participació activa de l'usuari i l'anima a mobilitzar recursos per al manteniment de la salut, que demostra la competència professional sense recórrer a la jerarquia i les relacions de poder i que genera autoritat per assumpció i no pas per imposició.

D'aquesta realitat en sorgeix, automàticament, una reflexió, i és la que es pregunta per les raons que fan que un professional es decanti per una o altra manera de fer. Són personals, aquestes raons? Són institucionals? Són conjunturals? Alguns autors reconeixen que la introducció de valors de mercat en les institucions de salut és, si més no, problemàtica pel desplaçament de prioritats que comporta, com ara el benestar de les persones, l'honestetat dels professionals o la justícia social en benefici d'altres prioritats de caire mercantilista com la jerarquia o l'eficiència (71). Aiken *et al.* (72) en un estudi fet amb més de 43.000 infermeres en cinc països diferents, han demostrat que algunes mesures de reducció de la despesa com ara la disminució de les ràtios infermera/pacient, l'eventualitat de les plantilles, la pèrdua de lideratge infermer o la manca d'oportunitats de formació continuada redueixen la satisfacció

dels professionals i fan que augmentin notablement les baixes laborals. Tal com puntualitzen Rodney i Street (71) aquest context de restricció de recursos no es tracta només d'un fet extern del lloc de treball, és, també, part de la cultura organitzativa de la institució on es dispensa l'atenció, de manera que «a més a més de les dimensions físiques d'una institució, hi ha les dimensions morals d'aquestes institucions, les quals poden augmentar o disminuir la probabilitat que una comunitat de professionals, organitzada al voltant d'objectius compartits, adopti els estàndards i les perspectives d'una bona pràctica» (73) o, altrament dit, no n'hi ha prou amb els canvis estructurals i organitzatius de la institució, calen també, canvis de valors. Rubio *et al.* (74) abona també aquesta idea quan afirma que la humanització de l'atenció demana temps, personal i recursos així com, indefugiblement, un compromís institucional amb la humanització de l'atenció que es demostrï en la manera com la institució es relaciona amb els seus professionals.

Això no és tot, però. Tal com alguns testimonis han afirmat, hi ha les persones. Els professionals tenen, al capdavant, l'última paraula pel que fa a fins a quin punt s'implicaran en el benestar de l'altre i se'n commouran pel sofriment. Què ho fa, doncs, que en circumstàncies iguals, els professionals actuïn diferent? Per què hi ha qui es desentén de la sort de l'altre quan aquest desentendrà's o no, no pot ser una elecció personal sinó que hauria de ser una qüestió professional. Situats en aquest punt cal parlar de la desconexió moral. El terme, sorgit de la teoria cognitiva social d'Albert Bandura (75) es refereix al canvi d'identitat moral que experimenten algunes persones des d'un compromís amb determinats valors cap a actuacions en contra d'aquests valors. Els mecanismes pels quals té lloc el canvi són, segons Bandura, una barreja de justificació moral amb l'excusa d'un sacrifici en nom d'un bé suprem, el llenguatge eufemístic que disfressa l'agressió, la comparació avantatjosa respecte a actuacions encara pitjors, l'elusió de responsabilitats tot argumentant restriccions externes, el menysteniment de l'efecte de les seves accions i la deshumanització de l'agraviat (76). La desconexió moral és un procés gradual que pot passar desapercebut a les persones i les institucions fins a esdevenir normal en l'atenció a la salut (77), fet que explicaria la passivitat institucional de què es queixen alguns usuaris davant d'actuacions professionals clarament reprovables. Alguns entrevistats –no tots, per sort– han aportat experiències que exhibeixen l'absència de vincle moral d'alguns professionals en la seva relació amb l'usuari magribí. Molt probablement, en la gènesi del distanciament moral d'aquests professionals hi intervinguin tota mena de factors, tal com suggereix Bandura. El maltractament subtil que hom rep d'alguns professionals es pot entendre com un peatge que s'ha de pagar per obtenir atenció sanitària, com si el pacient s'hagués de fer perdonar la molèstia que causa, la despesa que genera o, encara pitjor, el fet de ser un nouvingut, tal com demostren Swahnberg *et al.* en identificar el fet de ser estranger com a factor de risc per patir abús en l'atenció a la salut (78). Les condicions de la trobada entre el professional i l'usuari, tot i no ser del tot determinants –ja ho hem vist–, no sempre faciliten una relació basada en el respecte i la reciprocitat, i poden ser vistes com una restricció moral i estructural sobre la qual el professional hi té poc a dir. Ara bé, els testimonis que parlen d'accions clarament reprovables dirigides específicament a usuàries

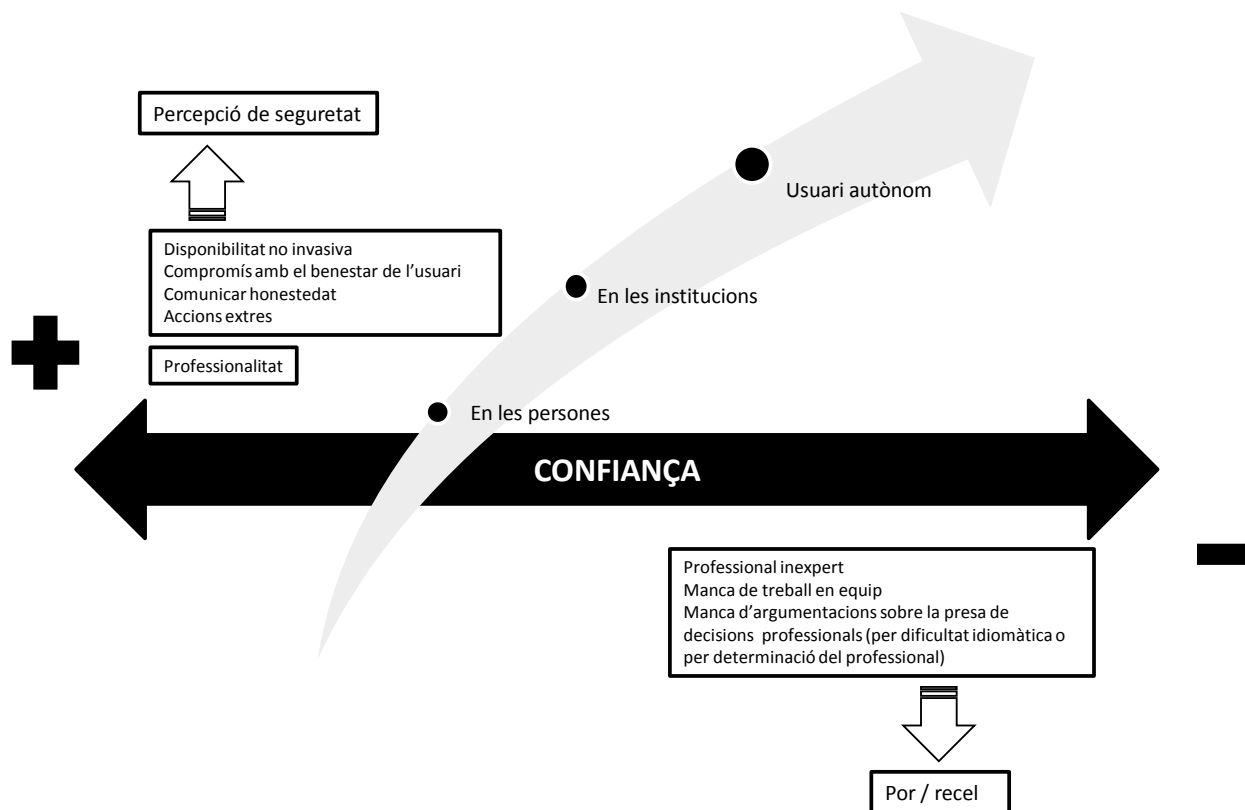
magribines, ens obliguen a preguntar-nos si la condició de migrant unida al fet de ser dona pertanyent a un col·lectiu força rebutjat socialment autoritza el professional moralment desvinculat a deshumanitzar la persona. La cosificació de l'altre és el primer pas per fer invisible el sofriment i... si no hi ha sofriment, tot el reguitzell de peatges en forma de maltractaments diversos que alguns usuaris han de suportar no aixeca cap alarma. O, en unes altres paraules, no serà que la concurrència de diferents eixos de discriminació anima el professional moralment desvinculat a actuar més desvinculat i amb menys moral com més desposseït de poder està l'interlocutor? Caldria veure quina mena d'actuacions mostren aquests mateixos professionals amb l'usuari que està convençut de tenir tot el dret a rebre un bon tracte per part dels professionals, que té mecanismes per defensar-se dels abusos i que, efectivament, mostra un comportament actiu en la defensa de la seva dignitat com a persona.

Malgrat els fets i les argumentacions prèvies, molts usuaris han expressat la seva satisfacció amb les atencions i el tracte rebut dels professionals i quan ho han fet han valorat, sobretot, que s'han sentit dignes com a persones i respectats en el que són i el que estimen. Han valorat, també, la implicació professional en el sofriment de l'altre –ells– i l'esforç per alleujar-lo. Han valorat, en definitiva, que s'han sentit persones importants cuidades i ateses per professionals molt professionals i molt humans, perquè la humanitat en l'atenció a la salut no pot ser una sort –del qui s'hi troba– o una elecció de qui la dispensa. La humanitat en l'atenció a la salut és un requeriment professional. I aquesta afirmació, malgrat semblar-ho, no té res de romàntica. És una afirmació que està feta tocant de peus a terra, des del realisme descarnat que donen les dades: en un estudi fet amb més de 12.000 usuaris de 51 hospitals de Massachusetts l'any 1998, els tres primers factors predictors –per aquest ordre– relacionats amb la disposició dels pacients a recomanar el centre sanitari on han estat ingressats són el tracte respectuós i digne, la confiança en els professionals i l'amabilitat i disposició dels que hi treballen (32). De la mateixa manera, experts i usuaris s'han posat d'acord en la importància de respectar la persona i els seus valors com a instruments per millorar la satisfacció de l'usuari, la seva implicació en la cura de la salut i l'ús responsable dels recursos (79, 80). Tots aquests estudis, referits a la població general i no pas a un grup d'usuaris de característiques específiques, parlen de necessitats compartides poc lligades a especificitats culturals i, en canvi, molt relacionades amb la dignitat i el respecte. Parlen de les mateixes necessitats que expressa l'usuari magribí quan se li pregunta per la seva experiència amb el sistema de salut, perquè, fins i tot quan sembla que les demandes de l'usuari estan lligades a la cultura, ho estan encara més al respecte dels drets i la dignitat. El dret a ser diferent i la dignitat de ser tractat com una persona.

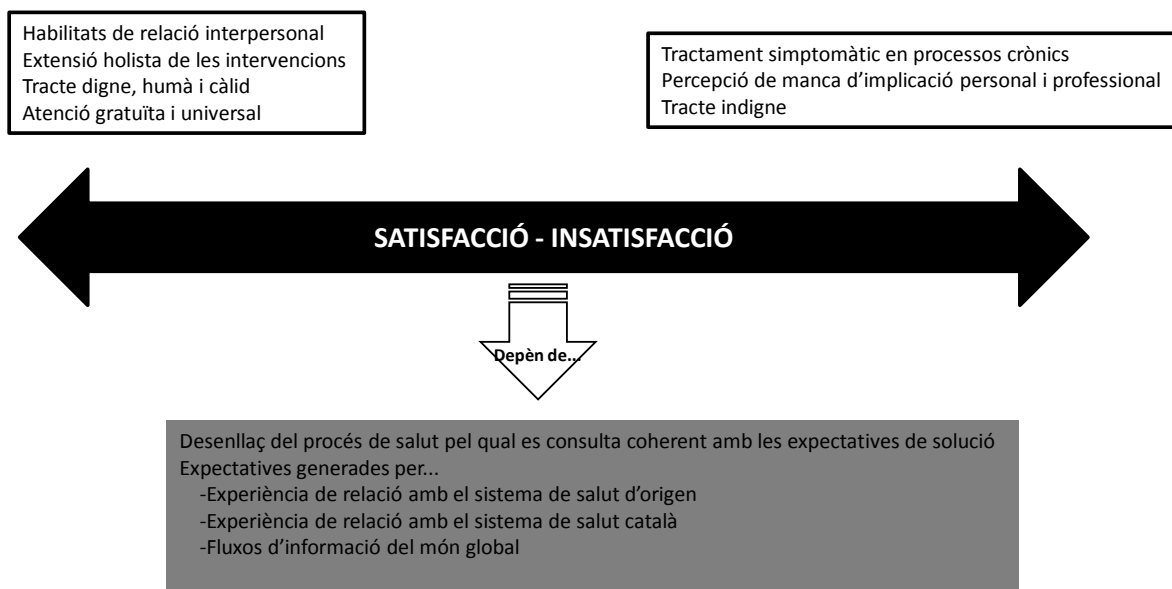


## 5.5.4. Figures: Sobre la interacció professional - usuari

### 5.5.4.1. La confiança



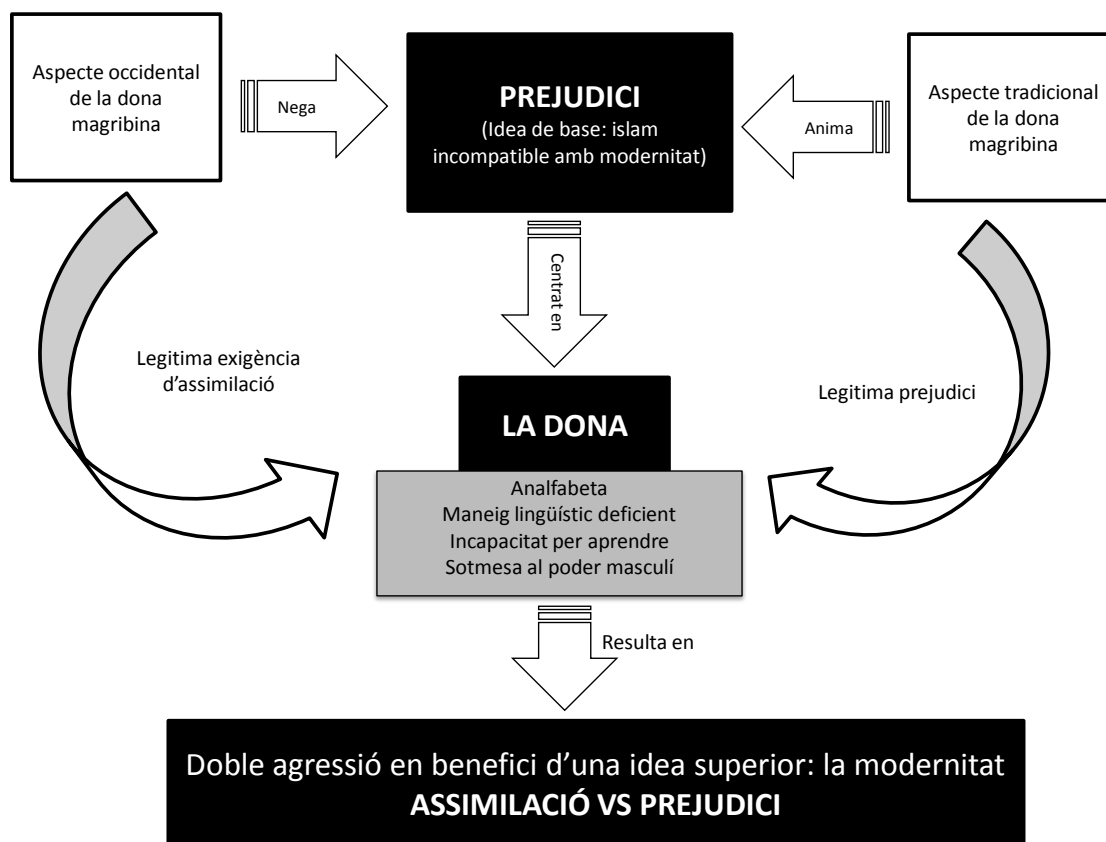
### 5.5.4.2. Satisfacció - insatisfacció



### 5.5.4.3. Discriminació



#### 5.5.4.4. Prejudici



### 5.5.5. Bibliografia

- (1) Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu, MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública* 2008;34(4). Disponible a: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext). Consultat 30-07-2012.
- (2) Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 1985;49(4):41-50.
- (3) Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail* 1988;64(1):12-40.
- (4) Prieto-Rodríguez MA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Atención primaria* 1999;23(5):259-266.
- (5) Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev* 1994 Fall;19(4):49-55.
- (6) Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev* 1998 Fall;23(4):81-96.
- (7) Donabedian A. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. A: White KL, editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1992. pp. 382-404.
- (8) Mira Solves J. Causas de satisfacción e insatisfacción en los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de calidad asistencial* 2002;17(5):273-283.
- (9) Abraído-Lanza A, Céspedes A, Daya S, Flórez KR, White K. Satisfaction with health care among Latinas. *J Health Care Poor Underserved* 2011 05;22(2):491-505.
- (10) Rodríguez Marín J. Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Humanitas: Humanidades Médicas* 2005(8):101-110.
- (11) Herrera-Kiengelher L, Villamil-Álvarez M, Pelcastre-Villafuerte B, Cano-Valle F, López-Cervantes M. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública* 2009;43(4):589-594.
- (12) Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública* 2002;76(5):561-575.
- (13) Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010 Spring;10(1):38-43.
- (14) Girón M, Manjón P, Puerto J, Sánchez E, Gómez M. Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *The American Journal of Psychiatry* 1998(155):530-535.
- (15) Ruiz Moral R. Strategies to promote an egalitarian relationship with patients. *Aten Primaria* 2006 Jul-Aug;38(3):178-181.

- (16) Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am J Public Health* 2010 Apr 1;100 Suppl 1:S113-7.
- (17) Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2011 Jan 14;11:10.
- (18) Krieger N. Genders, sexes, and health: What are the connections—and why does it matter? *Int J Epidemiol* 2003;32(4):652-657.
- (19) Sawyer PJ, Major B, Casad BJ, Townsend SSM, Mendes WB. Discrimination and the stress response: psychological and physiological consequences of anticipating prejudice in interethnic interactions. *American Journal of Public Health* 2012;102(5):1020-1026.
- (20) Williams DR, John DA, Oyserman D, Sonnega J, Mohammed SA, Jackson JS. Research on discrimination and health: an exploratory study of unresolved conceptual and measurement issues. *American Journal of Public Health* 2012;102(5):975-978.
- (21) Achótegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan* 2009 Diciembre 2009(46):163-171.
- (22) Borrell C, Rodríguez-Sanz M. Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008;11:46-57.
- (23) Hansen KL, Sørli T. Ethnic discrimination and psychological distress: A study of Sami and non-Sami populations in Norway. *Transcultural psychiatry* 2012;49(1):26-50.
- (24) Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García A, Ruiz-Frutos C, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health* 2011;11(1):652.
- (25) Harris R, Cormack D, Tobias M, Yeh LC, Talamaivao N, Minster J, et al. Self-reported experience of racial discrimination and health care use in New Zealand: results from the 2006/07 New Zealand Health Survey. *American Journal of Public Health* 2012;102(5):1012-1019.
- (26) Johnston D, Lordan G. Discrimination makes me Sick! An Examination of the Discrimination-Health Relationship. *J Health Econ* 2011; 31(1):99-111.
- (27) Brody GH, Kogan SM, Chen Y. Perceived discrimination and longitudinal increases in adolescent substance use: gender differences and mediational pathways. *American Journal of Public Health* 2012;102(5):1006-1011.
- (28) Hudelson P, Kolly V, Perneger T. Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. *Health Expect* 2010 Mar;13(1):24-32.
- (29) Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, García-Benavides F, et al. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gaceta Sanitaria* 2009 12;23, Supplement 1(0):115-121.
- (30) Vanderbilt SK, Wynia MK, Gadon M, Alexander GC. A qualitative study of physicians' engagement in reducing healthcare disparities. *J Natl Med Assoc* 2007 Dec;99(12):1315-1322.

- (31) Álvarez Baza MdC. Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional. *Revista de Calidad Asistencial* 2007 9;22(5):227-233.
- (32) Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *Journal of Medical Ethics* 2003 April 01;29(2):103-108.
- (33) Duarte Clímets G, Aguirre-Jaime A. Kind nurse, satisfied patient [Spanish]. *ENFERM CLIN* 2003 2003;13(1):7-15.
- (34) Gené-Badia JJ, Ascaso CC, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalán-Ramos AA, Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Fam Pract* 2007;24(1):41.
- (35) World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. The right path to health: health education through religion, N. 5. Health promotion through Islamic lifestyles: the Amman declaration. Alexandria: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 1996.
- (36) Rubio Rico L, Ferrater Cubells M. Los conceptos salud y enfermedad contenidos en el Corán. *Cul Cuid* 2006 2º Semestre 2006;X(20):122-128.
- (37) Baier A. Trust and Antitrust. *Ethics* 1986 Jan;96(2):231-260.
- (38) Sellman D. Trusting patients, trusting nurses. *Nurs Philos* 2007 Jan;8(1):28-36.
- (39) Morgan RM, Hunt SD. The commitment-trust theory of relationship marketing. *The journal of marketing* 1994:20-38.
- (40) Seong JG, Bi B, Padilla BI. Bridging the language gap in primary care. *Am J Nurse Pract* 2010 06;14(6):23.
- (41) Seidelman RD, Bachner YG. That I won't translate! Experiences of a family medical interpreter in a multicultural environment. *Mt Sinai J Med* 2010 Jul-Aug;77(4):389-393.
- (42) Schenker Y, Karter AJ, Schillinger D, Warton EM, Adler NE, Moffet HH, et al. The impact of limited English proficiency and physician language concordance on reports of clinical interactions among patients with diabetes: The DISTANCE study. *Patient Educ Couns* 2010 11;81(2):222-228.
- (43) Sanchez-Birkhead AC, Kennedy HP, Callister LC, Miyamoto TP. Navigating a new health culture: experiences of immigrant Hispanic women. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2011;13(6):1168-1174.
- (44) McAlearney AS, Oliveri JM, Post DM, Song PH, Jacobs E, Waibel J, et al. Trust and distrust among Appalachian women regarding cervical cancer screening: A qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;86(1):120-126.
- (45) Gerrish K. The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *J Adv Nurs* 2001;33(5):566-574.
- (46) Jacobs EA. Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. *Am J Public Health* 2004;94(5):866-869.
- (47) Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical care research and review* 2005;62(3):255-299.

(48) Adell CN, Cavallé TB, García AC, Caballero IV, Canela-Soler J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Aten Primaria* 2005;35(6):290-294.

(49) Carrión Bolaños MI, Blanco Rodríguez JM, Salinero-Aceituno M, Rodríguez Jiménez M, Calvo Martín C, Valenzuela-Álvarez D. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos, medida a través de encuestas. *Rev Calid Asist* 2003;18(1):39-45.

(50) Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(1):4-10.

(51) Morales-Guijarro A, Nogales-Cortés MD, Pérez-Tirado L. Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. *Revista de Calidad Asistencial* 2011;26(1):47-53.

(52) Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: a concept analysis. *Scand J Caring Sci* 2012;26(1):123-132.

(53) Swahnberg K, Wijma B, Liss PE. Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(7):830-836.

(54) Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: Women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2007;28(3):161-167.

(55) Wijma B, Thapar-Björkert S, Hammarström NC, Swahnberg K. Cycles of abuse nurtured by concealment: a clinical report. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2007;28(3):155-160.

(56) Maalouf A. Les identitats que maten: [per una mundialització que respecti la diversitat]. 3a ed. Barcelona: La Campana; 2003.

(57) Castells M, Institut Europeu de la Mediterrània. Globalització i identitat. Barcelona: IEMED, Institut Europeu de la Mediterrània; 2004.

(58) Plaza del Pino FJ, Veiga del Pino M. Identidad cultural de los pacientes musulmanes en el ámbito hospitalario. A: Moreno Márquez G, Blanco Fernández de Valderrama C, Collado Zengotitabengoa A, editores. VII Congreso Migraciones Internacionales en España. Movilidad Humana y Diversidad Social. Bilbao, 11-13 abril de 2012. Bilbao: Universidad del País Vasco; 2012. pp. 2864-2883.

(59) Vázquez M, Terraza R, Vargas I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: Pla director d'immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.

(60) Almagro Lorca MJ, Rojas Cecilia MJ, Guix Oliver J, Garreta Girona S, Ribot Serra B, Arija Val V. Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. *Creencias sobre salud y enfermedad. Atención Primaria* 2010 5;42(5):266-272.

(61) Navas M, Cuadrado I. Actitudes hacia gitanos e inmigrantes africanos: un estudio comparativo. *Apuntes de psicología* 2003;21(1):29-49.

(62) Pew Research Center. Pew Global Attitudes Project. Unfavorable Views of Jews and Muslims on the Increase in Europe 2008. Disponible a: <http://www.pewglobal.org/2008/09/17/unfavorable-views-of-jews-and-muslims-on-the-increase-in-europe/> . Consultat 16-09-2012.



- (63) Ikuspegi, observatorio vasco de la inmigración. Valores y actitudes de la población vasca hacia la inmigración extranjera. Vitoria: Gobierno Vasco; 2004. Disponible a: <http://ikuspegi-inmigracion.net/documentos/investigacion/es/informePercepciones.pdf> . Consultat 12-09-2009
- (64) Amartya S. Desarrollo y libertad. 1a ed. Barcelona: Planeta; 2000.
- (65) Alcalde R, García C, Moreno R, Ramírez M. Las mujeres marroquíes en Cataluña: entre la transgresión y el cambio. Revista Catalana de Sociologia 2002;(18):27-44.
- (66) Said EW. Orientalismo. Madrid: Libertarias-Prodhufi; 1990.
- (67) Mujeres, pañuelo e islamofobia en España: Un estado de la cuestión. Anales de historia contemporánea 2008; 24:121-135.
- (68) Moualhi D. Mujeres musulmanas: estereotipos occidentales versus realidad social. Papers: revista de sociologia 2000;60:291-304.
- (69) Bullock K. Rethinking Muslim women and the veil: Challenging historical & modern stereotypes. International Inst of Islamic Thought; 2002.
- (70) Busquets Surribas M. La autonomía, una visión desde el cuidado enfermero. Nursing 2004;22(6):58.
- (71) Rodney P, Street A. The moral climate of nursing practice: Inquiry and action. A: Storch JL, Rodney P, Starzomski R, editors. Toward a Moral Horizon: Nursing Ethics for Leadership and Practice. 1st ed. Toronto: Pearson; 2004. pp. 209-231.
- (72) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Aff (Millwood) 2001 May-Jun;20(3):43-53.
- (73) Weiss S, Malone R, Merighi J, Benner P. Economism, efficiency, and the moral ecology of good nursing practice. The Canadian journal of nursing research= Revue canadienne de recherche en sciences infirmières 2002;34(2):95.
- (74) Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borrás A, Sans Riba L, Toda Savall D, et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. Enf Int 2006 Octubre 2006;17(4):141-153.
- (75) Bandura A. Pensamiento y acción: fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca; 1987.
- (76) Bandura A. Selective activation and disengagement of moral control. J Soc Iss 1990;46(1):27-46.
- (77) Rodney P, Kadyschuk S, Liaschenko J, Brown H, Musto L, Snyder N. Moral agency: Relational connections and support. A: Storch JL, Starzomski R, Rodney P, editors. Toward a Moral Horizon: Nursing Ethics for Leadership and Practice. 2nd ed. Toronto: Pearson; 2012. pp. 160-187.
- (78) Swahnberg K, Hearn J, Wijma B. Prevalence of perceived experiences of emotional, physical, sexual, and health care abuse in a Swedish male patient sample. Violence Vict 2009;24(2):265-279.
- (79) Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Rodríguez-Marín J. Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona. Recomendaciones para mejorar la

comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona. Revista de Calidad Asistencial 2005 10;20(6):327-336.

(80) Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Mira JJ, et al. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Revista de Calidad asistencial 2006;21(4):199-206.



## 5.6. LOST IN TRANSLATION. O SOBRE ELS PROBLEMES DE NO ENTENDRE'S

La diferencia es muy... es muy grande. Aquí más mejor. Bueno... el hospital de Marruecos no hay muchas máquinas, no hay bueno... por ejemplo... una máquina e mucha gente. El medicamento muy caro. Si quiere tratar bien –no es de carácter, tratar bien de funcionar, de tratamiento– tienes que pagar dinero. Pero allí te entienden (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

### 5.6.1. Introducció

Hi ha força literatura que ha identificat les dificultats per entendre i expressar-se en la llengua que parlen els professionals sanitaris com un element que afecta la salut dels usuaris. La manera com aquest fet afecta la salut és diversa. Cohen *et al.* (1) han identificat un augment del risc de patir esdeveniments mèdics greus durant l'ingrés hospitalari en els nens i nenes amb barreres de llenguatge respecte als que provenen de famílies sense problemes idiomàtics per comunicar-se amb l'equip de salut, en aquest mateix sentit, l'estudi de Jacobs *et al.* (2) troba evidències que en un entorn de parla anglesa, aquells que no tenen l'anglès com a primera llengua tenen més possibilitats de patir errors mèdics i que se'ls compliqui el procés pel qual estan passant.

Dos estudis de revisió d'àmbit anglosaxó (2, 3) coincideixen a assenyalar que el baix nivell de domini de la llengua anglesa podria dificultar negativament l'accés a la salut, Amb tot, una part dels estudis revisats per Timmins (3) conclouen que, en el cas de la població hispana dels Estats Units, el domini del llenguatge està associat a predictors de salut sociodemogràfics i econòmics, tot suggerint que el domini lingüístic no és, per ell mateix, una barrera d'accés a la salut, sinó que és l'expressió d'altres determinants socials de salut.

Pel que fa a l'adherència al tractament, els dos estudis de revisió mencionats anteriorment (2, 3) coincideixen a afirmar que els problemes que tenen per entendre's professionals i usuaris que parlen un idioma diferent afecten la comunicació entre ells, de manera que en les seves interaccions es pregunta i s'explica ben poc, fins al punt que per absència o manca de comprensió de les instruccions sobre el maneig de la malaltia és fàcil que se n'abandonin el cuidatge, tractament i seguiment posteriors.

La satisfacció amb els serveis de salut segons si professionals i usuaris parlen o no la mateixa llengua és també un aspecte força estudiat sobre el qual es conclou que, en absència d'intèrprets, la satisfacció expressada per l'usuari, tant pel que fa a l'atenció rebuda com a la comunicació mantinguda amb l'equip de salut, baixa molt quan professional i usuari no parlen la mateixa llengua (2, 3). L'estudi de Schenker *et al.* (4) afegeix als efectes de la discordança lingüística, la manca de confiança en els professionals i la discriminació percebuda.

Pel que fa a les solucions, ha quedat demostrat que la utilització d'intèrprets entrenats o professionals bilingües als serveis de salut en disminueix les iniquitats d'accés, millora la satisfacció de l'usuari, la qualitat de l'atenció rebuda i els resultats de salut (3, 5-11). Ara bé,

d'intèrprets n'hi ha de moltes menes, malgrat que els diferents tipus d'intèrprets no han estat ben definits (2). Una de les divisions emprada per referir-se als intèrprets en context sanitari és aquella que distingeix entre intèrprets formals i no formals, en funció de si cobren o no per fer aquesta tasca, no obstant això, s'ha vist que aquesta distinció no és tan clara, ja que ben bé pot ser que intèrprets professionals actuïn com a voluntaris sota els auspicis d'una institució o bé que facin tasques d'interpretació sense cobrar per amistat o coneixença amb la persona que necessita el servei (12). Una altra manera de diferenciar entre serveis de suport a la traducció formals i no formals és aquella que en referir-se a serveis de suport informals s'està referint a tota mena d'estratègies a què recorren els usuaris amb problemes de comunicació en absència de serveis formals. Són els anomenats *ad hoc interpreters* i es caracteritzen per un ús totalment improvisat (13). Per la seva banda, Gadon *et al.* (14), en el seu treball sobre les opcions a disposició dels professionals per comunicar-se amb persones amb baix nivell d'anglès, han fet una classificació diferent i han identificat un total de sis opcions d'ajuda a la traducció en context sanitari, a saber: els traductors *ad hoc*, els professionals no sanitaris de la institució amb capacitat de realitzar una traducció, els professionals sanitaris i metges bilingües, els intèrprets professionals disponibles per fer una traducció presencial i, finalment, la interpretació telefònica. A Catalunya, entre els recursos que les institucions de salut posen a disposició dels usuaris amb dificultats idiomàtiques hi ha els serveis de traducció telefònica, material de consulta en diferents suports i els mediadors interculturals en salut (15-18). La funció dels mediadors interculturals en salut és facilitar la comunicació entre professionals i usuaris mitjançant la traducció i interpretació lingüística i cultural (19). La interpretació telefònica i el material de consulta estan pensats com a serveis que complementen la traducció presencial quan aquesta no està disponible, o bé per a temes específics que van més enllà de la capacitat del mediador (19). Malgrat els recursos d'ajuda a la comunicació entre professionals i usuaris amb barreres de llenguatge en context sanitari, a Catalunya es reconeixen dèficits en la cobertura de la demanda del servei de mediació i diferents cultures d'ús del servei entre els professionals, de manera que segons la dotació del servei o la cultura d'ús, tant pot ser que hi hagi demanda sense servei com servei sense demanda (13).

Però... què ho fa que un professional es decanti per la utilització de serveis formals de traducció o més s'estimi els informals? A Catalunya hi ha poca recerca que s'hagi preocupat d'aquesta qüestió, no obstant això, el treball d'avaluació dels serveis de mediació intercultural en salut destaca que segons l'antiguitat, la disponibilitat, el finançament i la promoció del servei es conformen cultures d'ús del recurs força diferents (13), afirmacions subscrietes, també, per Hudelson i Vilpert (20) quan sostenen que el foment d'ús de l'intèrpret professional als serveis de salut no només està subjecte a factors individuals, sinó que requereix d'intervencions a escala institucional orientades a crear una cultura favorable a garantir una comunicació adequada. Aquestes intervencions inclouen normes, canvis estructurals i la promoció de models a seguir. Per saber més sobre la tria dels recursos de traducció que fan professionals i usuaris i les raons que la motiven, cal acudir a estudis fora de l'àmbit català. En general, els professionals mostren predilecció per la utilització de recursos de traducció informals (14, 20-

25), tant és així que, sovint, malgrat opinar que els serveis de traducció formal són més fiables que no pas els traductors *ad hoc*, segueixen acudint més a aquesta mena de serveis, en detriment dels ajuts formals a la traducció (22-24). Així les coses, convé preguntar-se per les raons que hi ha darrere d'aquesta elecció, aparentment tan poc racional. Entre els motius que han estat mencionats s'hi troba el desconeixement de l'oferta institucional de recursos formals de traducció (21), el desequilibri entre l'oferta del recurs i les necessitats reals del servei (22), la percepció que l'assistència d'un traductor professional és un cost afegit a la despesa sanitària (14, 23), el fet que es consideri un recurs de difícil accés (14) o que es tracti de llengües amb molt poca disponibilitat de traductors, com és el cas de l'albanès o el bosnià en un dels estats de la regió de Nova Anglaterra (25).

Pel que fa al col·lectiu de magribins residents a Catalunya, convé recordar que segons dades de l'ENI 07 (vegeu taula 5.1.8) el 30,3 % declara un maneig deficient d'alguna de les dues llengües oficials. A més, cal ressaltar que aquest percentatge arriba al 46,6 % entre les dones, mentre que pel que fa als homes són un 21,2 % els que declaren tenir dificultats per expressar-se en català o castellà.

## 5.6.2. Resultats

### 5.6.2.1. Problemes d'idioma o problemes culturals?

Gairebé totes les persones i grups entrevistats han fet menció a les dificultats per comunicar-se amb els professionals de la salut, dificultats relacionades, sobretot, amb l'insuficient maneig lingüístic de l'usuari magribí en català o castellà:

Diu que té tres fills i que tenen això... anèmia, sí, i que sempre, fa nou mesos, que sempre va a l'hospital, sí, que la tracten molt bé i que l'expliquen, però el que passa és a parlar. Alguna vegada que no troba ningú que l'expliqui... no ho entén (GF3. Dones, berbers, sense estudis 1rs. acabats, baix domini lingüístic, entorn rural).

Queda clar que el baix domini lingüístic és una circumstància que fa que l'usuari que s'hi troba sigui totalment dependent d'algú altre per relacionar-se amb els serveis de salut, i, lògicament, que n'hagi de suportar les conseqüències, que això ja es veurà més endavant. D'altra banda, essent com és la comunicació entre professionals i usuaris una eina diagnòstica i de tractament imprescindible –l'única aplicable a totes les circumstàncies clíniques–, usuaris magribins i professionals de la salut es veuen sovint en l'obligació d'utilitzar-la a un nivell de funcionament molt inferior al mínim exigible o fins i tot de prescindir-ne. Vegeu un cas en què l'usuari afronta una situació prou delicada com és una consulta a l'endocrinòleg sense poder expressar-se mínimament i també, molt probablement, amb molt poca capacitat per entendre:

I això és cas que... no és un cas fent de mediador, fent de nutricionista. I feia pràctiques a l'hospital amb l'endocrí i acudeix una dona embarassada que tenia... embarassada amb diabetis gestacional i no... no sé... o sigui no es controlava, no feia un règim controlat amb hidrats de carboni i això... tu ho saps perfectament, això. I... clar, va vindre un dia al despatx i es va desmaiar. I no sabia res de castellà, ni català, ni res, ni francès! O sigui: res, res! I clar, jo estava fent una consulta conjuntament amb l'endocrí i em va cridar l'endocrí: «M., vine, que tenim... s'ha desmaiat...» (EI9. Mediadora, àrab).

Per bé que aquest és un cas extrem, és freqüent que professionals i usuaris s'hagin d'enfrontar a trobades clíniques de gran precarietat lingüística, en què s'infrutilitza el principal recurs de què disposen uns i altres per comunicar els patiments i diagnosticar, tractar o cuidar les persones que ho necessiten: la comunicació.

Una de les ajudes a la traducció de què disposen professionals i usuaris són els anomenats mediadors interculturals en salut. Els mediadors entrevistats han definit la seva feina de maneres diferents, tot i que en totes les descripcions hi és subjacent la idea que exerceixen de pont de comunicació entre professionals de la salut i usuaris magribins: «Bueno, soy eee... mediadora intercultural, trabajo en el ámbito de salud y consiste en facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios» (E112. Mediadora, àrab). La mediació intercultural en l'àmbit de la salut inclou intervencions de tipus idiomàtic, cultural i mixtes:

Pues principalmente es fer de pont entre el professional sanitari i el pacient de la comunitat magribí. Un pont a nivell cultural, a nivell d'idioma, a nivell de fer arribar les idees del pacient al professional sanitari i viceversa. Què més?... Això consisteix a traduir, interpretar, mediar, fer traduccions de consentiments i documents, explicar la medicació al pacient, fer també acompanyament. A la hora també de... als professionals sanitaris, als metges, a les enfermeres, a les auxiliars, a les.... I a les treballadores socials. Als metges pues... nunca se sap... medicació, explicar els diagnòstics i això. A les administratives, pues, ajudar o explicar-los els tràmits de documents, a les treballadores socials... pues tot lo que està relacionat amb lo social. Més o menys... (E19. Mediadora, àrab).

La interpretació és el substrat comú tant en les intervencions de caire lingüístic com en les de caire cultural, perquè, a diferència d'altres situacions en què es requereix una traducció literal com ara la traducció de textos escrits o l'assistència en declaracions al jutjat o la policia, la traducció en context sanitari incorpora altres elements:

Sí. A ver... cuando haces de traductora, estás haciendo de mediadora, también. [...] No es lo mismo un traductor que va a una sala de vistas al juzgado que un, a ver, ahí no puedes ni... ahí no puedes hacer nada, ahí eres traductor, interpretas literalmente lo que dice el abogado, que dice el declarante y tal, y ahí ya se acaba el rol. En el mediador no, en el mediador no. Tienes que hacer llegar el mensaje al profesional y hacer entender también al usuario, y también explicarle... a veces te lo piden los profesionales. [...] Yo creo que... en este ámbito sanitario no podemos diferenciar el rol del intérprete, del traductor intérprete al mediador, porque no se dan por separado. Porque si haces de... aquí no entra solo el tema de idioma, si no ya buscarán otro... otra persona que hable árabe que no sea magrebí. No creo que hará... aunque igual hablará perfectamente el árabe, pero no creo que... hará llegar el mensaje de la misma manera que sea de la misma cultura magrebí y que esté plenamente integrada, creo yo, en... la sociedad española. Es mi opinión (E11. Mediadora, àrab).

Segons això, per interpretar cal entendre l'essència del missatge que volen transmetre dues parts que s'expressen de maneres diferents –culturalment, idiomàtica o totes dues alhora– i fer-los arribar el missatge original sense trair-ne el sentit. Tal com suggereix el testimoni, és evident que la persona que fa de pont ha de tenir una mica de cadascuna de les parts perquè les dificultats hi són en tots dos sentits. El verb interpretar –relacionat amb l'arrel llatina *pretium* que significa preu o valor– que té el sentit original de mitjançar entre les parts d'un negoci, ha acabat estenent el seu significat a la intermediació entre un producte intel·lectual i la seva

materialització. En el cas que ens ocupa, el negoci entre mans –la salut– no té preu i la mediació de l'interpret consisteix a representar –i no només amb paraules– les idees que els interlocutors en context sanitari necessiten transmetre per tal de fer-les presents fidelment a la ment de l'altre:

La mediación, yo veo que es traducir la voz del quien, del quien está hablando. Las emociones eee... los proverbios, los gestos... bueno la, la... la comunicación verbal y no verbal también, y hasta las emociones y el porqué. Entrar un poco a jugar en... sin desviar el mensaje, que es lo más importante y lo más difícil también. ¿Vale? Eeeem... es conjugar lo que dice el otro al, al... transmitirlo emocionalmente, mmm... tal como lo quiere decir, hasta un insulto... (E112. Mediadora, àrab).

Sense menystenir la importància de la mediació i interpretació cultural, sembla que uns i altres –usuaris i mediadors– coincideixen a assenyalar que el primer escull és idiomàtic. Vegeu l'afirmació d'una usuària en discutir sobre els significats culturals de la malaltia i la possibilitat que hi hagi mals que els professionals d'aquí no sàpiguen guarir o ni tan sols reconèixer com a tals:

El idioma, el idioma! [diu rient]. És que, per ella diu que, per falta de comunicació no... no s'entén [amb] el metge. I ella es queda així, saps? No es cura. És una malaltia que no es transmet no es comunica, és que no sabe el metge que té aquesta malaltia (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Bona part dels mediadors, al seu torn, insisteixen de manera espontània en la prioritat de les dificultats idiomàtiques per sobre de les de tipus cultural:

La mayoría de los profesionales cuando te requieren, el 99 % es la barrera idiomática es la que atrae... hay algunos casos puntuales cuando hay algún conflicto... y hay que mediar entre... (E18. Mediador, àrab).

Moltes no saben parlar, ara moltes s'han espavilat i a vegades van soles i tot, però quan les vaig acompanyar jo, molt de temps, doncs no sabien absolutament res, i jo doncs feia de traductora (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

La majoria dels usuaris eee... que demanen ajuda, la figura és la dona. [...] m'estan buscant, sobretot en la primària, o vénen i diuen no, no, nosaltres necessitem a la F. És per tema idiomàtic, les barreres idiomàtiques, és per això, la majoria d'elles (E110. Mediadora, berber).

El motiu de consulta? Pues traducción... massivament traducción, mediación a vegades... e interpretacio... clar, sempre, en qualsevol traducción sempre hi ha interpretació (E19. Mediadora, àrab).

«El problema fundamental, primero, es el problema del idioma, de la comunicación. Eso lo primero» (E11. Mediadora, àrab).

La severitat dels problemes idiomàtics és –a judici dels informants– el resultat d'altres variables com ara el nivell d'instrucció, de manera que com més baix és aquest, més greus seran les dificultats de l'usuari per assolir una competència lingüística acceptable. Aquest factor afecta especialment les dones magribines, bona part de les quals –segons els mediadors entrevistats– ben just saben llegir i escriure o bé són analfabetes, cosa que dificulta l'aprenentatge d'una llengua força diferent de la que parlen:



No generalitzo, però la majoria de zones rurals, no han sigut escolaritzades. Si elles no saben ni la seva... la llengua acadèmica. Per això, encara que portin aquí... els professionals: «hòstia, portes aquí un munt d'anys...» per ells... ho veuen una cosa... bizarre, estranya... Per a mi... el veig estrany, però ho entenc perquè... si no han sigut escolaritzats és difícil per a ells entendre i aprendre un idioma, que no té res a veure amb l'àrab! Per això que [les que més necessiten mediació]... són dones (EI9. Mediadora, àrab).

Encara més, el desconeixement de l'idioma i el baix nivell d'instrucció, tenen repercussions afegides que es concreten en l'afectació de la capacitat per entendre i aprendre nous coneixements de salut:

[...] El segundo problema es la información. No por nada, sino por... por el nivel de estudios de cada usuaria, que son en general mujeres de zonas rurales, entonces son mujeres que no tienen mucha información ni estudios para entender algunas cosas que son un poco concretas. Entonces era... yo veía los problemas, el problema del idioma y la analfabetización. Y luego... a ver, había también lo que decíamos antes, lo de los choques culturales, que había también... cosas de estas... (EI1. Mediadora, àrab).

Un efecte, el del baix nivell d'instrucció, que recau especialment en els membres del col·lectiu que tenen l'encàrrec de vetllar per la salut de tots, els que es troben bé i els que estan malalts: les dones (vegeu taules 5.1.6 i 5.1.7). Les dones reconeixen aquest fet en acceptar com a normal que l'ensenyament de la cura del nounat s'expliqui només a la mare –«Dice que ella estuvo tan contenta porque con que se lo explicaran a ella, y se lo han enseñado, no hace falta el marido» (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà)–, en dipositar els sabers de salut i la seva transmissió en mans femenines:

A mi aquests remeis me'ls ha explicat la mare, que sempre em diu pues... bueno dóna-li això, o li fas això i la nena, si està plorant, li fas això. Perquè quan són petits no els pots donar casi res i vas al metge i et dóna Dalsi, tampoc no et pot donar una cosa perquè són molt petits (EI3. Usuària, àrab).

I en la manifestació explícita que dels afers domèstics se'n fan càrrec elles: «Mi marido hace papeles de fuera e yo... yo, la casa, la casa e ya está» (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic). Els mediadors expressen la mateixa idea en reconèixer la dona com a persona de referència en el cuidatge dels membres de la família, llevat dels homes, és clar, que a causa de les obligacions laborals no tenen gaire temps d'estar malalts:

[...] las mujeres son las que, no son ellas, sino que también hacen el acompañamiento a los críos [...] porque... claro, no se le va a explicar a los niños, sino se le va a explicar a la madre y es la madre la que siempre le hace de acompañarlos. Sí, hace de acompañar a los críos, eeee... cosas relativas a ella y entonces es más y, claro, los hombres, los hombres, puede que acudan menos, aaa... accedan menos al centro sanitario, ¿por qué?... la mujer, solamente suele tener residencia, no trabaja solo está en casa cuidando la casa tal, tal, tal y el marido trabaja todo el día y... y se preocupa poco, a lo mejor, por su estado físico ¿no? y claro, acude muy poco [als serveis de salut] (EI8. Mediator, àrab).

Per bé que els problemes de comunicació de causa idiomàtica han estat citats com a predominants, la diferència cultural és també una font d'incomprensió en les relacions entre usuaris magribins i professionals de la salut, una diferència que es gestiona amb dificultat quan, a més, hi concorren problemes de comprensió estrictament lingüística:

Lo he visto también en este año mucho, que el ramadán eeee... trabajaba también y veía que hay ciertas mujeres mayores, las abuelas, por ejemplo, que no, no, sobre todo si no hablan árabe, que hablan amazic... es muy difícil explicarles el Corán y todo esto ¿vale? Te entienden poco y... y la mejor manera era eeee... adaptar el tratamiento a cada caso. No es un tratamiento para todo el mundo, ni es un protocolo para todo el mundo, ni es una dieta para todo el mundo y veo las... los enfermeros y las enfermeras de... de diabetes tienen también mucha humanidad, ¿vale? Que ha llegado a entender que esta gente no las puedes cambiar con dos palabras ni con eeee... mucho explicarles, ni nada. Son así y ya está. Entonces hacen mucho esfuerzo, ves que en cada consulta están ahí explicando con fotografías, con ee... explicando las cosas bien, bien, muy bien, ni en Marruecos se lo van a explicar nadie así (E112. Mediadora, àrab).

Aquest cas il·lustra uns obstacles a la comunicació no estrictament lingüístics, sinó lingüístics i culturals alhora, perquè la diferència cultural, que per ella mateixa no hauria de ser un problema, ho acaba sent per les dificultats inherents a comunicar-se dues persones en llengües discordants que no coneixen prou bé. Quan això passa, la diferència cultural no es pot explicar i, per tant, costa d'entendre, encara que n'hi hagi la voluntat. D'altra banda, en no poder-se argumentar cadascuna de les posicions, es fa molt difícil trobar un punt d'acord que satisfaci les dues parts. És a dir, tot i donar-se una necessitat de conciliació intercultural, l'origen del problema està en la incapacitat per servir-se de l'eina per gestionar la diferència: el diàleg.

Amb tot, també es dona el cas d'usuaris competents en alguna de les llengües oficials a Catalunya que refereixen problemes de comunicació intercultural, és a dir, no estrictament atribuïbles al domini de les llengües parlades entre els interlocutors, sinó més aviat a les diferents concepcions de la salut i el sofriment que tenen uns i altres. Vegeu el cas que explica una de les mediadores:

Me diu [el metge], «M., tengo un caso un poco raro, porque la paciente habla el castellano pero no llevo a entender. A lo mejor tiene problemas... siendo chica, a lo mejor te cuenta cosas...». La vaig citar i em diu... bueno... ella era berberber, saps? Parlava mig castellà amb mi, mig àrab, perquè jo no l'entenc, el bereber. Estàvem parlant i, clar, jo... li dic «però tu tens problemes amb el teu marit?». «No, lo que passa és que... jo, aquest mal de cap... tu això segur que ho entendràs, els professionals d'aquí, els espanyols, no ho entendran, això, però tu... ho entendràs, això!» Diu que quan era petita, que queia per terra, tenia... jo crec que tenia epilèpsia, perquè deia que... però per ells, epilèpsia no, no... sí que tenen nom en àrab clàssic vale? Però per ells... això és un concepte que et deia... que no... no tenen aquest concepte. Diu que queia i le sortien baves i no podia fer res i no es recordava de res. Són símptomes d'epilèpsia. Diu [...] «prenia antidepressius, prenia coses i no em feia res. I vaig anar a un curander i em vaig curar. I aquests mals de cap que tinc és degut a que queia per terra, per això...». I demanava TAC: TAC, TAC, TAC... I el metge, quan li he explicat això... no pots imaginar la cara que va ficar, perquè ell... s'ha quedat així [fa cara de sorpresa]: «I a mi no m'ha explicat, això! És la primera vegada que... jo no sabia això... Pero oye, això no existe! Jo necesito dades científiques» [diu el metge]. (E19. Mediadora, àrab).

Consultar el mediador per tal que ajudi a treure l'entrellat d'un missatge que no s'acaba d'entendre o del qual s'intueix que no és el que sembla, diu molt de l'actitud del professional, una actitud oberta als diferents significats de la salut i la malaltia, i oberta també a les maneres diverses d'expressar-los. És, d'entrada, un reconeixement de la diferència sense judicis de valor i una prova de l'interès genuí del professional de la salut per entendre quin és el problema i com donar-hi solució. És una bona manera d'acostar-se al sofriment i despullar-lo de la disfressa que el cobreix:

Y hay un caso de un chico que venía a drogodependencias por alcohol, pero él explicaba que está casado con una eee... *genía*, que es un ser del mundo paralelo al nuestro, ¿vale? y la... la trabajadora social no entendía y no... y yo hice una charla hablando de estos seres divinos o no tan divinos, no sé... [...] y esto se ha visto con la... la psicóloga. Le gustó a la psicóloga para derivarle a la psiquiatra y explicarle la patología de este hombre, y al final dieron con la medicación que le debían de dar y estaba hace dos meses muy bien, que llevaba dos años yendo a drogodependencia porque esta mujer, que se llama María, o no sé quién le venía a molestar por la noche, no le dejaba dormir y no sé qué... entonces el hombre ahora está bien, limpio, duerme, come, hace todo... y tiene aspiraciones a casarse, a tener trabajo y a... y a... y dicen que nunca hemos entendido a este hombre, y él habla castellano, habla castellano, porque lleva 19 años aquí (E12. Mediadora, àrab).

La diferència cultural, però, no és responsabilitat exclusiva de les especificitats que els usuaris magribins aporten al món de la salut, perquè la cultura mèdica també les té, les especificitats, i també contribueixen a la diferència cultural entre usuaris –magribins o no, tant se val– i professionals de la salut. En concret, els informants s’han referit a l’estil comunicatiu d’alguns professionals que no ajuda a l’entesa entre uns i altres. Es tracta d’un estil desganat, crític i distant, que interpreta la comunicació com un tràmit a què obliga la professió, probablement sense creure-hi:

Però moltes vegades per exemple jo, sobre tot abans –ara ja sóc més dura– quan anava... és que hi ha metges que ens parlen amb un llenguatge molt científic, molt culte, m’entens? Llavors jo em quedo... «què és això?» I ara perquè també he superat la vergonya i tot, li dic, expliqui-m’ho amb paraules més entenedores perquè pensa que tampoc no sé aquest llenguatge. Jo crec que aquests professionals vull dir ho han de fer, sobretot amb els immigrants però sobr... i amb la gent d’aquí també. Vull dir, intentar adaptar molt el llenguatge, m’entens? Realment fer entendre a l’altre lo que s’ha de prendre, fer-li marcar, una setmana fer-li així, fer un esforç, m’entens? Perquè hi ha alguns que tutututu i tu no t’enteres. Hi ha alguns que sí que s’esforcen per fer-te entendre, t’ho marquen en paper, cada vint... cada tres hores tal i alguns no, entens? Ibuprofeno no sé què (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

La mateixa informant, en reflexionar sobre les causes d’una actitud com aquesta, reparteix la responsabilitat entre uns i altres. Per una banda creu que una actitud de l’usuari passiva o poc eficient pel que fa a l’aprenentatge de la llengua afavoreix l’esgotament dels professionals que s’han d’enfrontar a diari amb els problemes de comunicació. Per l’altra, admet que una part dels professionals adopten –no tant com a manera de fer, sinó de ser– un paper jeràrquic i distant en relacionar-se amb l’usuari dels serveis de salut.

[...] Potser a vegades penso que potser ens veuen la majoria de marroquins tan tancats que al final potser el mateix professional ja s’ha cansat –tampoc no ho sé amb seguretat– potser s’ha cansat de veure que l’altre doncs no s’esforça per parlar la llengua, perquè molts, moltes persones ja fa molts anys que són aquí i no saben parlar gaire, però també hi ha professionals que ja són així, vull dir segurament que són així a la seva vida real i també com a professionals, que no tenen aquesta cosa d’empatia, per fer que l’altre ho entengui, vull dir ser més humà, vull dir que l’altre entengui. Perquè hi ha, per exemple, professionals que arriben i et donen la mà, m’entens? Notes molt aquesta sensació, vull dir les persones que et sentis a gust o que et tracten bé ho notes de seguida i els altres allò supertiosos i allò lo mínim i no et parlen i altres, doncs, et van fent comentaris, com per exemple quant temps fa que acompanyes a les dones, notes que hi ha... (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

D'altra banda, tampoc ajuda l'especificitat terminològica de les ciències de la salut. Fins i tot quan l'usuari demostra un domini de l'idioma força satisfactori en les situacions comunes i quotidianes de la seva vida, les coses que es diuen als serveis de salut demanen, si més no, un cert coneixement de la matèria que s'hi tracta, o bé un missatge adaptat a la capacitat d'entendre de cadascú: «Bueno, hay gente que sabe el idioma pero no entiende. Yo sé el idioma, pero si me pones con un arquitecto en una reunión no sabré lo que están diciendo, si me pones en una sala de marketing...» (E112. Mediadora, àrab).

El maneig sanitari de les restriccions que comporta el seguiment del ramadà és, de bon tros, la diferència cultural que a ulls dels declarants origina més necessitats de conciliació entre professionals i usuaris. L'experiència dels usuaris i mediadors entrevistats és variada. N'hi ha que perceben que el professional no sap –o no el preocupa– com és d'important de seguir el ramadà per a l'usuari magribí i potser menystenen el risc de fer recomanacions de salut que molt probablement no se seguiran:

No. No. Mira, jo t'ho dic sincerament. Lo primer que diuen als pacients: «No facis el ramadà!». Pim pum. Saps? No busquen una solució, saps? No no... I això s'hauria de treballar. Això s'hauria de treballar conjuntament amb els mediadors i els agents de salut. Perquè és un tema que és molt important. Les malalties cròniques tal com la diabetis, perquè és una malaltia crònica que pot tenir repercussions molt greus, a llarg temps o... o a curt temps, depèn de quin cas sigui. Però... per a ells, «no facis el ramadà...» i ja està! (E19. Mediadora, àrab).

Malgrat haver-hi protocols per al maneig del ramadà en presència de determinades condicions de salut com és ara la diabetis, els professionals no sempre hi recorren i davant de la imposició l'usuari es percep agredit i menyspreat:

Sí, clar que hi ha protocols. Clar que hi ha protocols.

P: I... els fan servir?

No, no puc dir res... és que clar... sí que hi ha controls, hi ha dieta, hi ha moltes coses que se podrien fer, però... lo primer que diuen: «no, no facis el ramadà...» és clar, per a ells, el pacient, això, ho veu... com... l'estàs insultant dins de la seva religió, perquè això no està permès (E19. Mediadora, àrab).

Els usuaris es queixen de la poca disposició dels professionals al diàleg, que hauria de servir per adaptar les recomanacions a la particularitat de cada situació, acostar les posicions per trobar una solució satisfactòria per a totes dues parts o bé argumentar la restricció:

Ella comentaba que... ellos casi comparten que la mayoría de los profesionales pues no hay un cierto respeto, no hay un diálogo cuando se trata de ramadán y que les expliquen pues mira... si usted está haciendo ramadán de día pues podrá tomar la medicación por la noche... esto no... no cuenta (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

La responsabilitat d'aquesta actitud és compartida i s'atribueix, d'una banda, a les dificultats de l'usuari per fer-se entendre, que redueixen les possibilitats d'argumentar en favor de la pràctica:

Dice [la metgessa] «no, no haces ramadán, tú tienes que comer y tal» y a ella, pues... le chocó, no empezó a dialogar con ella, a negociar, y claro [...] ella sabe, la usuaria sabe que si ella encuentra mal haciendo el

ayuno, no lo hará, porque ella notará que su salud se está, se está... Pero por un problema idiomático, por un problema idiomático no pudo expresar esto (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

I de l'altra, al desconeixement dels efectes en la salut de seguir el ramadà, un desconeixement que hi és per manca d'interès dels professionals cap a una pràctica que els és aliena. El resultat de tot plegat és l'opció professional que imposa la restricció del dejú:

Ella comentaba que los profesionales aquí, no saben lo que es el ramadán y no pueden valorar cuando él, ella, pueda comer o no pueda comer. Ella dice... él, él lo que comenta que ellos no saben, no saben porque no es su religión o no lo practican o que... o que hay alguno de ellos que no son tolerantes y que lo que hacen: «¡tal! usted no puede tal, comer, y ya está» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

En canvi, s'agraeix l'interès per conèixer que demostren alguns professionals:

Últimament vaig fer un taller de degustació de menjar marroquí de ramadán i amb la finalitat de promoure la comunicació intercultural, perquè a vegades els professionals no saben el que està passant amb la meua comunitat quan arriben al mes de ramadán amb molts problemes d'estómac de cap, i tot això he dit això no és normal, s'han de... i la realitat... jo he fet a la ciberaula el taller aquest m'ha obert moltes portes, sobretot en l'hospital i hi havia alguns professionals que me lo han dit clarament, «és que no sabem que tu ets així». [...] Uau és que era un èxit, sí, sí, 95 persones, sí 95, que ja pots preguntar-ho a la que porta el tema de la ciberaula eee... professionals, professionals de tot, tot, tota mena, doctors, infermeres, sí, sí... (EI10. Mediadora, berber).

I la voluntat d'ajustar-se a les necessitats de l'altre, que s'interpreta com una mostra de respecte i empatia:

De tot, hi havia de tot, hi havia alguns que per exemple és lo que dius tu, amb el tema del ramadán que s'interessaven, preguntaven, entens? Vull dir, que notaves que es ficaven de la teva part, entens? Estaven oberts, però hi havia en canvi altres que notaves que... que no, que estaven com a tancats, que no notaves e... respecte i tot (EI10. Mediadora, berber).

Més enllà dels diferents significats culturals de la salut i els patiments, l'expressió del símptoma, o la comunicació d'inquietuds i dubtes sorgits a la trobada clínica requereixen una certa capacitat d'expressar conceptes abstractes o, si més no, un nivell de maneig lingüístic superior al que es necessita per comunicar-se en altres situacions concretes. El perfil migratori del col·lectiu de magribins indica que, majoritàriament, són els homes els que arriben primer i després, al cap d'un parell d'anys, ho fan les dones com a resultat del reagrupament familiar (gràfic 5.1.3). Així les coses, els homes del col·lectiu són un dels principals suports que troben les dones per moure's en aquest entorn nou, i ho són per dos motius: el primer és que el temps d'avançada que porten aquí respecte a les dones del col·lectiu els ha permès d'aprendre el funcionament de la societat i les seves institucions —«els nostres homes són els que primer van venir i llavors són ells els que s'han encarregat de fer les targetes sanitàries i tot» (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic)—; i el segon és el domini de l'idioma que en aquest temps han pogut anar assolint: «perquè... com que [la dona] no entén l'idioma sempre, al començament sempre va amb l'home, amb el marit que és més a prop, que elles no coneixen a ningú» (EI11. Mediadora, àrab). Ja s'ha vist que el domini lingüístic dels homes del col·lectiu és superior al de les dones, la qual cosa els converteix en una de les principals ajudes a la traducció en context

sanitari: «El marit o els fills, les acompanyen [al metge]» (GF10. Dones, domini lingüístic baix). Amb tot, les dificultats per expressar-se no només afecten aquelles persones amb molt baix nivell d'expressió en català o castellà, sinó que algunes declaracions deixen entreveure la idea que un maneig suficient per a la vida diària, el que previsiblement han aconseguit els homes que han precedit les dones, pot no ser-ho quan es tracta d'interactuar amb els professionals de la salut. Heus aquí dues declaracions sorgides en el mateix grup que il·lustren aquest aspecte. La primera fa referència a la dificultat per transmetre la magnitud del símptoma:

Dicen [les dones del grup focal] que a veces, incluso para el tema del marido, cuando [el marido] viene [al médico] pues... si tiene que explicar la sintoma del dolor específico, que claro, lo cuenta con dificultad y que no sabe explicarlo bien exactamente para que el profesional pueda valorar la enfermedad y que claro, eso es un problema (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

I l'altra a les dificultats per aprofundir en la comprensió del procés que motiva la consulta: «Entonces si el marido realmente entiende, tiene que plantear preguntas, dudas y tal, y claro pues su marido, pues no pregunta y claro es pues... digamos... lo que dice el profesional» (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

#### **5.6.2.2. Conseqüències clíniques –i no– de no entendre's**

Les conseqüències dels problemes de comunicació entre professionals i usuaris magribins es fan sentir en diferents àmbits. El primer és el clínic. Els problemes de comunicació, que impregnen tots els moments del procés d'atenció sanitària, actuen, en primer lloc, com a barrera d'accés i ho fan de diverses maneres, com ara generar la sensació que la visita mèdica en aquestes condicions és inútil i fer que l'usuari s'abstingui de cercar atenció quan sent que la necessita, empès per la impotència que experimenta en provar d'explicar els seus sofriments: «Él te ha dicho que si va al médico no lo puede entender, ni te explicar [ni explicar-se] e no tienes papeles... e no hacer nada... Mejor no... [no ir]» (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà). O bé, obligant-lo a prescindir del recurs que considera adequat per al problema que l'afecta: «Ell diu que a vegades trucaria una ambulància perquè té la seva mare malalta, que és diabètica i porta un marcapassos, però no ho pot fer perquè no se sap explicar» (EI6. Usuari, àrab). També afecta l'accés quan, per manca de disponibilitat d'un traductor, l'usuari sent que no pot demanar hora de visita:

El único problema que tiene [...] dice, el único... el único obstáculo es la comunicación, si él no encuentra a nadie que le... que le acompañe para pedirla, para pedir la citación pues, es un problema. No, no, no viene. Entonces si no encuentra a nadie pues le genera una preocupación tremenda, entonces por eso él comenta que ve necesario pues que haya un traductor, por lo menos, para atender a la gente que no se comunica (EI5. Usuari, àrab).

O quan, tot i tenir una cita concertada, l'usuari amb problemes idiomàtics que no té ningú que l'hi acompanyi, deixa d'anar-hi: «Ella lo que quería comentar, que este problema idiomático le afecta, incluso, como ella no habla, tiene que estar su marido. Entonces, a lo mejor tiene una cita, una visita y ella, si su marido está trabajando, no puede ir a la visita» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

O acaba anant a urgències perquè ofereix un horari compatible amb la disponibilitat del traductor informal, que acostuma a ser el marit:

-Mi marido me acompañaba al médico, pero solo los meses primeros, para un mes o dos meses, para después ya fui sola, para que lo entiendo e lo comprendo ya todo.

P: ¿Tuvo problemas para acompañarte?

-Bueno, cuando tengo una visita con el médico siempre lo cojo la visita para la hora de él [el marido], así... o por ejemplo... Una hora que el marido está libre. Pero siempre... cuando me voy al médico, siempre me voy de urgencias y de urgencias estaba siempre disponible. Son de tarde o de noche o lo que quieres y está bien. [...] pero eso lo que quiero, lo que estoy diciendo ahora son quince días o mes primero, nada más. (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

Tal com s'ha dit més amunt, els problemes que professionals i usuaris tenen per entendre l'altre i fer-se entendre interfereixen en tots els moments de l'atenció sanitària. Lògicament, la recollida de dades de la història clínica s'hi veu afectada, en tant que eina basada en la paraula: «Y siempre le quedan cosas. Como ella no sabe expresarse, le quedan cosas, digamos, síntomas, por ejemplo, para explicar, para que el profesional los tenga en cuenta» (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà). La retroalimentació que el professional rep de l'usuari també se'n sent en bloquejar-se'n la resposta: «A vegades les pregunten, quan acaben: "que tens alguna pregunta?". Diu... moltes, però com que no saben no ho poden dir i diuen que no» (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

I afecten l'adherència al tractament, en tant que l'usuari no pot accedir amb claredat a la informació que s'hi relaciona, tant pel que fa a la manera com seguir-lo –el tractament– com a les raons que justifiquen fer-lo d'una determinada manera:

M'he trobat amb dones embarassades, he vist que han deixat de beure llet, en general, dos mesos. Per què? Perquè el marit els ha dit que la matrona li va dir que deixés de menjar làctics... ella li va dir: «Intenta no prendre làctics quan prenguis el ferro... perquè no s'absorbeix bé». I li diu: «Deixa de beure làctics perquè la llevadora ha dit això». Són coses que el marit... és que tampoc no entén! (EI11. Mediadora, àrab).

Més enllà de la consulta amb el professional, els problemes idiomàtics bloquegen els controls posteriors i les derivacions a altres professionals i, en definitiva, generen malentesos que augmenten la despesa:

M'he trobat moltes vegades que diuen a una embarassada: «Vés a l'endocrino». Ella no sabia l'endocrino ni res i no hi va perquè no saben. I no fan els tractaments bé. I això què fa? Dificulta la feina. Hi ha una llista d'espera i es fa la feina dues vegades o tres. Si aquesta persona ha sortit de la consulta que entén tot, no vindrà un altre dia. Perden el temps allà fent tot, tot, tot. La persona no fa res d'això, surten i van amb uns informes sense derivar-los o sense entregar-los, sense res. Tornen a la consulta i és una feina repetida (EI11. Mediadora, àrab).

Els malentesos, però, no només interfereixen en l'ús eficient dels recursos, també poden afectar el procés de base i fer que es compliqui fins a arribar a requerir intervencions més costoses i de més risc per al pacient. Una de les mediadores explica un cas d'aquesta mena:

[...] per exemple, una vegada, una dona que va donar a llum, no... –es va quedar embarassada amb el vuitè, ja en té set, i... el vuitè ja no volia– però ella no tenia... la comadrona, la comadrona no em va cridar per explicar-le si... el que hi ha hagut, ni res, el que ella ha de fer, o el que ella vol, i ella plorava i no s'entenia amb la comadrona ni res. I ha sortit i estava... –jo he entrat en el CAP en aquell moment– i estava con una amiga i ella va dir a la amiga en amazic... –ella no sabia que jo parlava amazic–: «Aquesta visita no vale res, como [si] no han solucionat res, però jo sé el que jo faré». I jo, en seguida vaig pillar, vaig entendre el que ella farà, m'entens? Jo he dit, igual, igual no sé... esta mujer ya quiere acudir a alguna método alternativa, i va anar... ella ha prengut plantes d'aquelles molt dolentes i va acabar ingressada quatre dies a l'hospital. Mira quina pèrdua de diners, de salut, de, de... ella va ficar la seva salut en perill! Li va entrar una hemorràgia molt grave (E110. Mediadora, berber).

Les dificultats idiomàtiques entre professional i usuari comporten, tal com hem vist, una sèrie de conseqüències clíniques, que no són les úniques. Hi ha tot una sèrie de problemes secundaris causats per les dificultats idiomàtiques entre professionals i usuaris que, tot i no estar estrictament relacionats amb la salut, afecten l'eficiència i l'eficàcia del sistema i, per descomptat, el benestar de les persones. Els problemes per expressar-se i entendre's, dels quals l'usuari se sent responsable, toquen l'autoestima dels que no parlen català o castellà – «Ella ve la deficiencia en el mismo usuario. [...] ella ve el fallo en sí misma, que ella, como no entiende, le crea como un complejo... como una inseguridad delante el profesional» (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà)–, i no sempre gosen preguntar perquè els fa vergonya no parlar prou bé l'idioma: «Alguna vez sí [que preguntamos]. [¿Por qué solo alguna vez? –demana l'entrevistador]. Tenemos vergüenza que no hablamos bien» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà). O bé se senten constrets a acabar aviat –«Me da miedo, este... que yo digo... Yo tengo enfermedad en... me da receta y ya está» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà)–, perquè a l'altre costat hi veuen un professional que no pot –o potser no vol– donar-los el temps que necessiten per explicar-se: «El médico tampoco no tiene una espera para le escuchar la male palabra, no tiene tiempo suficiente para escuchar, si no te explicar bien te dice: “Vale, vale, ya está...”» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà). L'usuari que no parla amb fluïdesa s'ha sentit recriminat per no parlar prou bé l'idioma –«Yo antes sí que hay alguien que va conmigo, si no... sola. Sola. Pero esto me dé problemas. Yo no puedo terminar la frase y me dice: “No, va a aprender”» (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats)–, i fins i tot ha hagut d'aguantar que se li falti al respecte: «Me duele el dedo, no puede hablar pero [si] en francés, comme ça, e me dice... “va a aprender castellano y yo aprender árabe”» (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

Tal com s'ha pogut observar en el capítol dedicat a la interacció entre professionals i usuaris, l'obligació de comunicar-se en un llenguatge molt rudimentari que exigeix estalviar-se les explicacions que no sap donar, i que es val de paraules-frase per expressar sense matisos continguts força complexos, és motiu de desconfiança i insatisfacció en la relació que estableixen uns i altres. Però això no és tot, i sense ser aquesta una queixa unànime, també hi ha qui veu en la discordança lingüística i en les dificultats per comunicar-se amb l'usuari magribí una font de discriminació:



-Tenemos visita mezclada con los españoles. Él [médico] piensa... él ve un extranjero y ya está... ya está nervioso, no puede hacer el trabajo bien porque no se entiende...

-E yo que me pienso es que... cuando viene un español, una española él coge el tiempo... mucho tiempo, e recuperar el tiempo del español con el tiempo de los árabes. [...] Yo le he visto, yo esperar muchas veces, cuando estar aquí está una española casi de... media hora, veinte minutos... e cuando me entra, ¡cinco minutos! (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Més enllà del sofriment que les dificultats lingüístiques puguin causar, hi ha afectació de la relació de la persona amb l'entorn, secundària a la dependència que genera la incapacitat per comunicar-se efectivament amb els serveis de salut: «Tiene[s] que hablar la idioma de aquí, si no, ¿cómo va a entenderte ellos? Pero alguien no... un paciente no sabe hablar español... tiene que llevar un... un siempre... un compañero, un vecino...» (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic). En aquest sentit, la necessitat d'una tercera persona que ajudi en les interaccions amb els professionals de la salut, obliga sovint a l'usuari a recórrer a traductors *ad hoc* que poden posar en risc la confidencialitat de les converses perquè, sense consciència d'estar actuant en un àmbit professional, manquen de compromís ètic:

Sí, sí esto es un problema. S'hi han trobat, sí. Bueno... las que no saben hablar... no estan tranquil-les, sí. Pensen... a veure si ella no lo va a contar, o lo va a contar... Ella diu... és que millor que estigui un professional que, bueno, fa de traductor i així ja estan tranquils que lo que se dice allà no surti a fora (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Una de les informants ens explica un cas que li va tocar viure en què el traductor no va respectar el secret professional i es va vulnerar el dret a la confidencialitat de l'acte clínic:

Ella tuvo una experiencia con una vecina que vino con ella, y que no... Y desde aquel día pues ha preferido ir sola y tal, por un tema de confidencialidad. Porque... una vez que una persona que vino a acompañarle a ella a la comadrona, como estaba el tema de la prueba del triple scrining que a veces el niño puede que salga, que puede que haya algún riesgo que salga discapacitado con el síndrome de Down y tal... [...] esta persona, esta vecina, pues ha ido a decir en el pueblo que aquella persona... que a lo mejor tiene un riesgo de no sé qué... y tal (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

La manca d'intimitat que requereix tota consulta de salut es veu pertorbada per la presència d'una tercera persona, no professional, que participa d'informacions i situacions que l'usuari més s'estima no compartir:

A ella li ha passat una vegada, que tenia visita amb el metge i van trucar al seu marit, li van canviar la visita i el marit va trucar al seu germà per si la podia acompanyar al metge i ella ha vist que el seu germà venia a acompanyar-la i diu: «No, no, jo no vull, ja estic bé» (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Ben mirat, per la manera com els problemes de comunicació afecten l'usuari magribí, en aquest cas s'ultrapassa l'àmbit estricte del benestar emocional que comportaria la pèrdua d'intimitat en la visita amb els professionals de la salut, i el perjudici s'estén –segons quin sigui el motiu de consulta– a l'afectació de la salut física amb totes les conseqüències que per a la persona i el sistema de salut pugui tenir una decisió com la que la usuària acaba prenent.

A més, tal com suggereix un dels mediadors, la utilització de traductors *ad hoc* afegeix als dubtes sobre el manteniment del secret de la trobada i l'evolució subjacent del procés de salut que deixa de ser consultat quan no es poden garantir ni la intimitat ni la confidencialitat, els deutes contrets pel favor rebut que, en certa manera, obliguen la persona ajudada a un pagament imprecís, potser feixuc o incert, i sempre injust, perquè en circumstàncies normals la malaltia no hauria de pagar peatge:

[...] si tenemos alguna figura mediadora, mucho mejor que un familiar o un vecino, porque muchas veces los usuarios no quieren que los demás se enteren de qué padece o que ha venido el médico por tal y también muchas veces no quieren porque no quieren sentir que aquella persona le haya hecho un favor de acompañarle y traducirlo, porque si no la otra persona también le va a pedir un favor y se va a poner pesada y le va a pedir cosas también... (E18. Mediator, àrab).

Les dones que requereixen ajuda de traducció en context sanitari identifiquen el marit com una de les opcions prioritàries de traducció: «Bueno... normalmente no... no porten els nens, si van al cole. Si el marit treballa al matí, va ella al metge a la tarda, si el marit treballa a la tarda, va al metge al matí» (GF10. Dones, domini lingüístic baix). Pel que fa al domini lingüístic, les xifres diuen que al col·lectiu de magribins hi ha més homes que declaren un maneig acceptable de català o castellà que no pas dones (vegeu taula 5.1.8). D'altra banda, a priori es podria dir que el respecte a la intimitat i la confidencialitat es garanteix millor amb aquesta opció que no pas si es tria un veí o un conegut per fer de traductor *ad hoc*. Ara bé, la disponibilitat dels homes és limitada: «Cuando hay alguna cosa así necesaria grave, tiene que dejar el marido el trabajo ¿sabes? Y esto que no puede ser» (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic). El principal obstacle perquè els homes de la família exerceixin de traductors en context sanitari són les obligacions laborals: «También el tema del trabajo, cuando [los maridos] están trabajando, también es complicado que vengan cada dos por tres a acompañarles» (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà). Les conseqüències de deixar la feina per haver d'acompanyar els familiars es perceben com a discrecionals, i poden anar des del descompte econòmic corresponent a l'absència del lloc de treball –«Diu, per exemple hi ha hagut alguna vegada que acompanyant a la seva dona, que ha tingut que faltar a la feina. Normalment depèn de quins caps t'ho descompten de les hores, descompten una hora o dos, i altres t'ho paguen» (E12. Usuari, berber)–, a la percepció d'estar-se jugant la continuïtat a la feina: «Claro [que el marido tiene problemas si deja el trabajo para acompañar al médico a su mujer]. ¡Hasta le despiden! Siempre [los maridos] hablan con su mujer cuando están embarazadas. Sí, hasta le despiden varias veces» (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

Les dificultats de l'usuari per expressar-se i entendre's en les llengües vehiculars de Catalunya poden contribuir al perjudici, perquè indueixen a pensar que aquells que no les parlen tenen un nivell cultural baix i, en conseqüència, tindran problemes de comprensió:

El que deia també és que relacionen la sabiduria amb el castellà o el català, perquè si ets una persona que ha estudiat al propi... al teu país, i tens un nivell però no tens el castellà... pensen, els professionals, a

vegades, pensen que ets analfabet. Per tant... relacionen el tema... el nivell educatiu amb el fet de parlar català o castellà (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats).

Ara bé, insistint en aquesta idea, el judici preconcebut que es té sobre el nivell cultural dels que no parlen català o castellà no es pot desvincular d'un altre prejudici que també hi incideix, i és aquell que es pronuncia sobre la suficiència intel·lectual de la dona magribina, sobretot, si porta mocador:

Bueno, para mí, que la gente no hablar puede hacer prejuicio. Yo sé que hay gente que no... que no escribir, que no... que el médico va... qu'ils vont trouver beaucoup de dificultad mais... n'est pas tout le monde, n'est pas tout qui porte hijab que no... ¿me entiendes? (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Finalment, cal fer esment al conflicte sorgit del malentès que arrossega el baix domini lingüístic. La llengua discordant entre professionals i usuaris ha estat citada com a font de conflicte perquè genera hostilitats causades pels equívocs que comporta una expressió rudimentària o una comprensió limitada:

P: T'has trobat alguna vegada amb algun conflicte? El pots explicar?

Sí... per exemple conflicto que no n'hi ha res, no hi ha cap problema. El que passa és que la gent no se n'enteren i vengia: insultos, reclamacions... i tot per res. Un li està explicant una cosa i l'altre entén una altra cosa. I només per unes preguntes ja... no hi ha d'haver aquest problema. Sí... m'he trobat conflictes així amb la gent (EI11. Mediadora, àrab).

Essent la feina dels administratius una feina sovint basada en la comunicació, el xoc pot néixer al primer contacte de l'usuari amb l'administració sanitària, i les raons són diverses. En primer lloc, ben bé pot ser que els administratius no comptin amb recursos d'ajuda a la traducció, a més, la feina dels taulells d'atenció a l'usuari es percep estressant i els professionals no sempre estan ben formats per suportar aquestes condicions i atendre la diversitat. Tot plegat fa que s'escalfin els ànims d'uns i altres i que la relació entre professional i usuari es malmeti des del primer moment i vagi acumulant greuges en totes dues parts. L'usuari se sent cada cop més frustrat i el professional no entén un comportament que s'escapa al que caldria esperar de l'usuari:

És que a vegades només al mostrador... [...] perquè aquest no entén i l'altre no entén i porta un paper i aquest no és el paper. I va, i torna, i són coses repetides que dius... bueno, només per una paraula ja se evita, això. I moltes vegades passa, i vénen al matí i porten un paper i no és aquest i ve per la tarda, i cridant... «m'has dit això o lo altre», és tantes coses. Comencem per la porta, a part d'arribar a un cirurgià o algo, des de la porta, això va. És que el mediador treballa a tot arreu, a l'administració... [...] Als metges no, no tant, hi ha més problemes o algo així amb els administratius, més que els metges... Els metges no... la majoria... bueno, fan la feina, [...] clar la gent que està allí està casi ja cremat, tantes coses... telèfons, això, l'altre... Ah! A part, les cites del telèfon, per trucar-te per telèfon, aquesta persona no entén res, no entén perquè el truquen per telèfon, els administratius tampoc tenen una formació. A part de fer una formació pels mediadors, necessiten una formació pels professionals.

P: No hi ha formació per als professionals?

Si fan classes no va la gent. No els interessa, crec, aquest tipus de formació. «Mira, hola fulanito... el dia 17 tens una cita, no sé què... Avisem per això». L'altre escolta el mensaje i no entén res i ve al dia següent i pregunta: «Mira, és que m'han trucat i m'han dit de venir», i busques i no... O l'han trucat i ve a l'hora que no toca perquè no entén el mensaje que li han dit, i a lo millor no hi va el dia que li toca.

P: Què diuen els professionals quan no hi va?

Mira si no hi va, un menos. Hahahaha! Sí, a vegades diuen que no respecten i vénen tard o vénen fora d'horari... (E11. Mediadora, àrab).

### 5.6.2.3. Les raons: més enllà del que és obvi

És evident que dues persones que entre ells parlen llengües diferents, no s'entendran. Ara bé, segons el relat dels participants a l'estudi, els entrebancs a la comunicació en context sanitari no només estan lligats a aquesta circumstància tan extrema sinó que, sovint, se'ls pot descobrir amagats darrere l'aparença d'una comunicació rudimentària però funcional en altres àmbits. De fet, el miratge d'aquesta comunicació adaptada tan bàsica és el parany que fa que uns i altres baixin la guàrdia i acceptin com a útil una comunicació que, tal com s'ha vist, genera més problemes que no pas en soluciona. Vejam quins són els fonaments en què es basa l'acceptació d'aquesta mena de comunicació per part dels interlocutors de l'acte clínic.

A la base del problema hi ha el menysteniment de la importància de la comunicació entre professionals i usuaris. Un menysteniment que no ha estat verbalitzat explícitament però que es pot deduir de les actituds de professionals i usuaris pel que fa a la utilització de recursos formals d'ajuda a la comunicació. Els mediadors entrevistats han identificat tota mena d'actituds al respecte entre els professionals de la salut:

Trobes de tot... uns que acceptaven, alguns, pues mira... ni positiu ni negatiu, neutre. I alguns... que no els agrada que tu entris. A vegades m'he trobat amb metges que...: «No jo prefereixo explicar al meu pacient sense cap... sense intermediari...». I encara que no entenguin, que a vegades dius... com vols que t'entenguis amb el meu pacient sabent que ell no t'entén, i no saps si ell rep el que estàs dient? I alguns que... Al revés, que... I alguns que rebutjaven la idea, no els que no estaven d'acord, els que ho veien sense benefici, per a ells no té... no té gràcia, vamos. I... però a vegades aquests pues quan proven el servei i ja saben lo que és, pues ja te tornen a cridar i a demanar la teva ajuda... però en general, sí que ho troben bé... (E19. Mediadora, àrab).

I per bé que els informants han aportat experiències de professionals que utilitzen el servei de mediació i n'estan força satisfets –«Aquí, el médico valoró la mediación que se hizo ¡estaba muy contento! Porque no sabía cómo... le dolía por la mujer que no entendía. Le dolía, porque la mujer a lo mejor eee... se queda con un trauma que este médico le ha hecho algo malo. Al contrario, que le ha hecho algo bueno, le salvó la vida» (E12. Mediadora, àrab)–, també n'hi ha que no volen ningú més que el pacient, a la consulta:

[...] es comporta així, no vol que [jo] sigui a la consulta. Hi havia un dia que jo estava a punt de perdre els nervis, perquè... [el professional] m'ha vist i m'ha dit que aquesta persona entén. El pacient s'ha levatat i em diu: «Jo vull entrar amb tu». Li he dit... «Què faig? Aquesta persona vol que estigui jo. Què faig?». Li he dit:

«Mira... a mi m'estan pagant per això, a mi si no em crides... a mi m'estan pagant per fer aquesta feina, i he de fer-la». I ja està, i he passat. (E11. Mediadora, àrab).

Tot i que la majoria dels professionals no se signifiquen tan activament contra la presència del mediador a la consulta, també és cert que n'hi ha que, més discretament, adopten una actitud ambigua –«Pero claro, hay profesionales que dicen que es muy importante y nunca te... llaman. Y claro, paradójico, ¿no?» (E18. Mediador, àrab) –, o d'altres que, directament, s'estan de cridar-lo, tot i ser necessari:

Que cuando, cuando estuvo su hijo ingresado no había, no ha habido mediador y no le dijeron nada, solamente había una señora ahí que hablaba bien y entendía y es la que hace servir como traductor. [...] esta mujer, esta chica tenía a su madre también hospitalizada, entonces y como hablaba bien y tal, pues también hacía de traductora para ellos (E15. Usuari, àrab).

Les raons d'aquesta mena de comportaments són diverses. Per una banda, a judici dels informants, els professionals es refien de la comunicació rudimentària que estableixen amb l'usuari magribí i, com sigui que disposen de poc temps per a la consulta, tendeixen a pensar que la presència del mediador allargarà inútilment la interacció, per la qual cosa més s'estimen prescindir dels serveis de recolzament a la comunicació:

Sí, [els professionals] diuen «que nosaltres ens entenem amb ells i nosaltres no sabem perquè [els mediadors] esteu aquí» i a vegades eee, no sé, diuen «no, no, no, que no fa falta», perquè ells també tenen contractes de temps i per a cada pacient tenen eee... quinze minuts per a... ells pensen que amb un mediador això demanarà més temps (E10. Mediadora, berber).

Sense tenir en compte, és clar, que la valoració del temps invertit només considera l'hipotètic benefici del curt termini:

Y... al principio eran un poco... eran un poco reacios aaaa... bueno como si es una pérdida de tiempo: «le voy a explicar al mediador, ahora la mediadora le va a explicar al paciente y es un *show*», que están diciendo aquí a lo mejor le explica bien a lo mejor no, pero esto con el tiempo se ha visto que el recurso hmmm... ha beneficiado a la consulta, porque antes venían los paciente tres, cuatro veces... a la misma consulta con el mismo problema hmmm... ¿vale? (E12. Mediadora, àrab).

Una altra raó per rebutjar ajudes a la comunicació és l'excessiva confiança en una comunicació equívoca com la no verbal. De vegades, la comunicació no verbal és la principal estratègia de comunicació entre professionals i usuaris, tot considerant que els significats expressats i rebuts en aquesta circumstància són unívocs. Així les coses, és fàcil que els professionals sanitaris es refiïn que el missatge ha arribat a l'usuari sense distorsions i que l'usuari doni per bo un missatge que té poc a veure amb el missatge que el professional volia transmetre. Tot plegat genera una tranquil·litat fictícia que fa que s'obviï la constatació que el missatge del professional ha arribat fidel a l'interlocutor, l'usuari. El resultat final, el malentès i les seves conseqüències:

Entonces, eee... el profesional decía que se entendía bien, que se explicó todo bien al usuario, y tanta explicación se explicaba con gestos –o sea, lenguaje no verbal– que también hmm... puede ser una herramienta, pero claro... hmmm..., pero puede ser difícil, entonces ¿qué es lo que pasó en este mal? El profesional le estaba explicando que aquellos sobres son para... y hacía así [com si agafés el sobre amb la

mà, se'l dirigeix cap a l'anús repetidament], cuando vayas al lavabo –decía– cuando vayas al lavabo... y esta persona cogió los laxantes estos, los mezcló con agua, empezó pues... después de tal [després de defecar] pues se empieza a limpiar los hemorroides, porque... y entonces agravó esto la cosa hasta que esta persona ha estado haciendo, o sea, ha estado limpiando, limpiando [l'anús] con, con ese laxante y claro le costaba eee... cuando va al lavabo, pues... las deposiciones, pues le costaba, hasta que a causa de los hemorroides ha tenido una fisura. Lo pasaba mal durante dos meses para que le hagan la derivación urgente y tal para poder operarle (E18. Mediador, àrab).

Certament, la comunicació no verbal ha estat identificada pels usuaris com un recurs útil que denota voluntat d'entendre's:

Yo hablar un poco, después de manos todos [fa gestos d'explicar-se amb les mans]. La doctora, ya está... habla de cosas, si una cosa no sabes, habla de... manos, esto e esto e ya está, la doctora todo sabe. La doctora entiende (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

Ara bé, més enllà de les incerteses de la comunicació no verbal, els mediadors denuncien una certa complaença d'uns i altres que no ajuda a entendre's, sinó que, més aviat, complica les coses. La complaença del professional –ja n'hem parlat– es fa notar en la poca tendència a constatar la comprensió fidel del missatge per part de l'usuari. De l'altre costat, l'usuari, complaent, contribueix a alimentar aquesta sensació de comprensió fictícia amb una actitud d'acceptació passiva de tot el que li arriba del professional:

És que a vegades els, eels, eee, professionals no intenten detectar cuál es el problema. Primero, ellos a vegades diuen que «no, no, nosaltres ens entenem bé amb ells», però la realitat, la majoria de dones marroquines no parlen molt, no entenen tot. Tot diuen sí, sí, sí, i els professionals pensen que sí, que sí, però és un sí dee... no sé, el famoso sí de, de, dels immigrants, sobretot marroquins. És un costum. Diuen sí, no sé si per respecte, per educació no sé, ells diuen sí encara que no han entengut. Jo he dit a una professional: «Si dius a una dona marroquina que no parla la vostra llengua "jo te mato", ella te diu sí» (E110. Mediadora, berber).

Aquesta realitat ha estat identificada, també, per altres informants dedicats a la mediació o a l'acompanyament no formal. D'entre ells, gairebé tots situen la responsabilitat del malentès a la banda del professional, a qui adjudiquen el deure de vetllar per la constatació de la correcta recepció del missatge. Només una de les informants admet la responsabilitat de l'usuari en aquest fet i li'n reclama un paper més actiu en la defensa del seu dret a entendre's amb els professionals:

«[...] i moltes vegades els metges també han de saber que diuen que, que ells diuen que sí, que sí, però que no ho entenen. Molts homes acompanyant les seves dones diuen que sí perquè als homes no els agrada preguntar i moltes vegades les dones els diuen "em fa mal aquí, em fa mal aquí" i ells no els diuen tot al metge per vergonya i s'ho callen [...], per això jo crec que també els metges no s'han d'enfiar de "sí, sí, sí, sí"... però també ha de ser part de l'usuari, de dir "mira jo no entenc res, necessito que em porteu algú que sí pugui traduir", entens? També ha de ser part de... sí, sí. Per exemple tu pots, si tu ets infermera tu no pots tampoc saber què és lo que necessito jo, ni què em passa, també t'ho he de transmetre» (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

#### 5.6.2.4. Els desaprofitats. Mediadors... per què no?

Les raons per abstenir-se de demanar ajuda als mediadors interculturals en salut no s'acaben en aquesta mena de miratge de la comunicació efectiva engreixat per l'actitud de professionals i usuaris.

Els mediadors interculturals en salut sostenen que, malgrat la necessitat, encara hi ha un cert desconeixement de l'existència del servei de mediació. No ho saben els professionals: «És que... hi ha vegades, encara, alguns professionals que no saben lo que és i cada vegada has d'explicar lo que ets, lo que fas» (EI9. Mediadora, àrab). Ni tampoc els usuaris:

Però el problema és que jo crec que no totes les persones que no saben l'idioma saben que existeix aquest mediador, m'entens? Si ho sapiguessin ja no caldria que portin els fills, per això també hauria d'haver una xerrada a l'escola, una al CAP o quan fan curs de català dir que hi ha el mediador, com el poden demanar, m'entens? (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Sens dubte per la relativa novetat de la immigració a casa nostra:

[A la resta d'Espanya] jo no ho sé... perquè jo no ho sé, a nivell de Catalunya sí... A Bèlgica sé que n'hi ha aquesta figura [el mediador] però... a Bèlgica és molt diferent perquè... ja van per la quarta generació, o la quinta... la cinquena generació [d'immigrants]... i aquí encara estem... (EI9. Mediadora, àrab).

Per la manca de reconeixement com a professió –«És que la figura del mediador aquí a Espanya no està reconeguda com una feina, saps?» (EI11. Mediadora, àrab)–, i per la manca de regulació d'una professió prou jove que demana situar-se al mateix nivell que les altres professions sanitàries:

Demanaria molt! A nivell de mediació... demanaria que, que es faci més sovint formació d'això de la mediació, que es faci, o sigui... que hi hagi continuïtat, que hi hagi formació per als mediadors sanitaris... que sigui continua, com als, per exemple... la formació que fan els treballadors socials, les infermeres... naltros no tenim això. Que tinguem un codi legal, o que tinguem una, una... ara estan fent, estan començant a fer una associació per demanar... , o sigui... per tenir un número de col·legiat i això... això no tenim naltros (EI9. Mediadora, àrab).

Els mediadors es lamenten que els professionals de la salut no coneixen tota la feina que el mediador pot arribar a fer i es queixen que només se'ls requereix en cas de problemes:

Hi ha alguns professionals que et criden només quan hi ha un conflicte, com si és un apagafuego, saps? Només això, quan es troben un conflicte, ja et diuen ven. Però el dia que necessiten de veritat alguna cosa... no. Hi ha qui s'entén o no s'entén, però el dia que hi ha conflictes et criden (EI11. Mediadora, àrab).

Això... si els criden, perquè s'han donat casos que el mediador ha estat requerit després de l'incident, sense que la seva intervenció hagi pogut contribuir al coneixement mutu, a la comprensió del cas, ni a la solució del conflicte, la qual cosa evidencia una utilització inadequada del recurs i suggereix que encara no hi ha prou cultura d'ús dels serveis de mediació a les institucions de salut i que, de vegades, el desig de conèixer es nodreix més de la curiositat malsana que no pas de l'interès genuí per saber de l'altre i poder-s'hi entendre:

Me llamaron, o sea, cuando ya habían hablado, cuando ya habían montado allí un... no un follón, o sea ¿no? Que... una parte que insiste, la otra parte que insiste y han hablado con el director y... y a mí me llamaron, o sea, al final eee... [...] Porque... eso, eso... cuando las cosas, ya había ocurrido lo ocurrido, acaban mal porque... los profesionales, prejuicios hacia una persona y pueden englobar todo un colectivo y lo mismo el señor, el señor hmm... empieza diciendo que aquí hacen lo que les da la gana, a lo mejor hay que manifestarse, a lo mejor... y claro, porque cuando las cosas se hablan pues hmm... [...].

P: ¿Pudisteis conciliar a las partes?

Aquel no, porque ya te comenté, pues, cuando tal... si es este caso ya tal y me dicen que querían solamente saber eee... ya montaron allí un follón y... «¿Por qué él dice esto y tal?» «¿Pues eso qué podía ser?» Pues... ¡yo qué sé! Si él tiene una interpreta... una convicción individual y es así, pues es así (E18. Mediador, àrab).

La confusió sobre les funcions del mediador també contribueix a fer-ne un mal ús i a la insatisfacció dels professionals, que veuen frustrades les seves expectatives:

La nostra missió no és convèncer. No és convèncer, perquè diuen... mira, la que em soluciona es la M., «Mira, que no vol fer això, diga-li que faci...». No, perquè la nostra feina no és fer això, perquè jo no sóc ningú per convèncer a ningú. La meva feina és transmetre clarament, clarament, la idea del pacient, del metge (E19. Mediadora, àrab).

Tot plegat comporta un rendiment del servei subòptim, perquè serà requerit per intervenir en situacions que no li són pròpies, se li demanaran actuacions que en cap cas –tant se val si es tracta d'usuaris magribins o no– estarien indicades, i, en canvi, serà un servei infrautilitzat, perquè no se'l cridarà sempre que calgui. Fins i tot es podria donar el cas que se'l trobés a faltar en situacions delicades, per la gravetat del cas i els conceptes que s'hi parlen, ja sigui perquè l'usuari no gosa demanar-lo, ja sigui perquè els professionals, o bé no saben que existeix el servei, o bé fan una valoració massa optimista de la comunicació que mantenen amb l'usuari. Tot seguit es presenta l'exemple d'un cas força delicat amb un nivell de comprensió de la situació molt baix, en què, tot i ser necessari i tot i disposar-se del servei, els professionals no van oferir cap mena d'ajuda a la traducció:

Llavors el seu... –era el ramadán, me'n recordo– i el seu home plorant. Plorant perquè la van ficar a la UCI. No es diu? I ells no sabien que... i ells me deien un altre nom que en marroquí no té res a veure, no sé com se diu en català, no sé, em deien una cosa que no té res a veure... no ronyó no... la vesícula, ells me deien. I jo dic: «Per això l'han ficat aquí?». I ell: «Que sí, que m'han dit hígado». Hígado no és això... Quan me va comentar el meu pare que aquesta gent no s'entenia amb el metge vaig dir «anem-hi, perquè aquesta gent també és família nostra», i el meu pare encantat. Vam anar i vaig parlar amb el metge i tot, i em van dir que aquesta noia li han de fer un transplant de fetge, transplantament, que si no es mor... diu que només hi ha aquesta possibilitat o que es mori.

«Llavors –diu– ara estem a temps de que surti un fetge», doncs jo si no hagués anat allà, no sé, potser haguessin portat un altre, algú, però aquest home... s'ho estaven passant fatal la seva família, sense saber què tenia la seva filla, m'entens? I vaig entrar a veure'l, i quan vaig veure el seu pare plorava més, plorava més, diu «ai, espero que trobin un fetge per la meva filla», vull dir desesperat. I la vaig entrar a veure a dins, aquella noia que estava amb els ulls tancats, no deia res, estava allà com si estigués morta, me va agafar de tot aquella vegada, jo mai havia anat a una cosa tan així, tan...

P: Quants anys tenies?



Fa potser dos anys com a molt, vint anys o així, sí, sí. Vull dir quan vaig entrar estava, notava com si em tingués que marejar, perquè veia el seu home com l'estava tocant i, pobre, plorava, i a més a més tenia fills m'entens? I és allò que dius ojalà li trobin, i mira al final li van trobar i està bé, sí, sí. Però vull dir, mira... aquí jo és que em vaig sentir molt bé d'haver anat allà, perquè dic, mira... el pare pobre no tenia ni idea de castellà i moltes vegades els metges també han de saber que diuen que... que ells diuen que sí, que sí, però que no ho entenen [...] però després, al cap d'un temps, me vaig enterar que a l'hospital hi havia un infermer o un metge que era marroquí, que els explicava com havien de fer el tractament i tot.

P: Per què no el van cridar?

Exacte, això és el que dic jo, potser com que parlava una mica de castellà ni ell ni ho ha demanat. Per això a vegades diuen sí, sí, sí, m'entens? I això són coses molt greus que si no t'ho prens en serio passa (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Tal com s'ha pogut veure, les apreciacions errònies sobre la comunicació, la confusió sobre les funcions del mediador intercultural en salut i el desconeixement de la disponibilitat del recurs determinen l'ús que professionals i usuaris en facin, ara bé... alguns mediadors donen a entendre que aquests fets no són més que les manifestacions d'altres circumstàncies que s'hi troben a la base, entre elles la falta de promoció del servei de mediació. Per bé que els mediadors sovint detecten àrees d'actuació, ja sigui com a agents de salut:

A l'hospital quan vénen per la, aaa, donar llum, eee, jo sempre faig un tombv per fer sensibilització que s'ha de fer la visita de postpart i d'inspecció i demanar a les comadrones si hi ha un canvi i em diuen que sí, que vénen, ara sí, que la majoria d'elles vénen (E110. Mediadora, berber),

ja sigui com a mediadors:

[...] no te vas a quedar todo el tiempo quieto, que son ocho horas de trabajo, no me voy a quedar ahí que no... esperando la demanda, sino que yo también voy a buscar quién necesita ayuda. Por ejemplo, por la mañana cuando entro a las 8 voy y paso las plantas preguntando a las enfermeras oooo... cuando hay una sesión de médicos aviso que estoy si me necesitan y paso las habitaciones donde en ginecología y en pediatría paso a ver a las mamás de pediatría y a las pacientes que están ingresadas en ginecología si necesitan algo yy... después, paso a oncología, traumatología y como mi trab... como no tenemos un sitio así ubicado que es la mediadora que está ahí ubicada, sino que estamos en todo el hospital y entonces tenemos la necesidad esta de ir avisando que estamos, porque a lo mejor pierden el, el... la referencia que estamos allí (E112. Mediadora, àrab),

i hi intervenen sense que hi hagi una demanda prèvia, també reconeixen la necessitat de donar a conèixer l'existència i les funcions del servei de mediació: «[...] Clar... és que clar... si no dones, si no fas el màrqueting, si no fas la seva promoció... pot ser que demanin [mediador], pot ser que no; però no crec que demanin, perquè no saben lo que és» (E19. Mediadora, àrab). I un cop els professionals assabentats que disposen d'un servei de mediació intercultural, caldrà vèncer les reticències a utilitzar-lo, perquè, a ulls dels mediadors, l'element clau del canvi d'actitud dels professionals sanitaris en relació amb la mediació és el fet d'experimentar-ne els beneficis en primera persona, entre ells el coneixement de l'altre:

Entonces [después de la mediación] no era siempre que mm... el paciente no entiende al otro, que a lo mejor decía: «Es que este médico no sabe hacer su trabajo, no sabe lo que tengo o no lo sabe». El médico también o la enfermera decían: «Oh, es que no saben utilizar el sistema, es que colapsan y no sé qué...», ¿vale? Y

[ahora] los médicos: «Ay gracias, ¡no sabríamos qué hacer sin ti!», y «¡qué vamos a hacer sin ti!». ¡Cada mañana y cada tarde! Pero antes era un poco... evítate (E112. Mediadora, àrab).

És més, segons això, el servei de mediació, per l'inevitable coneixement que comporta, indueix al canvi d'opinió que professionals i usuaris es tenen mútuament, tot contribuint a trencar amb els clixés que circulen sobre uns i altres i, per extensió, a millorar-ne la relació.

Una de les estratègies de promoció del servei de mediació entre els professionals i d'aprofitament òptim de les possibilitats que ofereix, més enllà d'informar que existeixen, hauria de ser la regularització professional de la mediació intercultural en l'àmbit sanitari i la integració estable del mediador a l'equip de salut, per tal d'acordar-ne les funcions i normalitzar-ne la presència a les institucions sanitàries. Sense aquests requisits, el mediador és vist com un element extern, de presència inestable i del qual els professionals recelen, perquè l'identifiquen com un element parcial en la relació, incapaços de veure –perquè el desconeixen– el profit que se'n pot treure en forma de millora de la salut de la comunitat i de les persones:

Sí que m'ha agradat fer aquesta feina, el que passa és que dius... no és reconeguda a nivel estatal i tampoc els professionals nooo... bueno no valoren tant aquesta figura de mediador. Bueno... no sé... a vegades sents que estàs treballant en un lloc que és com una penya i tu ets de fora i venies en aquest món, però ells... no tenen tanta confiança, no et coneixen des de molts anys i per ells ets un nouvingut, per ells també. Però en canvi nooo... tu vas allà per formar part del grup i fer la feina que et toca, no és per, bueno... no és una espia ni res, és una persona que treballa i res més. És una persona que va a ajudar a ells també, però no tots són així, alguns... Sí, sí, que he trobat la gent que bueno, bueno, que diuen «que llàstima que sempre has de treballar en un contracte!», que estem treballant en uns hàbits. Sí... aquesta manera que tenim de treballar de mediadors no et demanen a tu eee... com ho dic? Per exemple, els professionals sempre pensen que aquesta persona està només per un temps, saps? No s'emboliquen tant ni res i ja dius... bueno és uns moments, ja treballa i marxa. Sí, claro, perquè ells també els passa el mateix que nosaltres, perquè diuen... és que només treballes, només sis mesos i ja està i estàs treballant... bueno ja tenim mediador i després ja no el tenim i podem treballar sense mediador, perquè al final ja no el tindran, i a vegades ja no el criden perquè diuen sempre ja no estàs, i és així (E111. Mediadora, àrab).

Segons això, la percepció dels mediadors és que l'oferta de mediació al servei públic de salut no està consolidada, és més, tampoc troben que estigui ajustada a les necessitats reals del servei: «Y por el tamaño de trabajo y la población que hay, son pocos los mediadores para la zona de Tarragona, Baix Camp, Alt Camp, Baix Penedés... son muy pocos...» (E18. Mediador, àrab). I, per acabar-ho d'adobar, denuncien certs dèficits organitzatius que interactuen sinèrgicament amb els que s'han esmentat fins ara:

Que haya un programa en el ordenador que hay como para los médicos, como para... que haya un, un... un, no sé cómo se llama, algo al pedir una cita para un usuario que no entiende, que pongan para el mediador en tal hora. Que cuando entre el mediador en tal día a su trabajo encuentre que tal hora, tienes una mediación aquí, tal hora allí, que no estés en los pasillos, en las plantas y haciendo el tonto, algunos días y algunas horas que veo que son muchas pérdidas de tiempo, si fuera tan organizado, sería de esta forma (E112. Mediadora, àrab).

Finalment, cas que s'aconsegueixi de normalitzar la presència del mediador a l'equip de salut, també hi ha qui demana que aquesta incorporació no ho sigui només a títol decoratiu sinó que

se li permeti de fer suggeriments de treball i propostes en l'àmbit de coneixement que li correspon a fi de millorar l'efectivitat de la mediació:

Sí, pero también estamos para corregir esto, para quien tenga la... la... mmm... ¿Cómo se dice? [...] la humildad de aceptar eeee... el debate ¿vale? Lo que, lo que ves tú que está bien o que se tiene que hacer así, a lo mejor para mí no es... no es como lo ves tú, ¿vale? Y hay que debatir, y llegar a una solución entremedia, pero también hay gente que por soberbia te imponen que las cosas deben de ser así. [...] y también te encuentras con que el punto de vista del profesional es este y esta es la fotografía y... pero cuando entras para dar retoques en esta fotografía te deja participar, entonces mmm... desde, desde la humildad también dices... «¿y si lo podemos hacer así? será mejor para que esta gente entienda el proceso y no sé qué». Te deja pintar con ellos en esta fotografía, pero cuando el otro ee... hace la fotografía pinta y la encuadra y te la da, bueno... ¡véndele esto! [al usuario] (E112. Mediadora, àrab).

A un altre nivell, i sense deixar de parlar de les dificultats que afecten el servei, les declaracions d'alguns mediadors, sense dir-ho explícitament, fan pensar en la necessitat constant de situar-se al bell mig de les dues parts, potser perquè es perceben en un equilibri fràgil o bé perquè senten que uns i altres –usuaris i professionals– els veuen ara com un aliat –«parece que te echen la pelota y tú le tienes que convencer al paciente para que no lo haga [el ramadán]» (E18. Mediador, àrab)–, ara com un competidor –«y se convenció que yo no le voy a mentir» (E112. Mediadora, àrab)–, sense arribar a entendre del tot que la seva situació és d'equidistància i el seu paper imparcial:

I... a vegades també hi han alguns usuaris que pensen que nosaltres podem facilitar l'accés d'una manera pragmàtica, saps el que vull dir? Eee... ells pensen que amb mi es poden aconseguir tot el que volen del professional, eee, és que no sé... a vegades entro amb un cas per tema d'una enfermedad concreta i com que ell s'adona que tot va bé, ell comença a parlar d'un altre tema del seu cos o... «sisplau ara vull això, això i això» [...]. Me veuen amb la bata i pensen que jo tinc poder o... sí, sí (E110. Mediadora, berber).

Per acabar de llistar els entrebancs amb què ensopega la mediació intercultural en salut només queda parlar de les reticències a demanar ajuda que mostren alguns usuaris amb estudis, a causa d'un amor propi exacerbant que considera vergonyant haver d'acudir als mediadors per entendre's a la consulta, actitud que de portes enfora salva l'orgull de l'usuari però que, de portes endins, perpetua l'equívoc d'una comunicació precària:

Bueno, hay mujeres que tienen estudios, pero... hablan un poco de castellano o catalán. No entienden al profesional, pero por eee... no por pudor, por no... rebajarse, piensan que eres alguien de no sé qué y... que somos todos iguales, que tú tienes estudios, yo también y... no te voy a dar importancia a lo que haces. Yo entiendo. Si entiendo bien, si no me entiendo... tú no vas a saber que... yo entré y salí y ya está (E112. Mediadora, àrab).

Això, en canvi, no passa si es tracta d'usuaris conscients de les seves limitacions i lliures de la pressió d'haver de respondre a unes expectatives: «Es más fácil para una mujer sencilla, pedir mis servicios, que para una mujer con estudios» (E112. Mediadora, àrab).

#### **5.6.2.5. I sobre les coses a fer per entendre's**

Tant les institucions i els professionals de la salut com els usuaris, coneixedors de la necessitat d'entendre's per poder cuidar-se i cuidar, han desenvolupat –en la mesura de les seves

possibilitats– diferents estratègies per afrontar les barreres a la comunicació. Segons això, abans de seguir ja es podria afirmar que la primera estratègia per fer front a les dificultats per comunicar-se els professionals i l'usuari magribí, passa per fer-se'n conscient. Malgrat que una afirmació com aquesta pugui semblar una obvietat, ja s'ha vist que no es pot menystenir la importància de dir exactament allò que hom vol dir o d'entendre amb tots els matisos allò que necessita ser explicat. La negació del problema comporta, per força, l'omissió de la solució. Per contra, prendre consciència de la importància de comunicar-se efectivament, incita a moure's per canviar la realitat. En aquest sentit, són moltes les estratègies que uns i altres, amb més o menys fortuna, han assajat per tal de millorar la comprensió mútua de professionals i usuaris.

Des de les institucions de salut, l'estratègia més comuna d'ajuda a la comunicació –segons el relat dels informants– és la provisió de mediadors interculturals en salut. La mediació intercultural és un recurs força demanat pels usuaris:

A vegades jo trobo alguns homes marroquins que realment ells necessiten ajuda però per tema de masculisme o no sé què o temes personals no venen per demanar-me l'ajuda, però les dones no, al contrari, m'estan buscant, sobretot en la primària, o vénen i diuen: «No, no, nosaltres necessitem a la F.» (EI10. Mediadora, berber).

Perquè, més enllà de l'ajuda en la comunicació, veuen el servei de mediació com un servei professional amb compromís de confidencialitat:

I les dones allí tenen algunes mediadores del poble, dones que parlen l'idioma, i saps que elles no tenen molta confiança amb les altres dones en tema de confidencialitat, és per això que elles prefereixen una dona que ve una vegada a la setmana i treballa i se'n va. I va vindre una dona para eee... a demanar-me ajuda per entrar amb ella al seu metge que era varón, i explicar-li que ella té problemes sexuals, i així ella m'explicava i parlava obertament i tot, per explicar al professional que té problemes sexuals (EI10. Mediadora, berber).

I reconeixen, en el mediador, una certa autoritat moral que l'autoritza a fer recomanacions de salut als musulmans sense cap tuf d'etnocentrisme, perquè en formar part del col·lectiu se'n garanteix el coneixement profund necessari per justificar les decisions controvertides amb arguments sorgits del cor mateix de la religió:

Els vam explicar que no passa res... Ells, això, que ho digui això un metge, que no has de fer el ramadà, ho troben molt malament. Perquè és un cristià, no saben lo que és la meva religió... però quan ho diu una... una de la seva, de la mateixa religió, ho veuen una mica diferent... però accepten més que quan ho diu un professional sanitari que és d'aquí (EI9. Mediadora, àrab).

Heus aquí un exemple d'aquesta manera de fer i dels canvis que comporta:

Un any, jo, en el mes de ramadán he vist que les dones marroquines s'han, eee, després del part es queden molt fluixes i tot això i vaig fer, vaig preguntar amb elles que... si estan fent mmm el ramadán en els últims dies de l'embaràs, dels últims mesos de l'embaràs i m'han dit que sí i he dit no pot ser, que la religió està en contra d'això i que elles estan ficant en perill la seva salut primer i la dels nens, i he anat i he treballat el tema del punt de vista de la religió i he parlat amb la meva cap i hem fet un taller i després... no sé, hi ha un canvi! (EI10. Mediadora, berber).

Al seu torn, els professionals, malgrat que sempre hi ha qui es resisteix a recórrer a la mediació, admeten les bondats de la intervenció del mediador. El canvi d'actitud en la demanda del servei n'és la prova:

És que a vegades havien algunos [professionals] que en principi els va costar d'acceptar un mediador, però amb el temps quan, per exemple... jo, a vegades m'han dit: «És que aquesta dona, és que aquesta dona no entén res de res». Ella m'ha demanat d'entrar amb ella i jo estic aquí per ajudar-la i quan ells veuen que la interacció, que això, que realment fa una feina de facilitador, després han canviat les seves opinions en mi. Sí. Però hi ha altres que fins ara no van saber com penetrar (E110. Mediadora, berber).

La participació del mediador en la trobada clínica contribueix a la sostenibilitat del sistema i ajuda en la presa de decisions clíniques:

Un dia a la consulta, bueno... potser la primera vegada que vaig entrar amb ella a la consulta, bueno... ella està explicant les coses, jo he explicat a l'altre i diu [el metge]: «Pregunta, dile quantes vegades ha tingut epilèpsia». I jo li pregunto i ella em diu: «No, no, no en tinc. Mai no he tingut». Hi han hagut casos així... bueno, diuen que està... bueno tracta[da] de una cosa, té una altra... L'idioma es important: si vols dir una cosa i entens una altra... (E111. Mediadora, àrab).

Millora la satisfacció de l'usuari –«y también, la mujer también, al final, se quedó bien porque la hemos visto en otras consultas y cada vez le preguntas si ha entendido bien y cómo lo lleva y todo y estaba muy contenta» (E112. Mediadora, àrab)–, i l'adherència al tractament: «Pero después han notado que el mensaje llega al paciente y utiliza mejor el tratamiento y entiende mejor la patología que tiene» (E112. Mediadora, àrab).

La creativitat i la col·laboració intersectorial s'han demostrat útils per millorar les habilitats comunicatives de les dones magribines. La creativitat de cercar aprenentatges significatius i explorar noves fórmules de presentar-los, que encoratgin les dones a sortir de casa sense por a fer el ridícul. La col·laboració intersectorial per crear sinergies que augmentin l'efecte de les intervencions. Així ho demostra el relat d'una experiència singular en què col·laboraven els serveis d'acollida de l'ajuntament i els professionals de la salut:

P: Per part de l'administració, hi ha iniciatives per ajudar les dones a ser autònomes?

Sí que n'hi ha. Sí que fan cursos als consells comarcals, als ajuntaments. Vam tenir unes... vam fer, vam organitzar unes sessions de... informatives, a l'hospital, una xarxa conjuntament amb els profes de català de les pacients, de l'ajuntament de Torredembarra. O sigui vénen les dones acompanyades amb el seu profe catalana, que fa català, bàsic. Vénen, està el professor [...], la comadrona i la mediadora, o sigui la... ahir era multilingüe, perquè la comadrona que explicava el tema sanitari, en català, i si no entenen, la figura de la media... la mediadora explica i davant de la profe catalana. Va ser molt bé i molt beneficiós per les dones, però... lo qe hay és que no hi continuïtat. Fan, i ja està. Això ho vam fer fa un any. O sigui no hi ha continuïtat en aquestes iniciatives. Els trobo molt bé, molt útils, però a l'hora de la continuïtat no... no sé per què. Pot ser per crisis, podria ser, però...

P: Com ho reben, això?

Ai, ai, ai... estan... encantadíssimes! Perquè estan contentes, estan... ho veuen molt bé... i a vegades me diuen... clar, quan entren –ara no estic parlant d'això de les iniciatives de... estic parlant de les xarxes, quan fem xarxes–. Estan contentes perquè... diuen... quantes vegades... sí que fan xarxes amb les comadrones

però... no entenen, clar, i quan veuen la figura de la medidora, de l'agent de salut... estan, estan... i... no se cortan, o sigui... pregunten qualsevol cosa, perquè... sabran... diran mira... sabrà arribar la meua idea, perquè... en castellà, parlen poc, encara que parlin parlen poc, saps? Per a elles, estan contentes que hi hagi una figura que sabrà transmetre la seva pregunta o el seu dubte (EI9. Medidora, àrab).

Llàstima que es tracti d'intervencions que ni estan generalitzades ni tenen continuïtat.

Pel que fa a l'existència i utilització de recursos d'ajuda a la comunicació, més enllà del servei de mediació, només un dels mediadors ha fet menció a altres recursos institucionals d'ajuda a la traducció, en concret s'ha referit al programa MELISA, un software de traducció pensat per resoldre els problemes de comunicació entre professionals de la salut i la població immigrant. Ara, la valoració que n'ha fet ha estat força negativa, ja que segons diu la informant, la llengua de comunicació del programa no té res a veure amb la llengua que parlen el marroquins i, per tant, no l'entenen ni els usuaris ni, per descomptat, els professionals:

No sé... aquests programes que han fet d'idiomes, que no serveixen per res... Aquests que han ficat... un corrector electrònic. Fiques un clic i et surt a la pantalla... el Melisa... sí, fas un clic i hi ha les preguntes. Si l'usuari no sap l'àrab?... Al Marroc es parla marroquí, l'àrab clàssic no l'entén la gent que no han estudiat, l'entén la gent que estudia àrab. I en el cas que te entén això, quan contesta... el personal no sap l'idioma per contestar! És que... l'he trobat que és una pèrdua de temps, aquest. No serveix per res! És que és impossible! Bueno, per exemple, a vegades fan un dibuix de treure els pantalons amb el pixar o algo són coses que no... per mi... amb l'àrab al menos, no... (EI11. Medidora, àrab).

Un dels usuaris que ha participat en un grup focal ha parlat d'un programa d'ajuda a la traducció que ben bé podria ser el MELISA. L'usuari, en la valoració que en fa, reconeix al recurs una certa utilitat per realitzar la història clínica, així i tot, sembla que el tipus d'interlocució que permet un recurs com aquest es limita a aspectes molt concrets de l'acte clínic:

Ella una vez ha ido al oculista y tal, por lo visto que ha habido problemas de comunicación y el oculista pues ha recurrido a un programa informático que estaba en árabe, porque aparecen unas preguntas, si tienes alergia o no tienes alergia, y ella comentaba que le ayudó un poco (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

A part del MELISA, no s'han mencionat cap altra mena d'ajudes institucionals a la comunicació, tot hi haver-n'hi. Aquest fet és prou raonable si es tracta del relat dels mediadors, en tant que, lògicament, ells no utilitzen cap altre recurs de comunicació que no sigui la mediació. D'altra banda, l'escassa menció d'aquesta mena de recurs per part dels usuaris fa pensar que, si més no pel que fa a la comunitat de magribins, s'utilitza ben poc.

De manera general, els usuaris distingeixen entre dues maneres d'afrontar, els professionals, les dificultats per comunicar-se amb l'usuari magribí, la implicació o el menysteniment:

-Todavía tengo dificultad en la... para expresarte lo que me pasa o que necesito, ya, hay personas que hacen esfuerzo para entender, pero hay personas que es como no saben, e hay que esperar que yo hablo muy bien e explica todo... dice no entiendo ¡ya está!

-¡No intentan entender! (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

Pel que fa a aquesta qüestió, una de les raons identificades pels informants que justifica les diferents actituds és la que fa referència a la concepció holista de l'ésser humà:

Es que depende del grau de preparació de la persona, és que hi ha persones que teee... que tenen una sensibilitat de lo que és social, de lo que... i tenen altres que són fans de doctor House que no, no volen saber res de lo que és fora del cos humà com a objecte (E10. Mediodora, berber).

Tot i que el testimoni anterior parla de sensibilitat, i per tant d'un component de la personalitat, també fa referència a la formació, és a dir, a un component cultural i intel·lectual de la persona. Ara bé, hi ha altres raons que emergeixen del discurs, i que expliquen les diferents maneres de fer dels professionals en aquest tema. Per una banda –diuen– hi ha el prejudici que serà difícil comunicar-se amb l'usuari magribí, de manera que no proven de comunicar-s'hi ni de buscar alternatives:

A veces, de la de tema que somos emigrantes, por ejemplo, ya que tiene prejuicios que no entendemos la lengua, a veces, a veces ya, se pasa así. [...] no hablan mucho con nosotros, ya que... Por ejemplo, como ha dicho A. al principio, no le hablan ni le explican nada, a veces se pasa (GF2. Dones, àrabs, universitàries).

I per l'altra, hi ha moments en què l'usuari es percep davant d'un professional intransigent amb poca disposició a trobar alternatives als problemes de comunicació:

Cuando me vengo aquí en España la primera vez, casi de... hace tres años. Soy enfermo, me voy el médico, cuando quiero entrar pídemle de «¿Usted, hablar castellano, o no?». Yo hablar Francia un poco bien e hablar con ella en Francia e digo [dice]: «No. Somos en España, necesitas de aprender estas 'ciudades' [idiomas]. Yo no entiendo Francia» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Al final, però, tant se val si es tracta de comportaments relacionats amb les barreres del llenguatge o amb alguna altra circumstància, entre els usuaris està molt estesa la idea que la raó última que justifica la manca d'implicació del professional amb la sort del pacient magribí, és personal:

Sí, de tot, exacte, m'he trobat de tot. Vull dir, no em puc queixar, i és això també, vull dir... et trobes com que les persones són tan diferents, cadascú és com és, doncs amb totes les coses et trobes les persones... en totes les feines et trobes les persones de tot, vull dir de tot, agradables, que s'esforcen i... ja m'entens (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

I depèn, en gran mesura, de la consideració del professional envers la immigració i els immigrants:

-Bueno... hay algunos que están bien con nosotros pero hay algunos que no están bien con nosotros. Bueno, yo fui alguna vez aquí en B. y yo encuentro una doctora que muy mal con la gente extranjera. Muy mal. Que... no quiere hablar con nosotros. [...] Yo me pienso que está racista con nosotras. Yo digo que sí.

-Sí, hay un doctor en la granja muy bueno con la gente extranjeros. Porque mi hermana estaba enferma, embarazada e tiene un niño e estaba enferma... e bueno... tiene una enfermedad e se va al doctor e está muy bien con la gente extranjero. Explica bien y... y dar mucho tiempo y todo. Y además, mi hermana no sabía hablar y yo fui con ella. ¡Y la trataron muy bien! ¡Sí, la trata muy bien!

-Él habla de una del mostrador.

P: ¿Qué pasa? ¿Puedes explicarlo?

-Que en el mostrador hay una persona que lo trata muy bien. Con su padre. Que dice que siempre intenta... sí... le recibe bien. Que esto también es muy importante, porque hay unas administrativas que te ponen pegas desde... desde el començament, saps?

-Depende de la persona, si es un extranjero de aquí... bueno... una persona de aquí... y que está bien... te cita... te... todos se van a recibir a esta persona. Cuando hay un extranjero, se trata de una mierda, que lo ven como si... se levantan... hay algunos que le veo... médicos igual que administrativos, a veces... según la persona como es... hay un comportamiento... y dicen a la cara: «¡Vete a tu país!». ¡Así, yo lo he visto así! (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

Per tal de facilitar la feina als professionals i no sentir-se recriminat pel fet d'acudir a la consulta sense traductor, els usuaris magribins es fan acompanyar sovint d'un intèrpret informal, és el traductor *ad hoc*. Els veïns, amics, familiars, altres magribins que coincideixen en espai i temps amb la persona que necessita traducció, el marit i fins i tot els nens, formen l'inventari de traductors *ad hoc* que han estat citats pels informants d'aquest estudi. Per ser traductor *ad hoc* cal un coneixement subjectivament acceptable de les dues llengües de comunicació, i diem *subjectivament acceptable* perquè no hi ha paràmetres objectius per definir la idoneïtat del traductor *ad hoc*, només cal que es tracti d'algú que superi la capacitat de l'usuari per comunicar-se amb el professional, que accepti fer de traductor i, per descomptat, que en tingui la disponibilitat. Tal com es pot extreure de la següent declaració, la capacitat, el domini de l'idioma i la disponibilitat del traductor *ad hoc* són bàsics, tot i que no sempre són qüestions fàcils de resoldre:

Los maridos, que muchas veces también tienen problemas de comunicación y tampoco entienden lo suficiente de lo que se trata, y aparte de esto que también el tema del trabajo, cuando están trabajando también es complicado que vengan cada dos por tres a acompañarles. Entonces, ella prefiere una vecina de confianza y que entienda bien, entonces para eso sí que... (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

La necessitat i la voluntat d'entendre's fa que uns i altres se les empesquin per poder-se explicar i comprendre's, tot i que, malgrat que ho sembli, no sempre se'n surtin. Tal com ha quedat exposat anteriorment, tant és que els interlocutors estiguin predisposats a saber què vol dir l'altre, com que els importi ben poc, ja que totes dues circumstàncies poden ajudar a construir el miratge de l'enteniment bastit sobre el malentès. Ja s'ha vist que la comunicació gestual, com a únic recurs, pot comportar greus errors de diagnòstic o de tractament, amb la consegüent evolució subjacent del procés que provoca la consulta. També ha quedat prou clar que l'ajuda de traductors *ad hoc* com ara el marit, veïns o fins i tot els nens –que mereixen un capítol a banda– pot afectar la confidencialitat de l'acte clínic i sustentar el diagnòstic i el tractament en unes bases incertes, les d'una traducció també incerta:

No, porque la hija de mi tío se va con su madre y no puede explicarle en árabe. En español explicarle a su madre, porque no entiende. No puede explicarle en árabe. Su madre dice, «que no entiendo español, no hace falta que vaya conmigo al médico». No... no puede explicarle en árabe (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).



Alguns usuaris utilitzen llengües pont com ara l'anglès o el francès per comunicar-se amb els professionals: «Al médico, no tengo problema porque sabe francés e inglés. Por eso, no tengo problema, yo hablo con... él dice: “¿Qué sabes?, ¿tú sabes otra idioma?” Yo digo: “Sí”» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà). Sense saber quin és el grau de competència lingüística dels interlocutors en aquest cas, ni si n'hi ha prou per mantenir una comunicació satisfactòria en context sanitari, el plantejament d'un esforç compartit i alternatiu a l'opció rígida d'adaptar-se l'usuari a la llengua del professional, transmet voluntat d'entesa sense preeminència d'un sobre l'altre, com també ho fan els esforços del professional per trobar canals alternatius de transmissió de la informació que li assegurin que l'usuari entén les explicacions:

Que en general, al principio, sí que tuvo problemas a la llegada, pues problemas de comunicación, que no se entendían. Entonces, lo que hace el profesional es procurar que le explica bien, pausadamente, para que ella entienda. Y les recomienda que, preferiblemente, mejor que venga una persona para que entienda mejor para que no haya problemas de comunicación. Y además, lo que insisten es la medicación. Cuando hay una receta de medicación, un tratamiento, ellos insisten. Saben de que esta persona no entiende. Se lo escriben, la medicación tal, tal hora, tal tal... cuántas pastillas al día... entonces pues una pauta que ellos la guardan y cuando van a casa, pues... se la vuelve a explicar la de la farmacia, o en casa... y entonces no hay manera de equivocación (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

La manera de fer d'aquesta mena de professionals comunica compromís amb la seguretat del pacient, reconeixement de necessitats de salut no estrictament físiques i unes formes impecables.

Hi ha un altre grup d'estratègies que tenen un sentit ben diferent de totes les que han estat exposades fins ara, són les estratègies que es proposen capacitar l'usuari per comunicar-se autònomament amb els serveis de salut, les quals, indefectiblement, tenen un efecte apoderador. En primer lloc, el tenen perquè la capacitació en el domini lingüístic eixampla els seus efectes més enllà de l'àmbit sanitari, tot deixant-los sentir arreu:

No presumo de inteligencia, pero después supe que el idioma juega un rol muy, muy importante en que tú puedas abrirte un camino eee... más rápido en la sociedad. Y veía, por ejemplo, que... con cualquier excusa, la gente hmmm... mandaban a la gente que se vayan aa... aaa... no realizaban las... no contestaban las peticiones de la gente ¿vale? En los servicios sociales, por ejemplo, o... en Cáritas, era muy difícil ee... entender al otro (E112. Mediadora, àrab).

I el tenen també –l'efecte apoderador– perquè milloren l'autoconcepte. La satisfacció de veure's capaç de fer coses que fins ara hom no podia fer retroalimenta positivament el concepte d'un mateix i dóna la confiança que ha de permetre, dia a dia, anar-se fent un lloc en aquesta nova casa:

Yo no pregunto de eso ni de na, porque... la sortida por aquí... eso hace... cualquier cosa sabe dónde es... e hasta las cartas que vienen a mi casa, cualquier carta sabe lo que es, a mis hijas o del médico o algo, cualquier cosa, sabe lo que es... Si te vas a un país para quedar por ejemplo pa siempre o pa... debe de ir... tienes que ir... todo, para aprender (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

L'assoliment del domini lingüístic és important pel resultat i també pel procés, perquè implica sortir de casa per aprendre i tornar a sortir perquè un cop descoberta la utilitat hom no pot estar-se de fer-lo servir. La necessitat de sortir de casa per aprendre l'idioma vol dir, per força, relacionar-se amb la societat d'acollida, i aquest fet és especialment important en les dones d'un col·lectiu que es tracta poc amb els autòctons, ja sigui perquè no s'hi pot comunicar, ja sigui perquè tal com estan repartits els rols de gènere, no se'n propicia el contacte. Ho explica una de les mediadores quan intenta donar arguments a les dones magribines perquè estudiïn l'idioma: «Pues, estudia català!, almenys ja tindràs una cosa, primer vas allà... disfrutes amb les dones, coneixes gent, no et quedes tancat a casa... El català, al primer dia et sembla que és difícil, després ja aprendràs» (E111. Mediadora, àrab). Després, l'argument de l'autonomia sorgeix amb força altre cop, però no només, perquè aprendre una llengua, i sortir-se'n, és engrescador i digne d'admiració:

Per això és tan important que la dona s'espavili, que no, que sigui autònoma que no depengui de l'home [...]. Llavors... ja et dic, hi ha dones que realment he notat que s'han espavilat, que han après i que van soles al metge, a la pediatra, a la comadrona... i fins i tot, pues jo, la... em diuen: «Molt bé, mira com parles el català», i alguns em pregunten alguna paraula en marroquí i jo els hi dic. Però és que... sí, és molt important perquè si no la dona està tancada i sempre, sempre, sempre depèn d'algú (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Els usuaris, tot i no aprofundir tant en els arguments a favor de l'estudi de la llengua d'aquí, també n'han expressat la necessitat –«És que... dice que tot bé. Les fa falta només l'idioma. Les fa falta l'idioma per parlar amb ells [els professionals] directament» (GF10. Dones, domini lingüístic baix)–, i el desig d'aprendre-la: «Diu la meva mare que ens agrada parlar català però la llengua, la llengua [òrgan fonatori] no vol... no ens deixa parlar» (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

El fet que a Catalunya es parlin dues llengües complica una mica la decisió d'estudiar-ne alguna. Es dedueix de les declaracions que el castellà és vist com a llengua més útil que no pas el català: «Ah! Quan pregunto a les dones: per què no estudien l'idioma?, em diuen que aquí estudien només català [...]. "Aaah, és que aquí només hi ha el català i no ensenyen el castellà!" [imita la declaració de les dones posant-hi to de lament]» (E111. Mediadora, àrab). No obstant això, sembla que l'aprenentatge del català té un valor afegit de reconeixement i acceptació. La informant que de petita va fer d'acompanyadora als serveis de salut explica com gairebé tots els professionals fan l'associació inicial entre immigrant i llengua castellana, i com després, en descobrir la voluntat de la traductora d'expressar-se en català, li fan arribar una sensació d'acolliment i inclusió extra, només pel fet –potser inusual– d'expressar-se en català una persona d'origen forà:

No ho sé, no sé, només amb això de la llengua, vull dir que directament, vull dir ja em veuen la cara i directament em parlen en castellà, entens? i a mesura que vaig parlant se sorprenden i després ja canvien, i després ells també et parlen en català. Sí alguns sí, sí, sí. Hi ha d'altres que són castellans i ells parlen castellà i jo català, vull dir aquests no parlen, me parlen directament amb castellà i jo amb català i no canvien. Però hi ha molts que et dic que parlen en castellà i es nota aquell castellà que és un català perquè, saps? I

després canvia i notes com si, com si estiguessi més a prop, allò, sí, sí, moltes vegades ho he captat això (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Malgrat que els problemes idiomàtics han estat citats tot sovint com una font de dificultat per accedir i aprofitar els serveis de salut, i malgrat que l'aprenentatge de la llengua ha estat apuntat com una solució, el cert és que el nivell de competència en qualsevol de les dues llengües oficials a Catalunya és baix entre els magribins, sobretot pel que fa a les dones (vegeu taula 5.1.8.). Com també és cert que molts dels informants amb dificultats per expressar-se en català o en castellà han admès no anar a classes d'idioma, tant se val de quina llengua es tracti. No hi van. De les declaracions se n'extreuen algunes raons per no fer-ho. En primer lloc, i sense poder generalitzar, hi ha qui veu el col·lectiu de dones magribines com un col·lectiu amb poca motivació per sortir de casa i formar-se, o potser amb una certa sensació d'impotència davant de la dificultat idiomàtica:

[...] pero no había mucha motivación de parte de las chicas magrebíes, esto también te lo tengo que decir, que había unas sesiones para las mamás de... de salud, alimentación del bebé, y claro... esto es muy importante, también. Que yo a veces veo que, hmmm... que falta motivación también de parte de las... Esta parte negativa, también tiene su parte negativa ¿no? La verdad que sí... Yo a veces iba y no venía ninguna, igual una o dos, y claro... viene la enfermera preparada con el material, con las fotocopias traducidas al árabe y con el bebé, el muñeco y claro... las chicas no... ¡y mira que era interesante!

P: ¿Qué se puede hacer para mejorar la motivación de estas mujeres que no acudían?

A ver, la mayoría porque no salen mucho... no... Yo creo que es esto. Igual porque al principio piensan que no lo pueden entender... porque también... según cada... la situación de cada gente, la mayoría igual prefiere ir al mercado... al mercadillo a comprar que venir a... a una..., pero también, que también no podemos generalizar porque hay casos que se interesan, sí (EI1. Mediadora, àrab).

Tal com ho planteja aquesta declaració, la dificultat idiomàtica inicial podria fer entrar la persona en el cercle viciós de la impotència. Es bloqueja l'activitat –formativa o de relació amb la societat d'acollida– per por de no entendre, però sense formació ni contacte no hi ha aprenentatge, de manera que la persona queda atrapada en un espai limitat d'accions i relacions que l'impedeix d'avançar. Per altra banda, es té la percepció de manca de necessitat per formar-se perquè l'entorn immediat compta amb una xarxa de suports que cobreix amb poc esforç les necessitats que sorgeixen:

També és que clar... no volen estudiar perquè estan al, al... estan bé... es troben bé... Jo crec que tampoc no és perquè no els deixen els marits, és per ella, perquè està bé, està a casa mirant la tele, fa la seva feina, es troba les seves amigues de la seva cultura... no necessita. Per comprar? Pues el seu marit. Per traduir? El seu fill. O sigui... ho té tot solucionat (EI9. Mediadora, àrab).

I no només, perquè d'aquesta reflexió en sorgeix, automàticament, una altra, i és aquella que es pregunta per com és d'important per a aquestes dones tenir contacte amb la societat d'acollida i quines són les raons que determinen una actitud tan passiva com aquesta (vegeu taula 5.1.14 sobre participació social). Sentir la necessitat de relacionar-se amb els autòctons és, lògicament, un estímul per aprendre la llengua i és, també, una manera de fer-ho o –si més no– de reforçar-ne els aprenentatges adquirits en altres contextos. Tal com ho demostren la

taxa d'activitat dels homes magribins (0,85 segons càlculs fets a partir de l'ENI 07), el percentatge de dones en edat activa que no fa cap altra feina que no sigui la de casa seva (62 %, segons càlculs fets a partir de l'ENI 07) i les afirmacions que els informants fan sobre el repartiment de rols a la família –«llavors, què passa?, que els homes normalment són els que acostumen a treballar, i les dones les que es queden a casa» (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora)–, es pot afirmar que els homes es dediquen, principalment, a treballar fora de casa, mentre que les dones s'encarreguen de cuidar la família. Així com el treball obliga a sortir de casa i, per força, a tenir contacte amb la societat d'acollida, tenir cura de la família és una tasca que es pot dur a terme sense que calgui relacionar-se gaire amb els autòctons. Aquest fet determina diferents vies d'aprenentatge de la llengua: «els marits, també estan aquí, molts estan ajuntant entre ells, no van a estudiar l'idioma, lo que saben... [...] alguns lo aprenen al carrer» (E11. Mediadora, àrab).

D'altra banda, els dèficits de formació de base de les dones magribines són un argument que es presenta sovint per justificar les dificultats per aprendre a parlar una nova llengua. L'analfabetisme o la manca d'estudis són, a parer dels informants d'aquest treball, un handicap per afrontar o progressar en l'aprenentatge de l'idioma: «Ella diu que si hay unas pastillas para abrir la cabeza, i ella diu que fa l'esforç per aprendre algo... però no res!, com que no ha estudiat al Marroc...» (GF3. Dones, berbers, sense estudis 1rs. acabats, baix domini lingüístic, entorn rural).

Tot plegat, la manca d'oportunitats que imposa el rol femení i la dificultat afegida d'un nivell d'instrucció molt baix, a banda de perpetuar la dependència –si més no, lingüística– de la dona magribina respecte de l'home –«Mi marido, mi marido [m'acompanya al metge per traduir] [ho diuen varies dones alhora]. Sí, sí. Siempre mi marido» (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà)–, la descoratja davant d'un esforç que es jutja ingent i que dóna pocs fruits. I després, és clar, arriba l'abandonament:

Bueno, algunes diu... sí, algunes m'han dit que, que «casi no aprenem a res», algunes em diuen «és que no aprenem a res, és poqueta cosa i poquetes hores i anem a perdre el temps». Sí, hi havia algunes que ho han començat fent i ho han deixat, que m'han dit que era per això (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Ara bé, algunes dones han estat capaces d'espolsar-se part de la responsabilitat en la decisió d'iniciar-se i persistir en l'aprenentatge de la llengua i han sabut construir una crítica prou ben travada. Les seves objeccions apunten a una manca d'alternatives a les dificultats que, com a adults amb obligacions, tenen per anar a classe:

La feina de casa, eee, algunes tenen fills i llavors abans tenien, aaa, quan anaven a català, a dalt feien les classes i a baix hi havia una noia que els cuidava els nens, vale? Però es van queixar moltes dones d'aquí, els hi van dir que elles, elles també tenien fills i els havien de portar a la guarderia, per què als marroquins i les mores se'ls havia de cuidar els fills? Llavors algunes de les que tenen fills no poden anar a estudiar, algunes, no sé si és el català escrit o català parlat que no poden anar amb fills, perquè és terrible, vull dir no sé com la mestra encara fa català, vull dir amb els fills no es poden fer perquè es porten fatal i no creuen (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Amb tot, també hi ha usuaris que, a tall individual, han trobat la solució a aquest problema. Vegeu com s'ho fa per anar a classe un matrimoni, jubilats tots dos, que té cura d'un fill discapacitat:

Dice que... el año pasado sí que han matriculado y que han ido a clase de castellano y ahora han parado este verano y empezarán en setiembre y han aprendido un poco, o sea, entiende un poco. Dice que parece que hace un relevo, porque el día que ella [la dona] va a clase, él [l'home] tiene que estar con el hijo, y si ella se queda con el hijo, él va... va a clase (EI5. Usuari, àrab).

Hi ha, també, altres raons que s'afegeixen a les dificultats per conciliar les obligacions amb la possibilitat d'anar a classe, i estan relacionades amb un plantejament pedagògic poc atractiu:

Que necesitaban, sí, aprender el idioma, pero no de una manera de la que... ven aquí eee... cincuenta mujeres y siempre con el mismo nivel de curso: este año nivel A, el otro, el otro, el otro... Y la mujer te dice: «es que cada año que entro escucho las mismas palabras». Y desde ahí sí es que se arreglaron cosas a nivel del idioma... (EI12. Mediadora, àrab).

Que es percep poc útil: «Estuvo yendo a clase muchas veces dice, pero no consigue aprender nada dice, e iba a muchas clases y no había aprendido» (EI4. Usuària, àrab).

I força allunyat de la llengua que, en realitat, necessitarien parlar:

Ellos, los médicos, siempre, siempre no le gusta la que no entienden bien, eso siempre. Es muy difícil, porque ellos tienen un idioma diferente. Es español pero es diferente, de colegio. Y a nosotros los de la calle... eso, pero puedes hablar lo que quieras, pero a la que no entiendes nada es muy difícil, siempre te dirá... «mira, si no entiendes tienes que traer alguien contigo mejor», así te lo dicen (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

Finalment, els usuaris aporten una última objecció a la promoció que des de les institucions es fa de la necessitat d'aprendre la llengua, i és que alguns creuen que caldria trobar elements que permetessin encaixar l'ensenyament de la llengua amb les necessitats sentides pels mateixos usuaris magribins, a fi que l'aprenentatge no fos viscut com una imposició de la societat d'acollida, ni tampoc com un xantatge, sinó com un instrument útil per a totes dues bandes, per a la societat d'acollida i per als magribins que no saben parlar i que, mitjançant la llengua, volen sentir-se part de la societat:

¿Dónde tiene el problema de que no ha aprendido el idioma? porque ee... a lo mejor no saben dónde ir a preguntar por estas cosas, a lo mejor necesitan un apoyo en vez de darles consejos, estar encima de ellas y no sé qué... en vez de darle un consejo –que... mucha gente no, no... aceptan el consejo, pero acepta que le apoyes en lo que está...–, no que como que la estás reeducando. Mucha gente no quiere esto, lo rechaza y no vuelve, pero escúchala y pregúntala por lo que quiere ella, no en ponerla... «tú vas a estudiar, si no, no tengas ninguna ayuda aquí, o... no te vas... no te vamos a ofrecer ningún trabajo», y desde ahí salieron que muchas mujeres necesitaban, sí que... que lo pedían a gritos pero no les entendían (EI12. Mediadora, àrab).

No cal dir, pel que ja sabem del col·lectiu, que els marits d'aquestes dones –la majoria són casades– (vegeu taules 5.1.2 i 5.1.3) han de tenir un paper cabal en la decisió final d'estudiar o no la llengua. Fins ara, ha quedat clar el paper dels homes com a recurs de les dones en la iniciació a la societat d'acollida, perquè són ells qui en coneixen les institucions i qui els

n'ensenyen el funcionament. Els homes, perquè acostumen a arribar abans que les dones amb qui es relacionen, instrueixen les dones sobre el sistema de salut –«Todo mi marido, mi marido [m'explica els tràmits per anar al metge]. Todos casados aquí... Porque el hombre, aquí, antes que la mujer...» (GF1. Dones, àrabs, baix domini lingüístic)–, les acompanyen al metge i els fan de traductors –«Yo siempre con tu [mi] marido, pero ahora... se vengo sola porque más o menos se entiende» (GF6. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats)– i, fins i tot, els presenten els mediadors per tal que algú altre se'n preocupi mentre ells treballen i elles han d'anar al metge:

[...] cuando veía que están en apuros, yo me acercaba mucho a preguntarle, y... en plan así... amical –en francés se llama así, amical, no sé–, sí, amigable. Ee... y ofrecía mi ayuda: «si necesitas, si te entiendes bien con el médico, o con el profesional con el que vas a hablar...» y después él... son ellos los que ahora vienen con sus mujeres, o vienen y me dicen: «Mira... mi mujer va a venir ¿puedes por favor?... es que yo voy a trabajar, o... cógele cita que... el próximo día no vendré ¿puedo no venir e ir al trabajo?». Sí, estoy para esto, para que tú vas a trabajar. Yo entraré con tu mujer, ooo... su hijo o lo que sea (EI12. Mediadora, àrab).

De fet, alguns testimonis s'han referit explícitament a la influència del marit a l'hora de decidir, la dona, si estudiar o no la llengua. Una de les mediadores suggereix que l'excusa del marit és un argument fàcil i complaent per als autòctons, al que s'hi acudeix tot sovint per justificar que les dones no es decideixin a estudiar l'idioma: «Si no entienden el idioma no hay que ir con el hacha de que el marido no les deja estudiar. El marido... pregúntale primero sus necesidades ¿por qué viene aquí y dónde tiene las... las mancas?» (EI12. Mediadora, àrab). La mediadora dóna a entendre que a la vida de l'immigrant magribí potser hi ha altres prioritats que cal solucionar abans que l'aprenentatge de la llengua, i que si no es coneixen i no s'afronten deixen en segon terme la necessitat de formació lingüística. Amb tot, també és cert que hi ha casos puntuals en què darrere la decisió de no anar o abandonar l'aprenentatge de l'idioma hi ha un home que ho prohibeix i una dona que creu:

Algunes no els hi deixa el seu marit, vull dir que, mmm, ja m'he trobat amb dos o tres que em diuen, «és que el meu home no em deixa anar a estudiar, no em deixa sortir...». No, si he de dir la majoria o la minoria, la majoria els hi deixen, exacte, però hi ha unes quantes, no deu però cinc segur que no els hi deixen (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Darrere la prohibició del marit hi ha, evidentment, un sentiment de poder sobre l'esposa, però hi ha, també, una submissió, la del control social. No és estrany que els participants a l'estudi s'hagin referit a la percepció de sentir-se observats i jutjats en relació amb la rectitud dels seus comportaments d'acord amb unes normes acceptades per la comunitat, que, tot i ser diferents, afecten tant els homes com les dones del col·lectiu. Per l'argument del control social es justifica que els homes no demanin de ser acompanyats al metge per una dona:

En primer lloc, si no és molt, molt familiar, hi ha molta relació entre nosaltres, no m'ho demanarà directament, perquè està molt mal vist per exemple que jo acompanyi un home. Per exemple, jo, saludar homes d'aquí del poble, jo, en teoria, no els puc saludar, imagina ja només això ja és... Parlarien de mi, dirien que aquesta és una... lo que saps tu. Doncs ells mateixos ja no m'ho demanarien, és una manera de respecte i saben que el meu pare... m'entens? Està mal, està molt mal vist (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

En nom del control social, està mal vist alliberar-se de les aficcions traient-les, parlant-ne:

Es muy difícil para nosotros sacar lo que sufrimos. Es muy difícil, porque el otro a lo mejor te mira así como... «mira esta que no da las gracias a Dios porque...». A lo mejor tiene muchas cosas buenas, por una cosa que está sufriendo no tiene que revelarlo de esta manera, ¿vale? (E12. Mediadora, àrab).

L'argument del control social justifica que malgrat estar exempts els malalts de fer el ramadà, se sentin pressionats a fer-lo per por als comentaris dels altres:

Això del ramadà, ho fem, vale? Tots els practicants ho fan. Però n'hi ha casos que no ho han de fer, perquè n'hi ha una sura, un verset de l'Alcorà que diu que... dic el significat... diu que heu de fer el ramadà, tots, menys aquells que estan malalts o de viatge, i aquests tenen l'autorització de menjar, tenen la possibilitat de menjar. Però, clar, per a ells, si no ho fas està moooolt malament vist: que no sóc practicant... saps? Encara que tenen l'autorització (E19. Mediadora, àrab).

I justifica, també, la prohibició d'acudir a classes de català:

[...] Per exemple, aquesta que ha arribat de 16 o 17 anys, que és joveneta, és molt maca, vull dir el seu home no vol que la vegin els altres, entens? Ella té unes ganes, és que encara és una nena, té ganes d'estudiar, d'aprendre, perquè havia acabat d'estudiar al Marroc i venia aquí, és una nena supermona. I també aquesta dona que per exemple et dic que el nen tenia infecció, també li vaig dir que estudiés català i després la van trucar de serveis socials, la Marta i un altre educador, perquè fes català, i el seu home quan es va enterar que havia vingut a parlar amb serveis socials la va renyar un munt, m'ho va dir. Va dir que «per què havies d'anar a parlar amb ells». I ara els ha portat al Marroc, a tota la família, a la mare i als nens (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

El control social s'entén com una mena de pressió que senten homes i dones del col·lectiu, que els empeny a fer i no fer determinades coses. A les dones, les empeny a mostrar un determinat comportament, el que els homes de la família determinen que és el correcte. Als homes els obliga a vetllar perquè, efectivament, les dones de la seva família actuïn segons han establert les normes que, tàcitament, imposa la comunitat. En qualsevol cas, sembla que aquesta llosa sentida obliga a un determinat fer i, en contrapartida, dóna permís per malparlar de qui se'n desviï, la qual cosa fa que sigui encara més pesada, la llosa. S'hi refereix una de les mediadores en parlar de la confiança i la confidencialitat com a valors preuats en una societat en què, per dir-ho de manera suau, «la informació circula» (E11. Mediadora, àrab).

Així com s'ha vist que l'actitud de les dones magribines pel que fa a l'aprenentatge de la llengua i, en definitiva, la relació amb la societat d'acollida, és variada i està influïda per diversos factors, també és cert que l'actitud dels homes del col·lectiu en relació amb la formació de les dones ha estat reconeguda com un element amb poder per determinar les accions –o inaccions– de les dones del col·lectiu. En aquest darrer apartat del capítol s'ha vist que, en alguns casos, els homes del col·lectiu obstrueixen la formació lingüística de les dones magribines, en virtut de les atribucions de poder que entre uns i altres –homes i dones magribins– han acceptat, així com dels condicionants socials i econòmics pels quals tots plegats –homes i dones magribins– es veuen afectats. No obstant això, i des de la voluntat de contribuir al coneixement objectiu dels fets, també és cert que les actituds d'homes i dones en relació amb la capacitació lingüística no són unànimes i que, de fet, també s'han pogut

identificar diferents factors que actuen com a incentiu per a l'aprenentatge de la llengua. Pel poder apoderador que es reconeix a les activitats de formació i, en concret, a la capacició lingüística, els factors que estimulen la formació requereixen un tractament diferenciat pel fet que els seus efectes van més enllà del seu efecte pragmàtic, i seran tractats en un capítol a banda.

### 5.6.3. Discussió

Els resultats sobre la comunicació entre professionals i usuaris permeten concloure que les interaccions entre professionals de la salut i usuaris magribins sovint es veuen afectades per problemes de comunicació que poden ser idiomàtics, culturals o mixtes, i que afecten, fins i tot, aquelles persones que declaren un maneig idiomàtic acceptable.

La comunicació s'ha revelat com un determinant crucial de l'experiència de l'usuari magribí en relacionar-se amb els serveis de salut. Les conseqüències de no entendre's en aquest context identificades pels informants d'aquest treball són clíniques, afecten l'accés als serveis de salut, l'adequació i el perfil de la demanda, l'eficiència en la utilització dels recursos, el benestar emocional de l'usuari i la imatge que projecta, i fan témer per la seguretat de la feina; i en el balanç de la relació fan prevaldre el conflicte més que no pas l'entesa.

Més enllà del baix maneig lingüístic de l'usuari magribí, a la base del problema s'hi troba, també, el menysteniment de la importància de la comunicació en les interaccions amb l'usuari del servei de salut i una valoració massa optimista sobre les possibilitats d'una comunicació rudimentària. Aquestes valoracions s'afegeixen a un cert desconeixement entre professionals i usuaris de l'oferta i les funcions del servei de mediació, així com a certes mancances organitzatives del servei com són la falta de promoció i continuïtat, i la poca integració dels professionals mediadors als equips de salut. Tot plegat interfereix en la cerca de recursos d'ajuda a la comunicació que fan professionals i usuaris, i determina un rendiment subòptim del servei de mediació intercultural.

Davant la necessitat, però, l'usuari s'organitza i es proveeix de recursos d'ajuda alternatius als que proporcionen les institucions, es tracta dels traductors *ad hoc*, que sovintegen en els serveis de salut malgrat els errors de traducció i la manca de confidencialitat que comporten. L'aprenentatge de la llengua és una estratègia a llarg termini molt recomanable per la força empoderadora que se li reconeix, i per tant, la capacitat de superar en el seu àmbit d'acció el límit estricte de la salut. Amb tot, el col·lectiu més necessitat d'aquesta mesura –el de les dones magribines– s'ha d'encarar a problemes afegits com els dèficits de formació de base, una percepció prou generalitzada que la formació els és poc útil i el control social a què se senten sotmeses, que els imposa certes restriccions d'activitat i de relació amb l'entorn.

No es pot discutir que la comunicació entre professionals i usuaris és el primer recurs diagnòstic i terapèutic de què disposen els professionals i les institucions de salut, aplicable, a més, en qualsevol circumstància (26). La història clínica és, per descomptat, la primera



intervenció en qualsevol actuació diagnòstica. La paraula és també el mitjà pel qual es vehicularan tant els drets del pacient com les seves obligacions. La paraula permet prendre decisions autònomes i permet conèixer. La paraula –més ben dit, la comunicació– és, en definitiva, essencial perquè la trobada entre professionals i usuaris de la salut es doni amb les màximes garanties d'èxit. Prescindir-ne vindria a ser com privar l'usuari d'una TAC d'última generació o impedir-li de prendre les pròpies decisions. Prescindir-ne vindria a ser com negar el dret a saber sobre la pròpia salut o la possibilitat d'aprendre a cuidar-se. I si això és així, no s'entén que essent la comunicació un element tan bàsic en la cura de la salut s'hagi revelat amb tanta força com un problema que afecta bona part d'un col·lectiu. Proporcionar cures de salut en un llenguatge entenedor per a l'usuari és un imperatiu moral, perquè no fer-ho el posa en risc de patir desigualtat en l'atenció, la salut i el benestar (27).

Diversos treballs han identificat els efectes concrets que sobre l'usuari té el fet de no entendre's amb els professionals. Les conclusions dels treballs d'àmbit anglosaxó fan referència a afectacions en l'accés i l'ús dels serveis sanitaris, la qualitat de l'atenció, l'adherència al tractament i la satisfacció (1-3), efectes que, d'altra banda, també han estat identificats pels nostres informants i explicats per ells mateixos com a resultat de les dificultats per expressar-se i entendre's amb els professionals de la salut a causa de parlar llengües discordants. Com sigui que els treballs revisats s'emmarquen en un sistema sanitari ben diferent al català –el nord-americà– convé prendre en consideració la possible repercussió d'aquest fet en els resultats obtinguts. No obstant això, sembla que l'accés universal del nostre sistema no evita problemes posteriors relacionats amb l'adequació de la demanda, la qualitat de l'atenció i la satisfacció. Les metodologies dels estudis revisats també són diferents del nostre (dos són estudis de revisió (2, 3) i l'altre és un estudi de casos-control (1). Som conscients que els resultats obtinguts a partir de la metodologia utilitzada no ens permeten establir el grau de responsabilitat que el baix domini lingüístic de l'usuari magribí dels serveis de salut té en els aspectes esmentats anteriorment, com potser proclamen els estudis revisats. Només pretenem constatar la significació que per a l'usuari magribí té el fet de no poder-se expressar prou bé en català o castellà quan es relaciona amb els serveis sanitaris, i aclarir com afecta aquest fet l'experiència de la salut i de tenir-ne cura. Amb tot i malgrat les diferències de context i metodològiques, no es pot restar valor a les coincidències entre els estudis revisats i el nostre, i convé pensar-hi.

Un dels estudis revisats (4), també de metodologia quantitativa, ha estudiat els efectes del baix domini lingüístic des d'una perspectiva diferent, ja que s'ha interessat per veure com la llengua discordant entre professional i usuari afecta la relació terapèutica que mantenen. Els resultats indiquen que la discordança lingüística afecta la confiança entre ells i contribueix a la percepció de discriminació de l'usuari. És curiós que entre la literatura revisada no hi hagi més estudis d'aquesta mena, perquè els efectes sobre el benestar emocional comporten un sofriment al capdavant, i tal com nosaltres entenem la salut, és clar que l'afecten. En aquest treball, els sentiments negatius associats al fet de no parlar la llengua dels professionals han estat la por,

la vergonya o el sentiment d'humiliació, encara que, tot s'ha de dir, l'actitud dels professionals hi ha tingut molt a veure. En contrapartida, l'esforç que els professionals han fet per entendre's amb els usuaris magribins que no parlen prou bé el castellà o el català podria considerar-se – amb independència del resultat– font de benestar i seguretat, tal com l'entenen Anderson *et al.* (28), perquè transmet el missatge que l'interlocutor és important en tant que persona, tant se val si no és nascut a Catalunya o si en parla o no prou bé la llengua. De fet, les autores, en la seva reflexió sobre el concepte de Seguretat Cultural (28) sostenen que, davant de la impossibilitat del sistema de donar atenció lingüística a tota hora i en qualsevol circumstància, les habilitats clíniques del professional –incloses les comunicatives i de relació, és clar– tenen molt a fer en l'alleujament de l'angoixa dels pacients que no es poden expressar en la mateixa llengua que els professionals que els cuiden.

En el nostre medi hem localitzat dos treballs que, per bé que no dedicats en exclusiva als problemes de comunicació entre professionals i usuaris immigrants dels serveis de salut, en fan esment. Goldberg (29) situa els efectes de no entendre's a un nivell afectiu i cultural. Afectiu perquè davant del professional se senten poc importants o, fins i tot, ridiculitzats. Cultural pel que fa a la manera de comunicar el símptoma, a la consideració de què cal i què no cal explicar i a les maneres de fer en relació amb la salut apreses prèviament. No obstant això, també localitza una dificultat més pragmàtica, relacionada amb el maneig idiomàtic, que es deixa veure en forma de dificultats diagnòstiques i de tractament. Burón (30), en el seu treball sobre barreres d'accés a la salut entre la població immigrant, reconeix l'existència de conseqüències clíniques associades al baix domini lingüístic, així com d'afectives, pel maltractament que, de vegades, ha de suportar l'immigrant que no parla prou bé.

L'afectació emocional de què es parla no és un tema menor. Tal com ha estat exposat en capítols anteriors, la percepció de les persones de trobar-se en un món que els és hostil, actua com un estressor amb poder reconegut de malmetre la salut (31). És més, segons el que s'ha donat a entendre per salut en aquest treball<sup>1</sup> aquesta afectació, en tant que afectació del benestar, constitueix, per ella mateixa, afectació de la salut.

D'altra banda, els resultats dels treballs de Goldberg i Burón, juntament amb els nostres, obliguen –altre cop<sup>2</sup>– a preguntar-se per la (des)connexió moral que alguns professionals exhibeixen en el seu tracte amb els usuaris i de quina manera hi influeix el fet de ser immigrant econòmic, en primer lloc, magribí després, i, tal vegada, dona. En justícia, però, convé fer notar que aquestes experiències no són unànimes i que la dificultat lingüística també ha estat una bona excusa perquè el professional demostrés, amb l'esforç esmerçat per comunicar-se amb algú que no sap parlar la seva llengua, el compromís –si mes no professional– amb l'usuari del servei, sense importar-li'n quin és l'origen ni la condició social. Aquesta apreciació enllaça amb la consideració d'alguns dels entrevistats que, en última instància, i malgrat les dificultats afegides que representa atendre en un temps limitat algú amb qui costa d'entendre-s'hi,

<sup>1</sup> Vegeu el capítol 2.

<sup>2</sup> Vegeu què se n'ha dit a la discussió del capítol de resultats 5.5.

atribueixen a raons personals –que no pas institucionals– el tracte dispensat a l'usuari magribí que no parla català ni castellà, l'esforç per entendre'l i fer-se entendre, el rigor per constatar que la comunicació mantinguda ha estat satisfactòria, i la cerca de recursos de suport a la comunicació quan és necessari.

Un dels recursos que l'administració sanitària posa a disposició de professionals i usuaris per tal de facilitar-los la comunicació són els anomenats *Mediadors interculturals en salut*. Malgrat que l'objectiu d'aquest treball no es preguntava per l'essència de la mediació intercultural aplicada a la salut, la participació dels mediadors interculturals en salut per al col·lectiu de magribins ha permès descobrir quin n'és el perfil professional i quina és la seva feina. El perfil del mediador intercultural en l'àmbit de la salut per a la comunitat de magribins és el d'una persona d'origen magribí, amb coneixements sobre les societats i les cultures catalana i magribina, amb molt bon coneixement de català o castellà, d'una banda, i de l'àrab o el berber de l'altra, i amb una certa, però diversa, formació en salut i sistema sanitari, antropologia cultural i mediació de conflictes. Malgrat la denominació que reben, es pot dir que la seva tasca és variada i que integra funcions de traductor - intèrpret –també amb interpretació de codis culturals, és clar–, agent d'acollida, agent de salut, mediació intercultural –entesa com la promoció del coneixement mutu entre persones de cultures diverses– i mediació en conflictes de causa intercultural, tot i que aquesta molt ocasionalment.

L'informe de Linguamón (19) sobre els serveis de traducció, interpretació i mediació reconeix diversitat de denominacions –mediadors interculturals, traductors o comunicadors interculturals– per a feines amb una funció central compartida, «la d'intèrpret o persona que fa d'intermediari entre altres que parlen llengües diferents que ignoren mútuament». Amb tot, l'informe no renuncia a la càrrega cultural de la mediació intercultural, perquè li reconeix com a funció específica la interpretació de codis culturals. Si es revisen altres publicacions del nostre medi que en parlen, la mediació intercultural en salut es presenta com una figura confusa (19, 32) i, de vegades, controvertida (33), que sovint es defineix des de la indefinició del «recurs pont que afavoreix la comunicació» (16) perquè té el coneixement «d'un o més grups culturals» (18). La mediació intercultural en salut s'entén, llavors, com la «metodologia alternativa per gestionar positivament conflictes originats per les diferències culturals en les organitzacions prestadores de serveis sanitaris on el mediador facilita, des de la imparcialitat, la creació d'un espai de diàleg perquè les parts en conflicte puguin arribar a l'entesa» (34). Segons això, la diferència cultural és, per defecte, motiu de discòrdia o conflicte sobre el que cal actuar, i la comunicació entre cultures un afer espinós i imprecís.

En canvi, les dificultats per comunicar-se els usuaris magribins amb els professionals de la salut s'han demostrat ben concretes i molt centrades en el nivell educatiu i el domini de l'idioma que, certament, també té la possibilitat de crear un conflicte –cultural o no– per la incomprensió que genera entre els interlocutors. En aquest sentit altres treballs reconeixen la importància del factor lingüístic en la generació de dificultats de relació i problemes de salut. L'estudi de M.

Canet (35), realitzat a Ciutat Vella, mostra que en el 60,% de les consultes hi ha una dificultat lingüística objectiva per discordança idiomàtica entre professionals i usuaris, l'informe sobre les desigualtats en salut a Catalunya de Borrell i Benach esmenta les diferències culturals, sociolaborals, legislatives, socioeconòmiques i idiomàtiques com a aspectes potencialment generadors de desigualtat en les persones immigrades (36), i el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut (16) reconeix les dificultats idiomàtiques com a generadores de barreres que dificulten l'accés a la salut. No obstant això, creiem que culturitza en excés l'origen de les desigualtats socials i insisteix a plantejar la diferència cultural com un problema. Vegeu què en diu:

Encara que els problemes de salut de les persones immigrades són essencialment equiparables als de la població no immigrada, cal considerar alguns aspectes generadors de desigualtats que determinen una especificitat en la seva atenció. Les característiques diferencials de la població que arriba, la seva cultura, la tradició, la seva religió, la seva manera d'interpretar la salut i la malaltia, les dificultats idiomàtiques, les diferències en estils de vida, etc. poden generar una sèrie de factors interns i externs que actuen com a barreres i dificulten l'accés als serveis de salut. Això incideix desfavorablement en la salut, en la qualitat de l'assistència i en la utilització dels recursos sanitaris i, per tant, requereix una adaptació del sistema per afrontar la situació de la forma més adient possible.

En aquest sentit, les aportacions de Mota (37) ajuden a ponderar el valor de cada cosa i deslliuren la diferència cultural de tanta responsabilitat com, potser, se li ha donat fins ara. Mota evidencia que poblacions diverses culturalment i ètnica comparteixen comportaments i desigualtats de salut, de la qual cosa es dedueix que no és la cultura el principal determinant de la desigualtat i dels comportaments de salut, sinó que n'hi poden haver d'altres com ara les desigualtats socials, econòmiques i legals que, ara sí, «són comunes en diversos immigrants estrangers, més enllà de la cultura o el model de salut que puguin tenir» (37). Així les coses, Mota proposa de fer un diagnòstic més acurat de les situacions que es troben en la base de la desigualtat i que, en funció d'això, es proveeixin en justa mesura les solucions adequades. En concret proposa potenciar les figures de l'assistent social i el traductor per sobre del mediador cultural.

Els perills de l'excessiva culturització de les necessitats de salut dels immigrants són obvis. En primer lloc, equivoca el diagnòstic i, per tant, la solució. En segon, magnifica la diferència cultural. I finalment, demanant com demana polítiques específicament dirigides, es corre el risc –tal com assenyalen Mota i Zapata-Barrero– de provocar l'efecte contrari al buscat, això és, la segregació i el racisme (37, 38).

Pel que han explicat tant usuaris com mediadors, sembla que el principal gruix de problemes de comunicació és de caire idiomàtic. És a dir, ve del fet que professionals i usuaris parlen llengües diferents. Amb tot, ja s'ha vist que els problemes de comunicació entre uns i altres també poden ser de caire cultural, tot i que, segons el testimoni dels participants a l'estudi, no es donin tan freqüentment com els altres, ni tampoc semblin ser tan imperiosos. D'altra banda, convé tenir present que els eixos de definició culturals són múltiples (39) i que es tendeix a

etnitzar en excés la cultura (40-42), tot oblidant que un sistema sanitari és també cultura, que la manera com parlen els professionals és també cultura, i que l'organització del treball també ho és; com ho són moltes altres coses amb poc o res a veure amb la pertinença ètnica. És per això que els problemes culturals –quan n'hi ha hagut– s'han donat en tots dos sentits, generats per la diferència cultural que aporta l'immigrant magribí, com també per la que prové de la cultura mèdica i de les institucions de salut. L'exemple més clar d'això l'ha aportat una de les informants en fer notar les dificultats de comprensió que ocasiona una determinada actitud comunicativa dels professionals, aquella que sembla voler trair el propòsit genuí de la comunicació, i amaga més que no pas mostra.

La cultura mèdica, per poc etnitzada, tendeix a no ser vista com a cultura, malgrat comportar-se sovint amb patrons comuns que s'han après per tal d'assegurar-s'hi la pertinença. Per bé que el problema de l'estil comunicatiu de la cultura mèdica no és aplicable en exclusiva a les relacions dels professionals i les institucions de salut amb els immigrants –ans al contrari, es pot estendre a tots els usuaris de la sanitat–, sí que il·lustra sobre la necessitat d'aturar-se i pensar en el significat i els efectes de maneres de fer que, de tan plàcidament instal·lades a dins nostre, van fent de les seves sense aixecar sospites. En definitiva, es tracta que, en presència de la diferència, fem l'esforç conscient de mantenir a ratlla l'etnocentrisme.

Alguns models d'acomodació entre immigrants i la societat receptora proclamen la necessitat de concebre l'acomodació com una qüestió bilateral (38, 43, 44). Pel que fa a la sanitat, això implica demanar canvis a totes les parts en interacció, als usuaris immigrants, d'una banda, i als professionals i la institució, de l'altra, de manera que a uns els capaciti per reconciliar i afrontar noves formes de vida, i als altres els ajudi a adaptar-se a la nova realitat generada per la presència d'immigrants (43, 45). En virtut d'aquesta bidireccionalitat, l'immigrant usuari dels serveis de salut aprèn a conciliar els sabers de salut de què és portador amb les normes de funcionament del nou espai en què s'estableix i, encara més, esdevé híbrid –o potser ja ho era, perquè segons Mota (37), el domini del model biomèdic és global– i és capaç de deixar-se tractar l'epilèpsia per un curandero al mateix temps que demana una TAC perquè li estudiïn els mals de cap. A l'altra banda, les institucions engeguen canvis de funcionament i estructura, i els professionals de la salut segueixen amb interès el relat de la possessió d'un jove magribí per tal d'aproximar-se al seu sofriment, entendre'l i donar-hi remei.

La necessitat de crear cultura de recepció entre els professionals queda recollida al Pla Director de la Immigració en l'Àmbit de la Salut (PDI). De manera implícita des del mateix moment que es crea, perquè es planteja d'adaptar-se institucionalment a una nova situació, i explícitament, en un dels eixos d'intervenció de l'esmentat pla, el que es proposa millorar la competència cultural dels professionals (16). La intenció del PDI és molt lloable, ni que només sigui pel fet que es planteja la integració dels immigrants més enllà de l'assimilació. Ara bé, i sense tenir en compte que el diagnòstic de la situació i les intervencions proposades al PDI es podrien considerar en excés culturalistes, el plantejament que es fa sobre «l'adequació, quantitativa i

qualitativa, dels recursos humans al fenomen de la immigració» (16) no s'ha arribat a assolir. La valoració que tant mediadors com usuaris fan de la disponibilitat de recursos de mediació intercultural<sup>1</sup> –de traducció i interpretació, sobretot–, en relació amb l'adequació de l'oferta de mediació intercultural, és de ser clarament deficitària. Els professionals entrevistats troben que l'oferta de mediadors interculturals en salut no pot arribar a cobrir les necessitats reals del servei. A més, detecten mancances a nivell organitzatiu centrades en la definició de funcions del mediador, la consolidació de l'oferta, la promoció del servei entre professionals i usuaris, la integració del mediador a l'equip de salut, l'organització de l'agenda, i la disposició de mediadors en tots els moments de l'acte sanitari –des de la comunitat i la porta dels centres fins a tornar a casa després de l'alta– i per a tots els professionals implicats en la provisió de serveis de salut, siguin o no professionals sanitaris. Per la seva banda, el relat de les necessitats i dificultats que en relació amb la comunicació suporten els usuaris i el recurs habitual a traductors *ad hoc* permeten de deduir mancances molt similars a les detectades pels mediadors entrevistats.

En relació amb la dotació de l'oferta de mediació i el seu rendiment, ens trobem amb la paradoxa que la poca promoció del servei genera poca demanda i les deficiències d'organització de l'agenda permeten espais de temps entre la jornada que no es cobreixen amb intervencions. Tot plegat podria portar a creure que el servei s'ajusta a les necessitats reals i provocar l'efecte pervers que un servei infradotat en recursos no es redimensioni perquè, aparentment, tot fa pensar que la dotació és suficient.

Més enllà de la dotació de recursos específics que ajudin a comunicar-se, una bona manera de demostrar el compromís de les institucions per afrontar el repte de l'equitat en salut per als immigrants seria assegurar que les interaccions entre professionals i usuaris es donessin en les condicions òptimes. Una de les limitacions que han estat mencionades en aquest sentit és la manca de temps de què disposen els professionals per atendre algú amb problemes per comunicar-se. Una altra limitació, deduïda a partir de les dificultats per conciliar les obligacions laborals amb l'assistència als serveis de salut –ja sigui per acompanyar algú, ja sigui perquè ho requereix un mateix–, és la restricció horària del servei de salut, amb una oferta estàndard i potser poc ajustada a la disponibilitat de l'usuari que treballa, que es veu atrapat en la disjuntiva d'anar a treballar o anar metge, més encara si es percep discriminat o en una situació laboral precària (46, 47). Una consideració realista del temps requerit per donar atenció a les persones amb qui és difícil entendre-s'hi, la previsió d'un temps de consulta suficient per afrontar la trobada clínica en aquestes condicions i l'adopció d'horaris que interfereixin mínimament amb les obligacions laborals dels pacients o els intèrprets més propers són mesures que

---

<sup>1</sup> Parlem d'oferta de mediació intercultural perquè així se'n diu en l'àmbit dels serveis de salut, però s'ha d'entendre que, en aquest cas, quan ens referim tant a l'oferta com a la demanda de mediació intercultural, ens estem referint a tot l'espectre de funcions reals per a les quals són requerits els mediadors, i no pas al concepte «químicament pur» de mediació intercultural en salut.

contribuirien a contrarestar els entrebancs detectats i que ja han estat proposades en altres estudis del nostre medi (15, 33).

Alguns estudis han constatat que la utilització d'interprets professionals en situacions de discordança lingüística –també cultural– té efectes beneficiosos sobre l'accés i el perfil d'ús de les poblacions afectades, sobre la qualitat i la satisfacció així com sobre les desigualtats en salut (3, 5-10, 48). D'altres han associat la persistència de barreres de llenguatge a un consum excessiu de recursos (2, 49). Els mediadors interculturals en salut han aportat proves que permeten afirmar que la seva intervenció ajuda l'usuari magribí a accedir als serveis de salut, contribueix a què en faci un ús adequat, millora la satisfacció i la qualitat de l'atenció rebuda, i contribueix a fer sostenible el sistema sanitari. Sembla, doncs, que posar remei a les barreres lingüístiques en la utilització dels serveis de salut té efectes positius i, a la llarga, podria ser rendible. Convé, però, preguntar-se quina és la manera més eficient de fer-ho. Flores (7), en el seu treball de revisió sobre la provisió de recursos de traducció a usuaris dels serveis de salut amb problemes idiomàtics, conclou que l'interpret professional és la millor opció per minimitzar els errors de traducció i obtenir els millors resultats de salut possibles. Altres treballs també arriben a la mateixa conclusió. Gray (50) planteja que la continuïtat i la confiança que proporciona l'interpret professional són crucials per a la relació terapèutica en atenció primària, i Hornberger (23) conclou que la utilització d'interprets avesats a fer aquesta feina proporciona una qualitat de comunicació pacient - professional notablement superior que l'opció d'interprets *ad hoc*. Malgrat l'avantatge demostrat, però, la provisió d'interprets professionals comporta una inversió que, en temps de crisi –econòmica i potser de valors– s'ha de justificar.

L'estudi de Jacobs (51) de l'any 2004 demostra que oferir un servei d'interpretació en l'àmbit de la salut per a persones amb baix nivell d'anglès és una intervenció cost-benefici rendible. Com sigui que hi ha pocs treballs que s'hagin preocupat d'estudiar els costos sanitaris de les barreres idiomàtiques, i els costos d'assegurar l'accés lingüístic d'aquells que el tenen compromès, calen estudis que avaluin el cost-benefici de proveir suficientment de recursos d'ajuda a la traducció en context sanitari (2), encara més quan els pocs que hi ha s'han dut a terme en països amb sistemes sanitaris molt diferents al nostre.

El principal recurs formal de traducció sanitària que utilitzen les persones entrevistades per a aquest treball és el servei de mediació intercultural, tot i que n'hi ha d'altres, com ara la traducció telefònica i el programari específic per a traducció sanitària. La traducció telefònica no ha estat mencionada per cap dels usuaris i, que se sàpiga, només un dels usuaris magribins s'ha trobat que a la consulta s'han ajudat de programari de traducció. Crida l'atenció que, malgrat la dificultat idiomàtica que persisteix en bona part dels entrevistats, pràcticament les úniques ajudes a la traducció utilitzades siguin els traductors *ad hoc* –amb problemes específics que ja han estat abordats– i els mediadors interculturals en salut. Atès que, segons el judici dels mediadors, l'oferta de servei no en pot cobrir les necessitats reals i que els usuaris sovint es veuen obligats a recórrer a traductors *ad hoc*, que no poden garantir ni una traducció

de qualitat ni el compromís ètic que garanteix un servei professional, caldria pensar en augmentar la disponibilitat de recursos d'ajuda a la traducció i la comunicació, i fer-ho, és clar, amb una despesa raonable que, amb els resultats obtinguts, aconselli la inversió.

En primer lloc, i tenint en compte la necessitat de gestionar els recursos públics amb criteris d'eficiència, caldria pensar en intervencions que sense augmentar la despesa millorin la rendibilitat dels recursos disponibles. A partir dels suggeriments que han fet els participants en aquest treball i pel que fa als mediadors interculturals en salut, caldria definir-ne el perfil professional segons les necessitats reals i sense apriorismes culturalistes, consolidar-ne la presència a la comunitat i les institucions de salut, integrar-los en l'equip de professionals sanitaris i fer promoció del servei, tant entre els usuaris com entre els professionals. Pel que fa als altres recursos disponibles que, pel que sembla, s'utilitzen poc, com ara els serveis de traducció telefònica i el material de consulta en diferents suports, és necessari valorar objectivament el grau d'utilització d'aquest recurs, esbrinar-ne les raons i, si estigués indicat i fos possible, incidir-hi un cop es disposi d'una avaluació i un diagnòstic de la situació ben fonamentats. El que se'n sap fins ara és ben poca cosa. A partir dels estudis realitzats en el nostre medi, es pot dir que el 7,6 % de les 3.108.806 consultes al telèfon de Sanitat Respon fetes l'any 2010 es van dedicar a procediments administratius i serveis de traducció (52) – sense que d'aquí se'n pugui extreure cap conclusió sobre l'acceptació dels serveis de traducció telefònica en l'àmbit de la salut–; que el servei de traducció telefònica està pensat com un servei que complementa la interpretació presencial, tant pel que fa als temes com als espais i temps de disponibilitat d'un i altre servei (19); i que, en general, ni el servei de traducció telefònica ni cap de les eines d'ajuda a la traducció disponibles en diferents suports es consideren comparables a la intervenció d'un tercer a l'hora de resoldre casos d'incomunicació efectiva (13).

Per altra banda, i cas que persisteixi el desajustament entre l'oferta de recursos d'ajuda a la comunicació un cop optimitzat el rendiment dels recursos disponibles, convé saber que en altres indrets s'estan desenvolupant iniciatives que es proposen millorar la comunicació entre professionals i usuaris de llengües discordants amb noves intervencions que, a llarg termini, podrien ser rendibles si es tenen en compte el cost de tenir professionals sanitaris bilingües actuant com a traductors *ad hoc*, els errors mèdics ocasionats per una traducció inadequada i, en definitiva, el cost de les desigualtats en salut que comporta la barrera idiomàtica d'accés a la salut (26, 27). En concret, Jacobs *et al.* (27) estan estudiant els costos de formar una xarxa d'interprets per fer traducció telefònica i per videoconferència en una xarxa d'hospitals públics de Califòrnia, i Ngo-Metzger *et al.* (26) es plantegen la rendibilitat sanitària d'intervencions *low-tech* com ara qüestionaris de recollida d'informació sobre qualitat de vida o simptomatologia de salut entre pacients abans de la consulta, o bé la distribució de materials d'educació sanitària, tots traduïts a la llengua de l'usuari o amb dissenys adaptats a situacions de baixa alfabetització.



Pel que fa a la utilització de recursos informals de traducció, el traductor *ad hoc* sembla un recurs força utilitzat entre els usuaris entrevistats amb dependència idiomàtica. Entre les raons que indueixen l'usuari a utilitzar-los hi ha el baix nivell de domini lingüístic, el desconeixement de la disponibilitat de recursos d'ajuda a la traducció i, potser, a jutjar pel que en diuen els traductors, el desajustament entre l'oferta de mediadors interculturals en salut i les necessitats reals del servei. Malgrat que bona part de la bibliografia consultada considera que la traducció amb un intèrpret professional és millor que la que fa l'*ad hoc* (7, 23, 50), també hi ha qui recomana reconsiderar l'opció de l'intèrpret informal –sempre que es tracti d'un familiar–, perquè considera que l'opció del familiar és una opció de confiança, d'agenda fàcilment adaptable i que decanta el poder de la relació cap al pacient (53). En favor de les argumentacions d'aquest estudi es pot dir que efectivament hi ha familiars molt propers, com ara el cònjuge, que són utilitzats de manera natural per molts dels usuaris entrevistats sense que aquests hagin referit tenir-hi problemes de confiança. Ara bé, sí que s'han referit, en aquests casos, problemes de domini lingüístic amb dificultats per transmetre tota la informació que el pacient necessitaria comunicar. Per altra banda, la utilització d'un familiar proper, fins i tot si es tracta del cònjuge, no garanteix sempre la confiança mútua i ben bé podria ser que no s'assegurés del tot la confidencialitat de l'acte.

Com a estratègies d'ajuda a la comunicació a llarg termini sorgeixen l'alfabetització –quan calgui– i l'ensenyament de la llengua, sempre que se'n detecti un maneig insuficient. Les bondats de mesures com aquestes es presumeixen amb efectes beneficiosos en el maneig de la salut i les qüestions que se'n deriven, però també sistèmics perquè el coneixement de l'idioma és una via d'inclusió (44, 54) i perquè els assoliments personals milloren l'autoestima (55, 56), que, al seu torn, està molt relacionada amb la salut psicosocial de l'immigrant (56), l'exercici dels drets que li són reconeguts (57) i el pronòstic i desenllaç de l'experiència migratòria<sup>1</sup>.

Els resultats d'aquest treball permeten identificar diferents entrebancs a l'alfabetització i la capacitació per al maneig de l'idioma de les persones que més ho necessiten. En primer lloc, el baix nivell d'instrucció de base que complica enormement la tasca d'aprendre; el baix nivell d'intercanvi social –sobretot entre les dones– que disminueix la consciència de necessitat i l'oportunitat d'aprendre; les dificultats al·legades per compatibilitzar la dedicació a la família amb l'estudi; un plantejament pedagògic que es jutja poc atractiu i la percepció de control social que, quan es dona, restringeix molt l'activitat pública de les dones.

Així les coses, s'imposa un canvi d'orientació de les activitats de formació dirigides al col·lectiu de magribins que permeti superar les dificultats identificades. En primer lloc, les activitats s'haurien d'ajustar als diferents nivells d'instrucció de base i als perfils de disponibilitat horària i espacial dels beneficiaris de l'acció, sense oblidar-se de la importància de treballar continguts significatius per als usuaris i usuàries de la formació. Seguidament, i per tal de donar sentit als

---

<sup>1</sup> Vegeu capítol de resultats 5.3.

ensenyaments i fer-los més atractius, seria una bona cosa abandonar l'aula com a espai prioritari d'aprenentatge i sortir al carrer. Aquest canvi d'escenari –l'aula pel carrer– hauria d'incloure l'acompanyament en l'aprenentatge del maneig de situacions quotidianes i l'intercanvi d'experiències entre immigrants i autòctons. Una orientació com aquesta propiciaria la posada en pràctica de coneixements apresos a classe, l'assolament dels aprenentatges, la capacitació pràctica per a gestions concretes, l'accés segur als coneixements del sistema de salut –entre d'altres– i el contacte amb la societat d'acollida. Fora ingenu pensar que una pràctica d'aquesta mena seria fàcil de dur a terme. En primer lloc caldria superar la inèrcia d'alguns usuaris a no moure's del cercle reduït però segur de l'entorn immediat, la por a desafiar les restriccions de moviments que imposa el control social i, finalment, caldria vèncer la resistència dels autòctons a conèixer l'usuari magribí, qui sap si a canviar-ne la idea que ja en tenen feta. En aquest sentit, estaria bé que aquestes iniciatives comptessin amb la complicitat i la participació d'institucions significatives tant per al col·lectiu de magribins com per a la societat d'acollida.

Per altra banda, el fet de situar-nos en una societat bilingüe, agreuja més el problema de la formació lingüística perquè planteja el dilema de quina de les dues llengües escollir per formar-se, cas que es decideixi fer-ho, és clar, que aquest és el primer escull. Per bé que a Catalunya es pot viure en qualsevol de les dues llengües que s'hi parlen, i qui ho vulgui pot aprendre tant el castellà com el català –perquè hi ha oferta per a totes dues–, l'administració només ofereix cursos en català. Els cursos d'aprenentatge de llengua castellana, però, els ofereixen altres institucions més lligades al voluntariat i organitzacions d'ajuda als immigrants. Sigui com sigui, alguns participants en aquest treball perceben que hi ha més oferta d'aprenentatge en català que no pas en castellà, i ho veuen com una dificultat afegida perquè exigeix el mateix esforç i els capacita en una llengua amb un volum de parlants molt inferior al castellà i, per tant, força menys útil, des del seu punt de vista. Per altra banda, tot i no ser una posició generalitzada, hi ha qui ha identificat el català com a llengua d'integració, que gaudeix d'un plus d'acceptació a la societat d'acollida perquè la decisió d'aprendre i parlar català en una societat bilingüe amb una llengua pròpia –el català– sovint és interpretada per la societat d'acollida com un compromís de la persona amb el passat i el futur d'una nació. Parlar català és una oportunitat de demostrar la voluntat de ser i viure en aquest país, no com un estrany sinó com un de casa i, pel que sembla, aquesta voluntat és molt ben rebuda.

Una de les raons per les quals es justifica que algunes dones abandonin l'estudi de la llengua o, de fet, decideixin no estudiar-la és la prohibició explícita dels homes de la seva família, especialment els marits. És obvi que el control social és cosa de dos. Això vol dir que perquè es doni no n'hi ha prou amb un entorn que l'exerceixi, cal també que l'objecte del control n'interioritzi les normes i, és clar, les accepti (58). Què ho fa, doncs, que alguns homes dictin imposicions tan poc raonables, i que algunes dones les acceptin sense qüestionar-les? Tot plegat per seguir alimentant la imatge esbiaixada de la dona musulmana que, per descomptat, cau en el terreny fèrtil de l'etnocentrisme i l'hostilitat cap als musulmans en general i cap als

marroquins en particular (59). Perquè... convé tenir present com la creació i el manteniment d'un imaginari sobre l'*altre* serveix als *nobles* interessos de la civilització del que és considerat inferior, fins a dominar-lo, si cal, que l'objectiu ben bé s'ho val (60).

Per entendre la constricció que suporten les dones que admeten el poder que els homes de la seva família exerceixen sobre elles cal desplaçar-se al país d'origen i retrocedir fins a les condicions prèvies a l'empresa migratòria. Segons Pérez Beltrán (61), des de finals del segle passat les societats del Magrib estan canviant i això es deixa veure en els models de família, les relacions de gènere i els estatus públic i privat de la vida de les dones; noves circumstàncies, aquestes, que estan propiciant l'apoderament de les dones a tots els àmbits de la societat. No obstant això, aquests canvis, ni es donen a tot arreu ni ho fan sempre amb la mateixa força i, de fet, la diferència més gran pel que fa al rol de les dones es dona a l'eix rural urbà, i és a la ciutat on està canviant més l'organització familiar i, per derivació, l'estatus de la dona i les estructures patriarcales (58, 61). En canvi, a l'entorn rural l'estructura familiar està encallada en un model patriarcal, patrilineal i agnàtic, caracteritzat, entre d'altres, per l'autoritat inqüestionable del cap de família, la submissió de les dones i els joves, i un sentit de l'honor fortament arrelat en relació amb el comportament de les dones, que acaba derivant en un estricte control de les seves vides i els seus actes (61, 62).

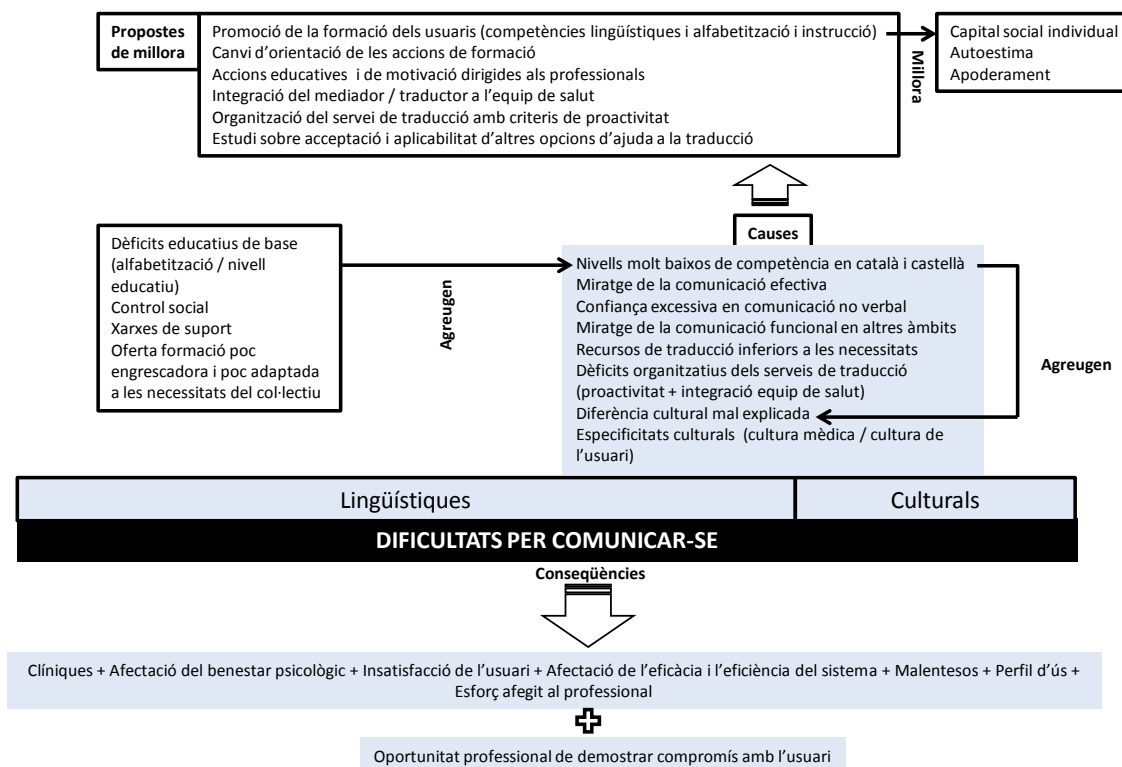
Per altra banda, també es reconeix el paper cabdal de l'educació en la configuració i el canvi de les maneres de fer d'homes i dones a les societats del Magrib (58, 61).

La vida a les societats més tradicionals, on encara no ha arribat el canvi, és una vida segregada per sexes. Alcalde *et al.* (58), en el seu treball sobre les dones marroquines a Catalunya, fan una anàlisi de la societat de partida de les dones marroquines que vénen a Catalunya. Segons això, els espais de relació i oci estan segregats per sexe. Com també ho està l'ocupació dels espais públic i privat, i el repartiment del treball, que reserva per a les dones l'espai domèstic, on vetlla pel benestar del marit i té cura dels fills. Als homes, en canvi, se'ls dona la responsabilitat de mantenir la família i, per tant, de treballar fora de casa. L'espai públic és dominat pels homes i la dona hi accedeix només en la situació excepcional que l'home, tot sol, no se'n surti de mantenir la família. En aquestes condicions, l'espai laboral reservat a les dones és el de l'economia informal, amb sous molt baixos i sense gairebé prestacions socials (58, 62, 63). Per altra banda, hi ha la consideració que aquesta entrada de la dona al món laboral representa l'abandonament de les responsabilitats que li pertoquen com a dona i com a mare, i la transgressió dels bons costums que li correspon de preservar (58). Alcalde *et al.* (58) afirmen sense pal·liatius que el lloc de la dona en aquestes societats està definit en funció de la seva vinculació amb un home.

En arribar, les coses no milloren gaire. Un cop aquí, ens trobem amb dos perfils de gènere que han de conviure. L'un i l'altre són perfils ambigus i en transició. No obstant això, i a grans trets, s'assumeix que la dona catalana juga el paper de dona moderna i la magribina representa el rol

de dona tradicional. Un i altre rols s'assimilen a valoracions diferents. Mentre que el model autòcton s'imposa com a millor, el model tradicional és considerat com a inferior o endarrerit (58). Així les coses, en sotmetre les dones a la mateixa subordinació i precarització que als llocs d'origen (58, 64), es genera la paradoxa d'exigir-los l'assumpció d'un rol i un discurs emancipador que mai no arribaran a assolir, perquè les condicions de vida d'aquí, igual que les que tenien abans de deixar el seu país, mai no els permetran de tenir prou força per trencar el model (58). I és que el perfil migratori de l'agrupament familiar –majoritari entre les dones magribines que vénen a Catalunya– reproduceix els models d'origen i, altre cop, circumscriu les dones a l'àmbit domèstic, tot limitant-ne les relacions amb l'entorn, a part de deixar-les en situació de dependència jurídica respecte de l'agrupador (58, 64-66). De fet, Alcalde *et al.* (58) conclouen que la reproducció de les formes de vida marroquina a la societat receptora està associada, en el cas de les dones, a la dependència d'un home. I aquest fet determinarà en gran mesura la situació legal i laboral de les dones immigrades. Així les coses, no costa d'entendre que algunes dones reconeixin l'autoritat masculina sense qüestionar-la i n'acceptin les imposicions, perquè d'això depèn la vida i el seu món, tal com han après a entendre'ls. No obstant això i per fer honor a la veritat, tal com afirma Moualhi (62), s'ha de reconèixer en el fet migratori de les dones magribines un acte d'afirmació personal; i en el recolzament que reben en origen, un índex de canvi social. Si som capaços de reconèixer l'autonomia i la iniciativa d'aquestes dones, s'entén que, en relacionar-nos-hi, cal fer-ho sense paternalismes, amb voluntat d'escoltar i recolzar-ne les aspiracions i demandes des d'una posició d'igualtat, sense prejudicis ni restriccions al voltant de quin ha de ser el seu paper a la societat (44, 62, 63). Això, és clar, si volem ser coherents amb les demandes que fem i amb les virtuts que proclamem sobre nosaltres mateixos.

### 5.6.4. Figura: Sobre els problemes de no entendre's



### 5.6.5. Bibliografia

- (1) Cohen AL. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics* 2005;116(3):575-579.
- (2) Jacobs E, Chen AH, Karliner LS, Agger-Gupta N, Mutha S. The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q* 2006;84(1):111-133.
- (3) Timmins CL. The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice. *J Midwifery Womens Health* 2002 Mar-Apr;47(2):80-96.
- (4) Schenker Y, Karter AJ, Schillinger D, Warton EM, Adler NE, Moffet HH, et al. The impact of limited English proficiency and physician language concordance on reports of clinical interactions among patients with diabetes: The DISTANCE study. *Patient Educ Couns* 2010 11;81(2):222-228.
- (5) Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Ann Emerg Med* 2012;60(5):545-553.
- (6) Flores G. Racial/Ethnic Disparities and Patient Safety. *The Pediatric clinics of North America* 2006;53(6):1197-1215.
- (7) Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical care research and review* 2005;62(3):255-299.
- (8) Berg C, Van Dyke S. Communicating with Limited English Proficient Patients: Interpreter Services. A: Walker PF, Barnett ED, editors. *Immigrant Medicine* Edinburgh: W.B. Saunders; 2007. pp. 57-67.
- (9) Taveras EM, Flores G. Why culture and language matter: the clinical consequences of providing culturally and linguistically appropriate services to children in the emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2004 6;5(2):76-84.
- (10) Giordano S. Overview of the Advantages and Disadvantages of Professional and Child Interpreters for Limited English Proficiency Patients in General Health Care Situations. *Journal of Radiology Nursing* 2007 12;26(4):126-131.
- (11) Hunt D. Language Assistance for Limited English Proficient Patients: Legal Issues. A: Walker PF, Barnett ED, editors. *Immigrant Medicine* Edinburgh: W.B. Saunders; 2007. pp. 37-56.
- (12) McDowell L, Hilfinger Messias DK, Estrada RD. The work of language interpretation in health care: complex, challenging, exhausting, and often invisible. *J Transcult Nurs* 2011 Apr;22(2):137-147.
- (13) Carratalà P. Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya. 2009. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Immigracio\\_i\\_salut/documents/avasermedi2010.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Immigracio_i_salut/documents/avasermedi2010.pdf). Consultat 28-07-2012.
- (14) Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. Caring for patients with limited English proficiency: the perspectives of small group practitioners. *J Gen Intern Med* 2007 Nov;22 Suppl 2:341-346.

- (15) Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D, Lizana Alcazo T, Vázquez Navarrete ML. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. Gaceta Sanitaria 2010;24(2):115.e1-115.e7.
- (16) Departament de la Salut. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.
- (17) Arumí Ribas M, Gil Bardají A, Vargas-Urpí M. Traducció i immigració: la figura de l'intendent als serveis públics de Catalunya. Quaderns: revista de traducció 2011(18):199-218.
- (18) Comitè Consultiu Bioètica Catalunya. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de salut; 2007.
- (19) Linguamón - Casa de les llengües. Els serveis de traducció, mediació i interpretació en els processos d'acolliment lingüístic a Catalunya. Disponible a: [http://www10.gencat.cat/casa\\_llengues/binaris/informe\\_linguamon\\_serveis\\_interpretacio\\_immigracio\\_tcm302-116935.pdf](http://www10.gencat.cat/casa_llengues/binaris/informe_linguamon_serveis_interpretacio_immigracio_tcm302-116935.pdf). Consultat 7-4-2013.
- (20) Hudelson P, Vilpert S. Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. BMC Health Serv Res 2009 Oct 15;9:187.
- (21) Atkin N. Getting the message across: Professional interpreters in general practice. Aust Fam Physician 2008;37(3):174-176.
- (22) Gerrish K. The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. J Adv Nurs 2001;33(5):566-574.
- (23) Hornberger J. Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. Public Health Rep 1997;112(5):410-417.
- (24) Burbano O'Leary SC, Federico S, Hampers LC. The truth about language barriers: one residency program's experience. Pediatrics 2003 May;111(5 Pt 1):e569-73.
- (25) Vandervort EB, Melkus GD. Linguistic services in ambulatory clinics. J Transcult Nurs 2003 Oct;14(4):358-366.
- (26) Ngo-Metzger Q, Hayes GR, Yunan C, Cygan R, Garfield CF. Improving communication between patients and providers using health information technology and other quality improvement strategies: focus on low-income children. Med Care Res Rev 2010 Oct;67(5 Suppl):246S-267S.
- (27) Jacobs EA, Leos GS, Rathouz PJ, Fu P Jr. Shared networks of interpreter services, at relatively low cost, can help providers serve patients with limited english skills. Health Aff (Millwood) 2011 Oct;30(10):1930-1938.
- (28) Anderson J, Perry J, Blue C, Browne A, Henderson A, Khan KB, et al. "Rewriting" cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: toward new epistemologies of healing. ANS Adv Nurs Sci 2003 Jul-Sep;26(3):196-214.
- (29) Goldberg A. Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud / enfermedad / atención de los inmigrantes senegaleses en Barcelona. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.

- (30) Burón A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud de Catalunya. Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
- (31) Achótegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Zerbitzuan 2009 Diciembre 2009(46):163-171.
- (32) Soler González J. ¿Por qué lloran los inmigrantes?: sentirse enfermo lejos de casa. Lleida: Milenio; 2009.
- (33) Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Lizana Alcazo T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. Gaceta Sanitaria 2009;23(5):396-402.
- (34) Casanovas P, Magre J, Lauroba ME. Llibre Blanc de la Mediació a Catalunya. 1a. ed. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya; 2010.
- (35) Canet M. Dificultades de atención a las personas inmigradas en el Servicio de atención primaria de salud del distrito de Ciutat Vella de la ciudad de Barcelona. Revista de treball social 2004(176):70-83.
- (36) Jansà JM, García de Olalla P. Desigualtats en la salut i la immigració. A: Borrell C, Benach J, editors. Les desigualtats en la salut a Catalunya. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 217-250.
- (37) Mota P. Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: UAB; 2007.
- (38) Zapata-Barrero R. La relació entre els immigrants i les administracions: onze temes bàsics per a debatre polítiques d'integració. Papers de la Fundació Rafael Campalans 2000(122):3-21.
- (39) Maalouf A. Les identitats que maten: [per una mundialització que respecti la diversitat]. 3a ed. Barcelona: La Campana; 2003.
- (40) Morales Lezcano V. La inmigración musulmana en Europa: el reto de la redefinición de las identidades culturales. Papeles ocasionales 2012(10):13/8/2013-Disponible a: [http://portal.uned.es/portal/page?\\_pageid=93,844738,93\\_20536669&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,844738,93_20536669&_dad=portal&_schema=PORTAL). Consultat 20.07.2013.
- (41) Nash M. Diversidad, multiculturalismos e identidades: perspectivas de género. A: Nash M, Marre D, editors. Multiculturalismos y género: perspectivas interdisciplinarias Barcelona Barcelona: Edicions Bellaterra; 2001. p. 21-47.
- (42) Parekh BC, Chaparro S. Repensando el multiculturalismo: diversidad cultural y teoría política. Madrid: Istmo; 2005.
- (43) Méndez E. Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario. Quadern CAPS 2003(32):18-23.
- (44) Ayuste A, Medina Cambrón A, Payá Sánchez M, Romañá T. El significat del projecte migratori: les dones parlen de la seva experiència. Temps d'Educació 2009(37):149-168.
- (45) Zapata-Barrero R. Inmigrantes en el sector de la sanidad: ¿Acceso universal o problema cultural? Quadern CAPS 2004;(32):9-17.
- (46) Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, García-Benavides F, et al. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores



inmigrantes en España (proyecto ITSAL). Gaceta Sanitaria 2009 12;23, Supplement 1(0):115-121.

(47) Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. Soc Sci Med 2009;68(10):1866-1874.

(48) Jacobs EA. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. Journal of general internal medicine 2001;16(7):468-474.

(49) Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. Pediatrics 1999 Jun;103(6 Pt 1):1253-1256.

(50) Gray B, Hilder J, Donaldson H. Why do we not use trained interpreters for all patients with limited English proficiency? Is there a place for using family members? Aust J Prim Health 2011;17(3):240-249.

(51) Jacobs EA. Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. Am J Public Health 2004;94(5):866-869.

(52) Generalitat de Catalunya. Informe\_salut\_2011.pdf. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossce/Informe\\_salut/Fitxers\\_estatics/Informe\\_salut\\_2011.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossce/Informe_salut/Fitxers_estatics/Informe_salut_2011.pdf). Consultat 11-8-2013.

(53) Greenhalgh T, Robb N, Scambler G. Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective. Soc Sci Med 2006 09;63(5):1170-1187.

(54) Sagaama O. Integració lingüística i cultural dels immigrants marroquins a Barcelona. LSC-Llengua, societat i comunicació 2010;(8):72-82.

(55) Porter JR, Washington RE. Minority Identity and Self-Esteem. Annual Review of Sociology 1993;19:139-161.

(56) Nesdale D, Mak AS. Ethnic identification, self-esteem and immigrant psychological health. International Journal of Intercultural Relations 2003 2;27(1):23-40.

(57) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNDH), Organización Mundial de la Salud (OMS). Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

(58) Alcalde R, García C, Moreno R, Ramírez M. Las mujeres marroquíes en Cataluña: entre la transgresión y el cambio. Revista Catalana de Sociologia 2002;(18):27-44.

(59) Corrales EM. Maurofobia/islamofobia maurofilia/islamofilia en la España del siglo XXI. Revista CIDOB d'afers internacionals 2004;(66-67):39-51.

(60) Said EW. Orientalismo. Madrid: Libertarias-Prodhufo; 1990.

(61) Pérez Beltrán C. Mujeres y ciudadanía en el Magreb: hacia una nueva realidad social en los albores del siglo XXI. Anales de historia contemporánea 2007;(23):119-146..

(62) Moualhi D. Mujeres musulmanas: estereotipos occidentales versus realidad social. Papers: revista de sociologia 2000;60:291-304.

(63) Ayuste A, Payá Sánchez M, Romañá T, Baltasar E. De la societat d'origen a la societat d'acollida: una aproximació als processos migratoris de les dones marroquines i dominicanes. Temps d'Educació 2007;(33):165-182.

(64) Terrén E, Veredas S. Género e Inmigración: El "más difícil todavía" de las mujeres inmigrantes extracomunitarias. TAVIRA (0214137X) 2007;(23):79-102.

(65) Dietz G. Mujeres musulmanas en Granada: discursos sobre comunidad, exclusión de género y discriminación etnorreligiosa. Migraciones Internacionales 2004;2(3):5-33.

(66) Casal Cacharrón M. Mirándonos: un contexto poco favorable a la integración. A: Ulloa M, editor. Entre el Magreb y España. Voces y miradas de mujeres. Madrid: ACSUR-Las Segovias; 2001. pp. 65-82.



## 5.7. INTÈRPRETS ALS SERVEIS DE SALUT: COSES DE NENS?

### 5.7.1. Introducció

Hi ha pocs treballs que s'hagin preguntat pels nens intèrprets per a minories lingüístiques en els serveis de salut, i menys encara en el nostre medi. No obstant això, Lee (1), en el seu treball fet amb 2.047 metges als Estats Units, afirma que el 22 % de professionals que utilitza intèrprets per fer front a les barreres lingüístiques a la consulta, ho fa amb nens. També Cohen (2) admet que aquesta és una pràctica força freqüent entre els metges generalistes. Aquests fets donen idea de la tolerància que hi ha entre professionals i usuaris cap a un fet que es pot considerar, si més no, irregular. No hi ha xifres d'aquest fenomen a casa nostra tot i que la mediació infantil s'admet, no sense objeccions, com un més dels recursos disponibles per fer front a les barreres lingüístiques en l'ús dels serveis de salut (3, 4).

Alguns treballs han constatat els avantatges de la traducció per professionals experts respecte a altres opcions com ara els familiars i, entre ells, els nens. La traducció conduïda per professionals experts millora la comunicació, la satisfacció de l'usuari i els resultats de salut, i disminueix els errors d'interpretació (5-12). Altres treballs s'han preocupat d'aprofundir en l'experiència i els efectes de la traducció guiada per nens en context sanitari. Els resultats mostren que en aquests casos se n'afecta la qualitat de la interacció sanitària per la implicació emocional del traductor –el nen– que deixa de ser imparcial tal com seria desitjable (2, 9, 12-14). Les dificultats estrictament lingüístiques, com ara el vocabulari limitat per traduir parts del cos o terminologia mèdica, i, fins i tot, la manca d'equivalència de determinades paraules o expressions entre les dues llengües, compliquen en extrem la traducció i la comprensió (2, 13, 14). Finalment, la restricció del missatge per part del nen quan es parla de temes o funcions considerades tabú o, si més no, pròpies dels adults sostrau una informació que podria ser decisiva (2, 9, 14). Tots els anteriors elements fan de la traducció conduïda per nens un acte incert que diposita en els menors una responsabilitat excessiva i obliga els professionals a prendre decisions arriscades, en tant que, potser, basades en dades equívocues (2, 13, 14).

La traducció informal conduïda per menors, no només afecta la qualitat de la comunicació, sinó que també afecta els nens. Hi ha pocs estudis que s'hagin ocupat d'aquest aspecte i encara n'hi ha menys que incorporin la perspectiva del menor. No obstant això, les conclusions són força semblants, amb independència de si són els professionals o els nens que expliquen l'experiència. L'afectació del menor es concreta en la vergonya de tractar segons quins temes, l'impacte emocional que comporta saber de les malalties dels grans, l'obligació de fer-se gran massa ràpid en assumir prematurament certes responsabilitats, la inversió de la jerarquia familiar i la renúncia a determinades activitats pròpies dels nens com és ara anar a escola (2, 11, 14). Jacobs (15) il·lustra, amb un estudi de cas, els efectes extrems d'involucrar els nens en tasques que sobrepassen la seva etapa de desenvolupament i alerta dels riscos potencials sobre la salut física i mental d'utilitzar un menor com a traductor en situacions delicades.

Malgrat que hi ha qui recomana que mai no s'haurien de fer servir nens com a traductors (16), al capdavant són els professionals qui decideixen la idoneïtat o no d'utilitzar menors com a traductors, i ho fan després de valorar les capacitats lingüístiques del nen, la complexitat del procés pel qual es consulta i la susceptibilitat del menor d'afectar-se. Segons això, les situacions en què es poden acceptar nens com a traductors, són situacions senzilles i familiars per al nen, de fàcil diagnòstic i traducció i no relacionades amb funcions o parts del cos tabús com ara la salut reproductiva (2).

Hi ha estudis que han identificat alguns efectes favorables en els menors que fan de traductors. La millora de l'autoestima i la satisfacció d'ajudar en són l'exemple (11, 14). Però encara no n'hi ha suficients que aprofundeixin en les causes i les conseqüències de fer servir nens com a traductors als serveis de salut.

## **5.7.2. Resultats**

### **5.7.2.1. Sobre els perquè de fer servir nens com a intèrprets als serveis de salut**

Les raons que fan que els nens petits exerceixin d'acompanyadors - traductors als serveis de salut són variades. Lògicament, la primera raó de pes per recórrer a l'ajuda de nens com a traductors són les dificultats de l'usuari magribí per expressar-se en català o castellà, cosa que l'obliga a fer-se acompanyar d'un intèrpret: «Sempre van amb un traductor, que sea una amiga, una germana, veïna... els fills...» (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Una altra raó important és el desajustament entre les necessitats de traducció que té l'usuari magribí i els recursos d'ajuda a la traducció disponibles, un desajustament que prové d'una oferta de mediació inestable, d'una dotació de recursos escassa i de la manca de proactivitat en l'organització del servei.

Pel que fa a la inestabilitat del servei, els mediadors entrevistats opinen que l'oferta de mediadors està poc consolidada perquè depèn de la concessió de subvencions: «Sempre treballem amb subvencions [...]. Si no hi ha subvencions no treballes» (EI11. Mediadora, àrab). La mediació, doncs, es percep sense continuïtat, de manera que ni els professionals ni els usuaris hi poden pensar com un recurs a l'abast sempre que el necessiten.

I quan en disposen, una dotació deficitària en professionals i hores de servei de mediació comporta, altre cop, una demanda de traducció que no es pot cobrir amb l'oferta institucional, fins al punt que l'usuari magribí amb problemes de comunicació es veu obligat a recórrer a traductors *ad hoc*, entre ells els nens:

[...] però al CAP només estic dos dies. Jo, clar... i per la tarda no estic, jo, i a vegades... el nen sí que... sí que haurà d'entrar amb la seva mare, però clar, no tenen altre remei, no tenen altra solució per fer la traducció (EI9. Mediadora, àrab).

Finalment, la manca de proactivitat en l'organització d'alguns serveis de mediació de la zona acaba de decantar la balança cap a l'excés de demanda enfront d'uns recursos de traducció no sempre disponibles. Segons declaren els informants, el mediador no està integrat en l'equip de salut, ni tampoc es dóna a conèixer gaire la seva existència, de manera que es pot donar el cas que hi hagi situacions en què es necessiti un mediador i no el cridin, malgrat disposar-ne:

I el mediador existe, eh! No és que no està, existe, i no el criden, eh!

Bueno potser també amb les demandes, el mediador como si està ara, no està... i no se sap... La gent... fins que agafa la idea que hi ha el mediador, pues... pensen que no està! És que un mediador... bueno, tiene que formar parte del servei o algo (EI11. Mediadora, àrab).

Per la mateixa raó, també pot passar que l'usuari s'assabenti de l'existència del servei per vies alternatives, amb la consegüent pèrdua d'oportunitats d'utilització del servei: «[...] No le han dicho nada [de la existencia del servicio de mediación], sino que él, a través del amigo, ha venido a preguntar [...] si hay una persona que trabaja como mediador aquí en el hospital, aquí en el CAP» (EI5. Usuari, home).

Com sigui que fins ara, l'únic que ha quedat demostrat és la necessitat d'ajuda a la traducció, que no pas l'obligació que ho facin nens, queda, una altra raó que acabi d'explicar perquè són els nens, i no altres adults competents els que fan aquesta feina. Tenint en compte que dins del col·lectiu, les persones que més aviat assoleixen un nivell de funcionalitat lingüística acceptable són els homes (vegeu taula 5.1.8) –perquè parteixen d'un nivell educatiu millor que les dones i perquè la necessitat de treballar els dóna la possibilitat d'interactuar amb la població autòctona més que no pas a elles– i els nens, que són escolaritzats en català –«va ser potser, jo crec que al cap de dos anys que ja hi érem aquí o així, vam venir al 96, potser al 98, que jo ja sabia parlar i tot» (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora)–, i tenint en compte, també, la consideració prioritària del treball en relació amb la salut (vegeu capítol de resultats 5.4), es desplaça la responsabilitat de l'acompanyament i la traducció dels adults competents lingüísticament cap als nens, que es veuen obligats a fer de traductors dels seus pares o familiars pròxims:

Perquè l'home, entre treballar i tot, normalment intenta no faltar al treball. Si és una cosa molt urgent sí, però normalment intenten no faltar. Llavors com diguéssim jo, els estudis per ells no els valoraven tant, encara que falti jo no passa res, en canvi ells, m'entens? perquè l'escola no et paguen, m'entens, i treballar sí (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Sense que s'hi puguin negar perquè senten molt present l'obligació envers els pares, fins al punt que malgrat no els agradi la comanda, no poden dir que no:

[...] i a vegades t'obliguen els pares, que no pots dir que no acompanyo a la mare o acompanyo... Potser a una altra persona sí que li pots dir que no, però a la mare, i a la família, no els pots dir que no (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

### 5.7.2.2. I els adults... què hi diuen?

Els usuaris i mediadors perceben que l'actitud dels professionals davant la presència de nens a les consultes no és unànime i abraça un ampli ventall de posicions. La més extrema de totes és la del professional, que s'ha acomodat a la presència de nens a les consultes i no es fa cap plantejament ètic sobre els drets del nen ni tampoc sobre la qualitat de l'atenció dispensada en aquestes circumstàncies. Una de les mediadores ho explica així:

I a vegades, el metge, a vegades al principi, això que em passava... que jo em presentava: «Hola, jo sóc la medidora, sóc agent de salut, faig de pont de mediació entre els professionals i el pacient...». I diu: «No, que ve acompanyada amb el seu nen, amb el seu fill... ja té la seva filla que parla...». Però... aquest nen, és un nen, primer de tot! (E19. Medidora, àrab).

Altres professionals sanitaris adopten una actitud una mica tèbia que, per bé que no fomenta la presència de nens acompanyadors a les consultes tampoc fa res per oposar-s'hi: «Cuando estaba en la consulta el médico le dice a la niña: “¿Has faltado al cole?”. Y dice: “Sí”, y ya está. No le ha dicho que no... que no...» (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

I això no es dona només entre els professionals de la salut. La informant que va fer de traductora quan era petita, critica el poc compromís dels mestres i institucions educatives en un problema que és ben conegut:

I ja et dic, alguns sí que et feien el comentari de que: «No hauries d'estar a l'escola? No sé què?», però la majoria no. Vull dir... ja estan acostumats a veure... i aquí és que... A vegades, ja et dic, que és que l'escola a vegades també hauria de... tindria que ser més estricta i que els nens no faltessin. Per exemple, a Bèlgica i a Holanda els marroquins allí, família meva, segueixen l'educació perfecta. No falten. Per les vacances van quan toca, perquè si no paguen multa, et posen multa iii... m'entens? Els marroquins d'allà ho tenen claríssim i ho respecten, i en canvi aquí vénen quan els hi dona la gana, de vacances..., i això perjudiquen els nens. Als pares els és igual, però els professors han de pensar en els nens. Bueno, és que és molt difícil, perquè els mestres tampoc fan les polítiques ni res, però vull dir... [...] aquí jo crec que també els mestres quan veuen que els nens falten: «Per què faltes?». Insistir més en què t'ensenyin la nota per veure si falta pel metge, pel metge, doncs aquí veure que hi ha una necessitat, saps? Perquè hi ha moltíssims nens que falten (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

A l'altre cantó hi ha els professionals que s'hi oposen, tot i que les raons són diverses. Alguns es preocupen per la qualitat de la traducció: «[els professionals] no volen els nens. Sí, perquè diu que alguns entenen que el nen no comenta res de lo que... Veuen que els nens no tradueixen tot» (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

D'altres, van més enllà i en un nivell superior de compromís amb la sort del col·lectiu, s'oposen a la traducció realitzada per menors per l'efecte perpetuador de la dependència que causa en l'usuari:

[...] i alguns metges [...] em deien: «És que ara haurien de venir soles, les dones» – diu– «perquè alguna, alguna vegada que venen soles s'espavilen, intenten fer l'esforç i parlar soles i en canvi si estàs se relaxen i

que ja parlaràs tu» [...]. Hi ha professionals que volen que elles mateixes s'espavilin [...] però ja et dic, per a mi, l'experiència que he tingut, és molt bé, vull dir, [els metges] s'ho prenen bé [que una nena acompanyi els adults per fer de traductora] (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Finalment, es reconeix l'existència de professionals que, a més de preocupar-se de fomentar l'autonomia de les dones, es preocupen perquè aquesta pràctica no interfereixi en el dret dels nens a l'educació, obligats com estan a absentar-se de l'escola:

[el metge] els hi diu que... que han de parlar elles, que han d'intentar fer-se entendre elles en lo que poden, perquè els nens no han de faltar a les escoles, que és important que... vagin a l'escola (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

Tot això, pel que fa als professionals sanitaris. Els mediadors, però, des de la seva doble condició de professionals de la salut i membres del col·lectiu, tenen les seves pròpies idees al respecte. Ells pensen que els nens no estan preparats ni lingüísticament ni emocionalment per assistir, com a nens, a situacions pròpies de l'adult, com ara el fet de donar males notícies o parlar sobre coses difícils d'entendre per a un nen:

Perquè... quan els veus amb la comadrona... això... i això..., hi ha coses que no... però... és nen... és que no... primer de tot, i també... no sabràs fins a quin punt podria traduir. Hi ha termes específics científics, termes mèdics, diagnòstics... [...]. Com ho pot traduir el nen que la seva mare està embarassada d'un nen del síndrome de Down? [...] Explicar això és casi impossible per a un nen (E19. Mediadora, àrab).

Ni tampoc per parlar de temes propis de l'adult com ara el sexe i la reproducció:

Yo lo veo un error, un error que se deje que se utilicen y sobre todo cuando se trata de cosas, por ejemplo una mujer viene a su médico, a lo mejor la mujer tiene que explicar cosas que tienen relación con la regla, con la menstruación, cosas ginecólogas pero qué, pero qué va, pero qué va a hacer... (E18. Mediador, àrab).

Fins i tot arriben a pensar que la seva actuació com a traductors als serveis de salut pot comportar riscos per a la salut del nen o la nena: «Sí, sí, sí. Jo he vist molts [nens] i jo, per exemple, comento a les mares i als pares que això no està bé per a la salut, la salut mental del nen» (E110. Mediadora, berber).

Amb tot, admeten que, ara per ara, aquest és un fet inevitable en tant que l'oferta de mediadors no s'ajusta a les necessitats reals que en té el col·lectiu:

M'he trobat nens que no van al cole perquè s'ha anat a acompanyar a la mare o a algú a l'hospital. I és que... diu... «que no tinc a ningú!». I el nen, moltes vegades no va al cole perquè... Además, el mediador tampoc està totes les hores que està la gent. Tampoco vas a dir que no porte al seu fill, saps?, perquè avui estàs i demà no estàs (E111. Mediadora, àrab).

Per la seva part, els pares, parlen de la utilització de nens en edat escolar com un recurs de traducció i acompanyament al que acudeixen amb normalitat:



I ella ha dit que també busquen algun nen o alguna noia perquè ens acompanyi, algú que... normalment ho fan així, encara que sigui... aquella nena, per exemple, aquella fa cinquè... i moltes vegades ha de faltar [a l'escola] i les acompanya. És la filla d'ella. Però com que... també som amics, família... doncs... van entre ells (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

No obstant això, hi ha pares que eviten la traducció realitzada pels seus fills i filles. N'hi ha que ho fan perquè consideren que encara són massa petits per fer aquesta feina —«Su marido trabaja, sus hijos son pequeños, entonces... ¿A quién tiene que buscar para que venga a traducirle?» (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà)—, i altres perquè estan determinats a no fer-ho, sobretot segons de què es parli a la consulta:

Y el tema de los niños, que ella no prefiere [prefiere no] traer a sus hijos con ella a la visita, sobre todo en la visita de la comadrona, porque la visita de la comadrona... que dice que los niños no pueden explicar cosas... que no hace falta que se enteren de cosas que son —digamos— de ginecología o de mujeres (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

De fet, els pares, semblantment a com ho feien els mediadors, també pensen que hi ha qüestions que no són pròpies dels nens i malden per evitar, de totes totes, que els seus fills hagin de traduir en situacions en què es tracten temes sexuals o reproductius: «Aquella senyora, el que fa, quan té una cosa normal... bueno, li fa mal el cap o algo, porta la nena. Quan té d'anar al ginecòleg, porta el marit» (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

En un intent de minimitzar les conseqüències de la utilització de nens i nenes com a traductors, els pares procuren ajustar les cites a la disponibilitat horària del nen, de manera que no coincideixin amb l'horari escolar i evitar, així, que faltin a escola:

Dice que ella procura que no fallen en el cole en traerlos. Entonces ella ve que si de tal hora a tal hora no estudia y tiene la visita pues viene con ella, si está dentro del horario, de su horario escolar, ella prefiere ir a buscar una vecina o venir sola (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

Tot i que, si molt convé, les obligacions laborals del cap de família van abans que l'educació dels seus fills i, finalment, el nen o la nena acaben realitzant l'acompanyament que correspondria de realitzar a l'adult: «Me tocava a mi anar-hi i faltava jo molt [a l'escola], perquè, perquè el meu pare... [jo] deia: "Per què no ho fas tu?", i em deia: "No, perquè jo sóc el que porto els diners a casa", entens?» (EI7. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Finalment, convé destacar que la visió que pares i mares —també els fills i les filles— tenen de l'acompanyament per part dels nens a les consultes dels adults amb el personal sanitari és la d'una feina reservada al sexe femení, per les implicacions de gènere que tenen entre els magribins, tant el cuidar com la reproducció:

Per exemple, jo tinc germans, però normalment és la noia que acompanya a la do... que acompanya al metge i tot. Fa... té aquesta responsabilitat, no com el, no com els nois, perquè també perquè a vegades parlen de parts, de temes més... [...] Exacte, per això, perquè és la noia, al ser igual que la mare i té les mateixes parts i tot vull dir, la mare també se... també té hmm... t'ho explica més oberta, de manera més

oberta, no hi ha vergonya. En canvi amb el fill, [el fill] no et pot dir què t'ha dit el metge, que a baix... entens? És, vull dir, encara que sigui fill - mare, hi ha molta vergonya i no hi ha molt de comunicació –pel tema que es tracta– és com un tabú, és com més tabú, i llavors me tocava a mi anar-hi (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

### 5.7.2.3. Jugar amb foc... o sobre els riscos de fer servir nens com a intèrprets

Així les coses, convé ara plantejar-se com afecta el fet de confiar als nens una part important de la feina de traducció i interpretació en els serveis de salut. Per començar, és obvi que els efectes s'han de fer notar en la qualitat de les interaccions entre professionals i usuaris. En aquestes circumstàncies, les traduccions estan mancades d'interpretació, perquè eals nens els costa transmetre els elements més subtils de la comunicació, com ara els culturals i no verbals: «a lo mejor un niño puede... puede transmitir algún mensaje erróneo» (E18. Mediador, àrab).

També pot passar que aquestes interaccions guiades per nens estiguin mancades, fins i tot, de traducció, pel desconeixement de la terminologia pròpia de la trobada o per la negativa del nen a traduir sobre determinats temes, o pel cansament que provoca en el nen haver de fer una feina d'adult:

Perquè jo, abans, no em sé tampoc tots els òrgans interns i, i a més a més en marroquí... saps? «És allò que és una cosa vermella que tenen els corders...» Això per explicar què és el fetge, com que el corder sempre l'arreglem i tot... perquè la dona també em pogués entendre. Perquè pensa que elles tampoc han estudiat ni res, saps? (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

No, porque la hija de mi tío se va con su madre y no puede explicarle en árabe. E... su madre dice: «¡Que no entiendo español, no hace falta que vaya conmigo al médico!». No... no puede explicarle en árabe (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

No, a ella, als seus fills no els agrada. [...] Canvia el missatge del metge. Sí. Perquè... té vergonya. Bueno... no comenta res de lo que... quan [el metge] diu: «Pregunta a ta mare que...». No comenta res, no diu res. (GF10. Dones, domini lingüístic baix).

Diu que els seus fills no volen acompanyar-les. Diu, a vegades, ens acompanyen fins a l'hospital, i ens marxen... [riuen]. Es cansen. (GF5. Dones, berbers, baix domini lingüístic).

Si es tracta de veure com afecta els nens aquesta pràctica, s'ha vist que malgrat els nens –i encara més les nenes– senten que tenen aquesta obligació envers els seus pares, no és aquesta una tasca convenient per a un nen. I no ho és perquè no és una responsabilitat pròpia d'un nen fer d'intèrpret dels seus pares i familiars en qüestions tan delicades com la salut. Els participants a l'estudi han identificat diferents aspectes de la vida del nen que es poden veure afectats pel fet de fer de traductor informal als serveis de salut. L'assistència a classe és un dels aspectes de la vida del menor que més preocupa els adults del col·lectiu, per les conseqüències que comporta en els sentiments del nen, el seguiment del curs i el manteniment de la motivació a l'estudi:

A vegades me queixava, a vegades me... perquè la meva mare ha tingut l'últim fill aquí, que ara té vuit anys. Llavors jo faltava molt a l'ESO, i plorava i no volia, jo no volia faltar perquè a mi m'encantava anar a l'institut perquè em sentia molt a gust i a més els mestres m'estimen molt, i plorava que jo volia anar, però tocava anar-hi jo com a noia. [...]. Però jo, tot i així, ja m'espavilava l'endemà amb els deures i tot, m'entens? [...] El nen, el nen, segueix el pare, però és superimportant per a ell l'educació. Imagina't, arriba mig curs o segon trimestre, què fas? Estàs desmotivats (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

A llarg termini preocupen les conseqüències dels entrebancs a l'educació d'un grup de ciutadans d'aquest país, perquè en cap moment es qüestiona la vinculació política i afectiva d'aquests nens que avui fan de traductors i que en el futur seran catalans d'origen magribí:

Jo sóc contra de aquesta manera que les nens no van al cole. [...] Perquè... si cada vegada que vas al metge vas a portar el teu fill i especialment si tens un tractament que sigui de metge que vas moltes vegades, aquest nen... quantes vegades [no] va aquest nen al cole? A part de les vegades que puguin estar malalts... això només del metge... comptem només les vegades de metge, i a part... a part, les altres. M'agradaria algo així sobre... almenys als nens.

Jo perquè, a Espanya, si veus ara, els nens immigrants n'hi ha molts, que són... que seran de futur d'aquí. I s'han de treballar... perquè són els nens de futur, el futur d'aquest país... I si deixem així... perquè els pares, perquè... perquè els nens, encara que diu una família, tornar al Marroc, els nens no tornaran. És lo que han fet els de França. Què han fet els de França fa molts anys, de la tercera generació? Van, i han construït la casa al Marroc i tot, i hi ha fills que han vingut una vegada, dos o tres... i ja no tornen... (E11. Mediadora, àrab).

A un altre nivell, l'afectiu, els participants esmenten la vergonya que senten els nens en haver de parlar de temes considerats «de grans» com és ara el sexe i la reproducció —«Dice que puede ser que un niño pequeño no puede... por ejemplo, cosas de... de anticonceptivos o así... el niño lo pasa mal, sí» (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà)—, l'impacte que els pot causar assumir tan aviat responsabilitats pròpies de l'adult —«Dice que no... no s'han d'agafar responsabilitats. Són encara massa petits. No, és que diu que una nena de 10 anys no sap les relaciones, la vida sexual de la mare i això...» (GF10. Dones, domini lingüístic baix)—, o bé la inquietud que els pot provocar una participació tan directa en temes de salut: «Puede ser que el niño si ve que su madre está enferma, que tiene una enfermedad, puede ser que tendrá una preocupación...» (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà). Finalment, els entrevistats plantegen el problema d'un possible capgirament de la jerarquia familiar, derivada del poder que el nen traductor té sobre els familiars que no parlen l'idioma: «Me he encontrado un niño de 6 o 7 años. Él habla bien castellano y catalán y cuando él tiene que ir con su madre le dice: "Tienes que comprar algo, si tengo que explicar". Y... "Sí, sí, ¡lo que quieras!"» (GF9. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

L'inventari de conseqüències no es pot acabar sense dir que l'exercici de la solidaritat amb els que necessiten ajuda pot tenir efectes benèfics en l'autoestima i el benestar del nen. Així ho dona a entendre el testimoni de la noia que va fer de traductora quan era petita:

Sí, moltes dones m'explicaven doncs com se sentien, el fet de venir d'allà... m'entens? Compartiem... mentre anàvem amb l'autobús, anàvem xerrant de temes... m'entens? Sí, sí, sí perquè [...] em considero bona persona i a més mmm..., no sé com explicar-t'ho, m'agrada ser sincera i no sóc una persona que presumeix i llavors això les persones ho capten, per això moltes dones m'estimen, perquè sóc senzilla m'entens? No és la típica saps... elles ho noten i sempre m'ho diuen i ja et dic, em respecten un munt i m'estimen un munt, vull dir moltes dones sempre la L. la... i t'ho agraeixen, perquè la veritat és que et sents frustrant quan tens... te trobes malament, sents que el nen està malalt i no saps com explicar aquest dolor... m'entens? (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

#### 5.7.2.4. Per canviar les coses...

Els participants a l'estudi han aportat propostes de millora per minimitzar la utilització de nens i nenes com a intèrprets i l'absentisme escolar que se'n deriva. El principal suggeriment planteja la col·laboració entre institucions i professionals educatius i sanitaris per tal de desterrar les actituds tèbies que toleren la presència de nens a les consultes en qualitat d'intèrprets. Els participants demanen actituds inflexibles entre els professionals, que obliguin els pares a prescindir de l'ajuda dels seus fills en tasques de traducció. Aquesta proposta se sustenta en la convicció que les persones amb necessitat de traducció que utilitzen els seus fills com a intèrprets, deixaran de fer-ho sempre que percebin que aquesta és una exigència ferma de l'administració:

[...] que es possessin d'acord, tant l'escola com, com el CAP o els hospitals de no acceptar els nens, m'entens? Perquè si al CAP diuen que no, que no pots entrar amb el fill, la dona aquella vegada potser s'emprenya però si va una altra vegada i li diu el mateix no tornarà amb el nen, m'entens? Perquè els marroquins quan veuen que una cosa és estricta la segueixen, però si no... m'entens? Els hi és igual. Jo crec que els metges i les mestres s'haurien de posar d'acord que fos normativa, entens? Perquè així afavoreixes al nen i a la nena que puguin estudiar. Perquè també ara fan classes de català, llavors mira, moltes ara pensen si sé parlar català podré anar al metge sola, jo no tindrè sempre aquesta persona que m'acompanyi (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

D'altra banda, també es requereix la implicació dels pares, que han d'entendre com és d'important l'educació dels seus fills i col·laborar-hi:

I veus la nena i està contenta. «I no has anat a classe?» «No.» «I quantes vegades no vas?» «Moltes vegades... és que ma mare no, no...» «I vas a perdre la classe?» «Sí, sí.» Però... bueno, els pares també han de vigilar amb això! (E111. Mediadora, àrab).

Els informants suggereixen que aquestes exigències només es poden plantejar si s'ofereix la contrapartida d'uns recursos de traducció i interpretació proporcionals a les necessitats reals:

No, és casi... no sé, no sé... és casi irrealitzable, és impossible, per al moment no... és que, eee... no hi ha molts recursos i fins ara el servei del mediador intercultural encara no està molt ben planificat i nosaltres treballem... som pocs mediadors que treballem en tot el CAP de Tarragona i Baix Camp i no podem cobrir les necessitats i sí, algunes... els nens siguen acompanyant als pares (E110. Mediadora, berber).

Ben organitzats i coneguts pels professionals i usuaris:

Però el problema és que jo crec que no totes les persones que no saben l'idioma saben que existeix aquest mediador, m'entens? Si ho sapiguessin ja no caldria que portin els fills, per això també hauria d'haver una xerrada a l'escola, una al CAP o quan fan curs de català dir que hi ha el mediador, com el poden demanar, m'entens? (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Finalment, i per tal de minimitzar els efectes que la dependència lingüística dels pares té sobre els fills, els usuaris reconeixen que l'aprenentatge de la llengua és una solució que convé a tothom, als grans i als petits:

Diu... ella que quan va al metge surt el seu fill de l'institut, per què? Perquè l'acompanyi i la doctora la diu que «per què té que deixar els estudis per venir a acompanyar-te a tu?». La doctora C. I la diu que mal fet. Mal fet, això! Clar, és que sempre diu [la usuària] que tens que estudiar per saber català o castellà (GF3. Dones, berbers, sense estudis 1rs. acabats, baix domini lingüístic, entorn rural).

És, de fet, la solució definitiva: «La solució? Pues... primer, a curt plaç la mediació, l'agent de salut... A llarg plaç, que estudiïn, les dones. Que estudiïn, que estudiïn, que estudiïn! És lo més important» (E19. Mediadora, àrab).

### 5.7.3. Discussió

Més enllà de les dificultats idiomàtiques dels usuaris magribins dels serveis de salut –que això ja se sabia–, sembla clar que el discurs d'usuaris i mediadors atribueix la utilització de nens i nenes com a traductors a la infradotació de recursos de traducció i a la prioritització del treball dels adults per sobre de l'educació dels menors. La utilització de traductors infantils és vista com una solució còmoda als problemes de comunicació del col·lectiu, tot i considerar que és poc fiable, que afecta els drets de nens i nenes, i perpetua la dependència dels adults. Es té la percepció que l'actitud dels professionals de la salut és diversa i va des de l'acceptació del fet sense cap qüestionament ètic fins a la preocupació que els efectes de la pràctica pot tenir en els infants que s'hi dediquen. Les solucions proposades inclouen un canvi d'actitud institucional, millorar l'organització dels recursos de traducció i adaptar-los a les necessitats reals, així com fer promoció de la capacitat lingüística entre els adults que ho necessitin.

L'escassetat de recursos formals de traducció i la necessitat de millorar-ne l'organització ha estat reconeguda per altres estudis de la zona, els quals afirmen que, malgrat la diversitat de recursos disponibles es constata la necessitat d'optimitzar-ne el funcionament, dimensionar-ne la dotació a les necessitats reals i promocionar el servei entre professionals i usuaris (17, 18).

La prioritat donada a les obligacions laborals de l'adult per sobre de les necessitats educatives dels menors contrasta amb la preocupació que han expressat els adults sobre la interferència educativa que provoca la participació dels petits en accions de traducció. Els adults entrevistats justifiquen l'ambivalència per la necessitat que tenen de guanyar-se la vida, tot identificant el fet d'absentar-se de la feina per motius de salut amb la pèrdua de diners. Malgrat que el fet d'acompanyar els familiars al metge no es penalitza econòmicament a casa nostra –tot i

requerir una recuperació horària, llevat dels casos urgents o molt greus– la prevenció expressada pels informants ben bé podria estar causada per un desconeixement dels drets o bé per un cert grau de discriminació laboral percebuda. Agudelo *et al.* (19) constaten experiències de discriminació laboral dirigides a immigrants: el racisme, el maltractament i la precarietat laboral formen part d'aquesta mena d'experiències, i han estat identificats com a factors decisius en l'accés als serveis de salut. En aquest cas, doncs, el reconeixement dels drets laborals i socials dels immigrants hauria de fer baixar la utilització de nens i nenes com a traductors i les conseqüències que se'n deriven.

Els dèficits de la traducció guiada per menors i les seves conseqüències a la vida dels nens i nenes que ho fan estan descrites amb detall a la literatura consultada (2, 9, 12, 13), i coincideixen amb els que ha revelat aquest treball. En tots els casos hi ha acord en assenyalar com a principals els següents problemes: els riscos de basar la presa de decisions en una traducció poc fiable, l'impacte emocional que la tasca causa en els nens i nenes que hi participen, la inversió de la jerarquia familiar i el desplaçament de les activitats infantils en benefici de la seva actuació com a traductors. No obstant això, creiem que entre els treballs previs i el nostre hi ha subtils diferències pel que fa a la importància que es dóna a l'absentisme escolar de la canalla que han de fer de traductors. L'absentisme escolar és, en aquest treball, un tema central al voltant del qual giren bona part de les argumentacions sobre els efectes nocius d'utilitzar nens i nenes com a traductors, argument que, al seu torn, inspira bona part de les propostes de millora. Cohen (2), en el seu treball amb metges generalistes, s'hi refereix com un destorb menor i ineludible quan el que cal és donar assistència sanitària als adults amb baix domini lingüístic. Els petits traductors que donen testimoni al treball de Free (14) també es refereixen a la dificultat per fer compatibles les tasques de traducció amb l'assistència a classe, tot i que no se'n lamenten especialment. Finalment, Giordano (11) també ho esmenta en el seu treball de revisió. Les diferències de resultats entre els treballs previs i aquest podrien estar causades per les característiques dels informants. Els informants adults dels estudis previs no pertanyen al col·lectiu, mentre que els nostres sí que en formen part. Aquest fet podria explicar el perquè de minimitzar la importància de l'educació dels fills... *dels altres*. Per altra banda, els adults que es manifesten en aquest sentit són professionals de la salut, amb una prioritat molt clara –i legítima, per altra banda–, que és disposar d'ajuda a la traducció quan el que cal és donar atenció sanitària. Pel que fa a les declaracions dels menors de l'estudi de Free (14) en certa manera, és comprensible que els nens no trobin gaire important el fet d'anar a escola perquè tal vegada els falti el sentit d'utilitat que hi veuen els adults. Al nostre treball no hi ha menors que parlin de la seva experiència, però comptem amb el testimoni indirecte d'una persona adulta –una noia– que de petita va fer de traductora. És evident que la visió dels fets canvia si es mira com un nen o des dels ulls d'un adult. Sigui com sigui, les persones que han participat en aquest treball se'n senten, de la pèrdua que, per a un nen, representa haver de deixar l'escola tot sovint per realitzar tasques d'acompanyament als serveis de salut. En qualsevol cas, i també d'acord amb el que ja va dir Free (14) abans, davant del dilema, sempre

preval la preocupació per la salut dels adults i la millora de l'autoestima que s'experimenta com a efecte de l'ajuda.

Malgrat que alguns informants han puntualitzat pel que fa a la dificultat que els menors informin sobre qüestions que escapen a la capacitat d'entendre d'un nen, com ara la previsió de malformacions, no s'ha donat el cas que els participants d'aquest estudi tinguin consciència de la comunicació de males notícies per part dels petits. Tot i que no és una circumstància a descartar, pel que sembla, els professionals la tenen present i valoren el perjudici que això podria ocasionar en el nen que s'hi trobés, més encara quan hi ha recursos formals i informals de traducció als quals es pot recórrer si hi ha la possibilitat que la salut física o mental del nen es malmeti a causa de la seva participació com a intèrpret en context sanitari. L'estudi de cas de Jacobs (15) mostra els efectes extrems d'involucrar nens en tasques que ultrapassin la seva etapa de desenvolupament i alerta dels riscos potencials que això pot tenir sobre la salut física i mental dels petits que han de fer de traductors en situacions delicades.

La literatura ens ofereix el regal de la reflexió adulta al voltant dels sentiments que va provocar en una de les autores una experiència de traducció sanitària quan encara era una nena (20). Tot i tractar-se d'una situació –segons s'especifica al relat– del tot inevitable, que no defuig, per tant, els beneficis potencials de la intervenció de la nena, el text ressalta l'afectació que sobre la seguretat psicològica dels protagonistes va tenir el fet. D'una banda, i des de la visió del pacient, parla de la confiança que comportaria en el seu cas el fet de gaudir de traductors professionals en context sanitari. De l'altra, fa notar el sentiment d'angoixa que comporta per a una nena sentir que la responsabilitat de l'atenció del seu pare a l'hospital és a les seves mans. Aquesta valoració enllaça directament amb l'estudi de cas de Jacobs (15) i el suggeriment dels informants d'aquest treball, que fan notar els riscos que té per als nens fer de traductors en situacions tan delicades com ho són la salut i les malalties.

Els adults del col·lectiu, tant els usuaris com els mediadors, veuen que no hi ha una postura unànime entre els professionals. Segons això, n'hi ha que accepten el fet, basant-se en la necessitat immediata de disposar de traducció per a la consulta, sense preguntar-se per les conseqüències futures que aquesta activitat pot tenir en els nens i nenes que fan de traductors, en el col·lectiu de magribins i en la societat sencera. Pel que fa a l'actitud dels adults del col·lectiu, malgrat que intenten minimitzar les conseqüències d'aquesta pràctica, el cas és que hi col·laboren. La posició dels mediadors entrevistats, en tant que professionals de la salut i magribins alhora, denota preocupació pels efectes futurs de la utilització de nens i nenes com a traductors, especialment pel que fa a la igualtat d'oportunitats i la convivència entre ciutadans d'origens diversos. Tal com ja ha estat exposat a la introducció d'aquest capítol, hi ha molts autors que critiquen la traducció guiada per nens i nenes, tot i que els motius d'aquest rebuig en cap cas inclouen les conseqüències que, a llarg termini, podria tenir aquesta pràctica tant entre el col·lectiu afectat com en el conjunt de la societat. La preocupació per les repercussions globals d'interferir en el dret a l'educació d'una part de la societat –els nens i nenes magribins

que fan de traductors—, hauria de donar arguments polítics per tal que intervencions específicament orientades a l'apoderament d'un col·lectiu es vegin com a bones per al conjunt de la societat.

Entre les propostes de millora que fan els participants es demana als professionals de la salut i l'educació que siguin intransigents amb la pràctica, i als pares que es comprometin en l'educació dels seus fills. Lògicament, aquestes demandes s'han d'acompanyar, en contrapartida, d'una dotació de recursos ajustada a les necessitats reals. L'apreciació dels mediadors i la informació que aporta un treball d'avaluació del servei (18) coincideixen a dir que el servei de mediació intercultural en salut ni és estable ni cobreix la totalitat de la demanda. Per altra banda, la situació de crisi econòmica actual fa pensar en les dificultats de dimensionar-lo adequadament. Així les coses, la incorporació dels mediadors a l'equip de salut i l'organització proactiva del servei apareixen com a pal·liatius sense cost econòmic afegit, que podrien contribuir a optimitzar el rendiment dels recursos disponibles. A llarg termini, però, no n'hi ha prou amb l'oferta de recursos formals de traducció i la fermesa de l'entorn, i els entrevistats demanen que es pensi en actuacions que promoguin l'autonomia i l'apoderament dels homes i dones magribins mitjançant la capacitació lingüística i l'educació en general<sup>1</sup>.

En definitiva, doncs, la utilització de nens i nenes magribins als serveis de salut s'ha de veure com una solució provisional i insatisfactòria als problemes de comunicació que experimenten els seus pares. Una solució, no tan fàcil però més bona, requereix esforç de totes dues bandes. Demana oferta de recursos de traducció a disposició de l'usuari, fermesa dels professionals per defensar la igualtat d'oportunitats dels nens que són privats de l'educació, assegurar als immigrants el gaudi de drets laborals en les mateixes condicions que els autòctons, i esforç de l'usuari per abandonar la passivitat de l'ajuda incapacitant i la comoditat de la dependència.

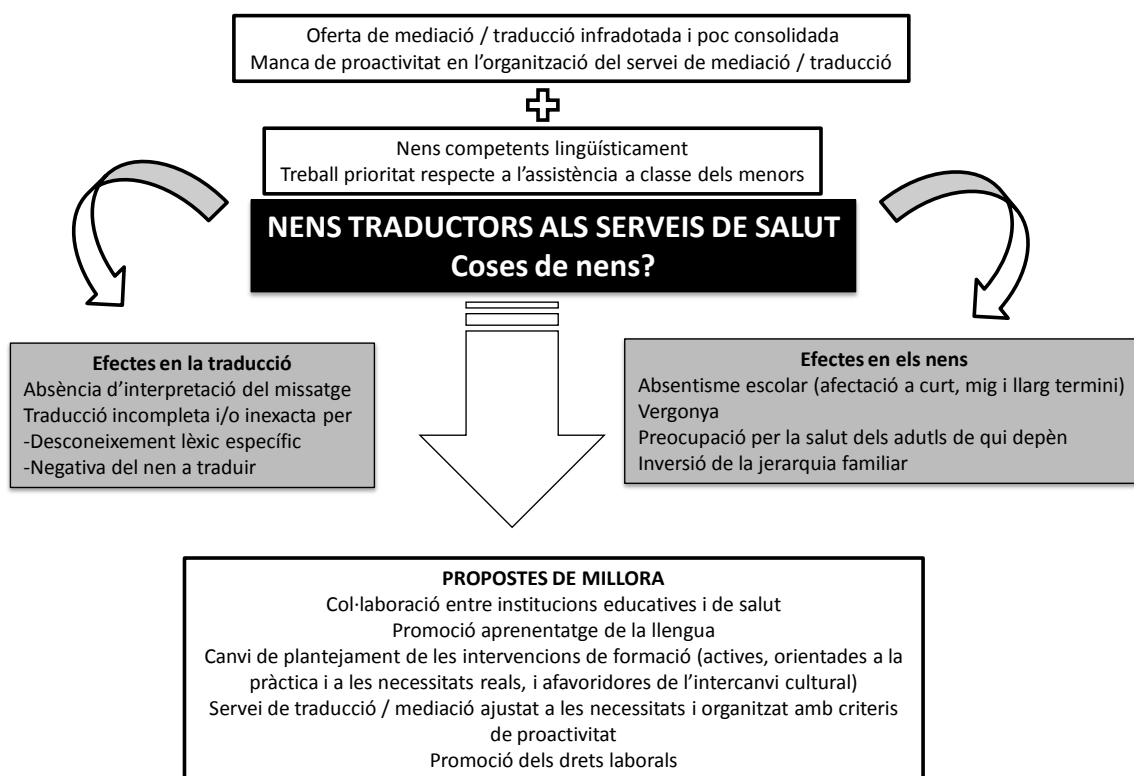
Essent com és l'educació un determinant bàsic de la salut i un element clau en les iniciatives d'apoderament de les persones (21), calen estudis de caire quantitatiu que proporcionin dades objectives sobre la presència de nens magribins com a traductors als serveis de salut, així com d'altres de qualitatius que es preguntin pels efectes d'interferir en l'educació dels nens i nenes magribins, tant pel que fa al seu benestar i desenvolupament com pel que fa a la convivència futura entre ciutadans d'orígens diversos.

---

<sup>1</sup> Vegeu també que se'n diu al capítol de resultats 5.6.



### 5.7.4. Figura: Nens traductors als serveis de salut



### 5.7.5. Bibliografia

- (1) Lee KC, Winickoff JP, Kim MK, Campbell EG, Betancourt JR, Park ER, et al. Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters: a national survey. *JAMA* 2006 Sep 6;296(9):1050-1053.
- (2) Cohen S, Moran-Ellis J, Smaje C. Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. *Sociol Health Illn* 1999;21(2):163-186.
- (3) Antonín Martín M. La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- (4) Comitè Consultiu Bioètica Catalunya. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. 2007.
- (5) Timmins CL. The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice. *J Midwifery Womens Health* 2002 Mar-Apr;47(2):80-96.
- (6) Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical care research and review* 2005;62(3):255-299.
- (7) Flores G. Racial/Ethnic Disparities and Patient Safety. *The Pediatric clinics of North America* 2006;53(6):1197-1215.
- (8) Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Ann Emerg Med* 2012;60(5):545-553.
- (9) Berg C, Van Dyke S. Communicating with Limited English Proficient Patients: Interpreter Services. A: Walker PF, Barnett ED, editors. *Immigrant Medicine* Edinburgh: W.B. Saunders; 2007. pp. 57-67.
- (10) Taveras EM, Flores G. Why culture and language matter: the clinical consequences of providing culturally and linguistically appropriate services to children in the emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2004 6;5(2):76-84.
- (11) Giordano S. Overview of the Advantages and Disadvantages of Professional and Child Interpreters for Limited English Proficiency Patients in General Health Care Situations. *Journal of Radiology Nursing* 2007 12;26(4):126-131.
- (12) Hunt D. Language Assistance for Limited English Proficient Patients: Legal Issues. A: Walker PF, Barnett ED, editors. *Immigrant Medicine* Edinburgh: W.B. Saunders; 2007. pp. 37-56.
- (13) Fatahi N, Mattsson B, Lundgren SM, Hellström M. Nurse radiographers experiences of communication with patients who do not speak the native language. *J Adv Nurs* 2010;66(4):774-783.
- (14) Free C. Bilingual young people's experiences of interpreting in primary care: A qualitative study. *British journal of general practice* 2003;53(492):530-535.
- (15) Jacobs B. The hazards of using a child as an interpreter. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1995;88(8).
- (16) Rack P. *Race, Culture and Mental Disorder*. London: Tavistock; 1982.

- (17) Burón A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud de Catalunya. Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
- (18) Carratalà P. Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya. 2009. Disponible a:  
[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Immigracio\\_i\\_salut/documents/avasermedi2010.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Immigracio_i_salut/documents/avasermedi2010.pdf). Consultat 20-3-2010.
- (19) Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. Soc Sci Med 2009;68(10):1866-1874.
- (20) Seidelman RD, Bachner YG. That I won't translate! Experiences of a family medical interpreter in a multicultural environment. Mt Sinai J Med 2010 Jul-Aug;77(4):389-393.
- (21) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNDH), Organización Mundial de la Salud (OMS). Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

## 5.8. DE LA DEPENDÈNCIA A L'AUTONOMIA, O SOBRE QUÈ DÓNA PODER

### 5.8.1. Introducció

L'OMS defineix l'apoderament per a la salut com:

Un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades (1).

Des del punt de vista individual, doncs, l'apoderament per a la salut s'ha d'entendre com el procés que capacita les persones per gestionar per ells mateixos les pròpies necessitats de salut.

Ara bé, l'apoderament no només s'ha d'entendre restringit a l'àmbit de la salut, sinó que és un concepte genèric que integra les percepcions de control personal, la col·laboració amb altres per assolir metes i una consciència crítica dels factors que impedeixen o milloren els esforços de les persones per exercir el control de la pròpia vida (2). Rogers *et al.* (3), en el seu treball per identificar les dimensions de l'apoderament, van descobrir que l'apoderament es definia mitjançant els següents factors: l'autoeficàcia, l'autoestima, el *continuum* que va de la impotència al poder, l'activisme comunitari, la justa ira, l'optimisme i la percepció de control sobre el futur.

Cakir i Guneri (4) s'han preguntat pels factors predictors d'apoderament en les dones migrants turques al Regne Unit, per concloure que el patiment psicològic és el predictor més important d'apoderament, tot i que n'hi ha d'altres com ara el nivell d'educació i el suport social. En concret, els nivells més baixos d'estrès psicològic i els nivells més alts d'educació i suport social semblen predir un major apoderament.

Pel que fa a l'educació, a més de ser un predictor de resultat, es pot considerar part del procés d'apoderament. Així ho entenen Cigdem *et al.* (5) quan afirmen que un programa no formal d'alfabetització d'adults provoca, en les dones que hi participen, canvis significatius en l'autoestima, l'autoeficàcia i la participació social, però no només, perquè els seus efectes van més enllà de l'àmbit estrictament individual i s'estenen a l'àmbit familiar, on s'apunta cap a unes relacions conjugals més igualitàries. Lògicament, els autors atribueixen els canvis associats al programa als coneixements adquirits, però no s'estan de vincular els resultats al poder benèfic d'acudir regularment a un centre públic sense restriccions per a l'autoexpressió i la interacció social i democràtica.

Aquest mateix mecanisme ha estat identificat per Ayuste *et al.* (6) quan afirmen que les activitats d'ensenyament formals i no formals compleixen una doble funció. D'una banda es realitzen processos d'ensenyament aprenentatge amb objectius molt concrets, i de l'altra

s'estimula la formació de xarxes entre els participants. Tal com passava amb l'alfabetització, Ayuste *et al.* (6) reconeixen els efectes apoderadors de l'aprenentatge de la llengua, per les conseqüències que té en la inclusió social i laboral de les dones immigrants, sempre que aquest aprenentatge es doni en un context on se n'escoltin i apreciïn les seves –de les dones– opinions i valoracions.

En aquest capítol ens proposem de cercar en els nostres informants aquelles manifestacions que ho són de reconeixement i exercici del propi poder en relacionar-se amb els serveis de salut, i ens preguntem pels mecanismes subjacents que fan que se'n faci ús, del poder.

## 5.8.2. Resultats

### 5.8.2.1. Sobre com esdevenir autònom(a). Ser o no ser

Si volem saber sobre els factors que fan que l'usuari magribí iniciï accions que el capacitin per relacionar-se de manera autònoma amb els serveis de salut, sorgeix amb força l'element personal impulsat per elements externs que motiven a l'acció.

L'autoeficàcia i la percepció de poder, com a trets personals que indueixen a emprendre accions per lluitar contra la dependència d'ajuda externa en la relació amb els serveis de salut, es dedueixen de les iniciatives individuals que les persones que s'hi han trobat expliquen com a element clau de capacitació.

Entre les estratègies engedades per aquestes persones hi ha l'esforç per aprendre, entès aquest esforç com una actitud que està present tothora i que es demostra amb petites accions d'iniciativa individual orientades a la pràctica efectiva de la llengua i executades amb constància, com si es tractés d'un hàbit. Entre les estratègies identificades hi ha l'autoaprenentatge: «Pues yo lo que entiendo, lo escribo y... y me voy a casa para que lo leo, para que entender más mejor, así» (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà). La preparació de la visita al metge el dia abans:

Sí, entiende rápido, y encima, yo, la cosa que quiero decir lo hago también en casa para que mañana lo esté preparada y ya está. Sí, sí. Porque no hay nadie que está contigo si estás enferma o hace un niño, bueno cuando estaba el niño lo hablo bien más o menos, pero cuando estuve sola, llevo aquí un año y algo sola, pero cuando me pongo enferma o algo, lo practico antes por la noche y mañana para que lo preparo, son pocas palabras y ya está (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà)

La cerca activa de recursos d'aprenentatge de la llengua, després que, lògicament, s'identifiqui el domini lingüístic com a element essencial de l'autonomia personal en context migratori:

Yo no hace mucho tiempo que... casi dos años en España y primero yo tengo miedo, sí, tengo miedo porque no sabe la idioma, no sabe nada, e cuando yo fui a la calle, no sé qué puedo hacer, mi marido estaba trabajando y yo sola en casa no... Yo, yo encontré dificultades para convivir con otra gente, porque... está emigrantes que están en diferentes países, no solo un país, viene de un país.

P: A ver... recapitulemos... Tú tenías dificultad para...

¡Para comunicarme! Con los otros... Por esta causa una primera vez y busco... C.<sup>1</sup>, para... estudiar, porque no puedo quedar en casa. En el primer mes (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

I l'atreviment de llançar-se a parlar perquè, de fet, les circumstàncies ho exigeixen:

-A veces ella no... su hija no va al colegio e la acompaña al médico, tiene que dar la hora por la tarde. Si no... no dan la hora por la tarde, tiene que ir sola e solucionar la cosa como puede ¿sabes? ¡Eeeso!

-Yo essayo de la... la dejar sola, no coge la mi hija nada, ¡sola! Essayo yo sola.

-Tiene que aprender. Si quiere... si no habla [un] poco, pero tiene que ir sola, poco a poco pa que aprendes.

-Yo no quiero coge mi hija, quiero essayer yo sola, hablar sola (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

El factor personal com a element de pes en l'autonomia es veu reforçat per les declaracions d'una de les informants, que associa les característiques personals a un determinat perfil migratori i aquest a una determinada manera de fer en destinació. Ara bé, cas que aquests trets personals de què parlem es decantin cap a la incapacitat i la dependència, el missatge de la informant és que el poder sempre hi és, i és en la decisió d'agafar-se'l on rau aquest factor personal que distingeix les persones, les quals, segons això, tenen la capacitat intrínseca de canviar –si ho volen– les seves vides:

Depende de mm... dee... los eee... objetivos con quien viene uno. Si una viene de acompañante del marido y quiere que sea siempre así, lo va a ser siempre así, porque ella lo ha querido así, pero el día que quiera cambiar el panorama lo puede hacer. Por estudiar, hacer su vida, salir, hacer cosas... yyy... ayudarse a sí mismas, a su familia y al entorno (EI12. Mediadora, àrab).

Jo m'he trobat un Marroc diferent aquí! Dones de 20 anys que no han estudiat, és molt fort. Jo els hi dic: «Mira, tu tens tota la vida pel davant has de començar a estudiar ja».

P: I ho fan??

Siiif, algunes sí que pensen que han d'estudiar, per algunes se senten majors. Dius: «Mira, tu tens 20 anys i jo», els dic, «jo tinc 30 i pico i ara començo a estudiar a la universitat». No he estudiat però ara penso fer-ho... perquè mai es tard. Bueno intento fer cosas així... (EI11. Mediadora, àrab).

A l'altra banda, els que no se n'han sortit –i amb independència que altres factors puguin interactuar en l'experiència migratòria i el desenllaç–, es perceben desposseïts de capacitat de canvi. Semblen sentir-se còmodes amb la dependència d'un traductor extern i el segueixen mantenint com a principal recurs per comunicar-se amb el sistema de salut:

P: ¿Aún está aprendiendo?

---

<sup>1</sup> Es refereix a una mestra jubilada que de manera voluntària fa classes de llengua a persones que ho necessiten.

Está en casa, dice que no estudia. Estuvo yendo a clase muchas veces dice, pero no consigue aprender nada –dice–, e iba a muchas clases y no había aprendido.

Tres años. Sí que sabe una habla pequeñita [diu la dona sense necessitat de traducció].

Dice que cuando, cuando tenía que hacerse, cuando se tenía que hacer una analítica va sola, cuando es una analítica y ya está, cuando le tienen que dar los resultados sí que va con alguna de las hermanas, amigo, alguna otra hija, una amiga... Cuando es la muela dice que va, dice que le duele la muela y ya está. Pero siempre va acompañada (E14. Usuària, àrab).

I, sobrepassats per les exigències, han abandonat el procés d'emancipació de l'ajuda externa tan bon punt hi han trobat dificultats:

Ah, sí, aquí n'hi ha un centre que van a estudiar [diu la traductora]

P: I hi van, elles?

Que todas han apuntado, pero ¡no va, no va, no va, no va i no va! [diu la traductora visiblement enfadada]  
Estas dugues sí que van. Esta té el seu... nen petit i no pot, i ella tampoc. I la S., ella tampoc, com el seu fill no pot anar... Aquesta no sé per què no va. Diu que va anar un mes i ja està, i com que no entén res (GF3. Dones, berbers, sense estudis 1rs. acabats, baix domini lingüístic, entorn rural).

### **5.8.2.2. Sobre com esdevenir autònom(a). Tenir... i no tenir**

Tenir necessitat. Aquesta és la clau que des de fora actua com a motivació per iniciar-se en el procés d'esdevenir autònom en relacionar-se amb els sistemes de salut. Amb tot, convé precisar que, malgrat que la necessitat es pot considerar un detonant, s'ha demostrat que és causa necessària però no suficient. Tal com ho proven els exemples anteriors, hi ha casos en què la necessitat hi és present però, així i tot, la persona opta per mantenir actituds passives que no afavoreixen el canvi de subjecte passiu a agent.

De fet, la principal necessitat que connecta amb la voluntat de les persones per esdevenir subjectes actius és aquella que es dóna en context de manca d'ajuda. Com sigui que el primer element de referència de bona part de les dones magribines quan arriben a Catalunya és el cònjuge, i la prioritat dels homes del col·lectiu és el treball, les dificultats per disposar d'ells com a guies en el coneixement de les normes i institucions de la nova societat són determinants en el canvi d'actitud de què parlàvem, perquè, per força, la dona s'ha d'espavilar en el desenvolupament de les tasques que li són assignades en aquesta nova circumstància.

L'encàrrec de cuidar de la salut de la família, que inclou anar al metge, és una d'aquestes responsabilitats. Conèixer com funciona el sistema sanitari i saber com fer-ne ús és una de les primeres coses que aprenen els immigrants magribins quan arriben a Catalunya. Quan és una dona qui ho ha d'aprendre, ja sabem que acostuma a ser un home de la seva família qui li ho ensenya. Ara bé, també sabem de la manca de disponibilitat dels homes obligats pel deure d'anar a treballar. En aquesta circumstància, l'absència de l'home exerceix d'estímul poderós a

l'aprenentatge. És més, sovint passa que són els mateixos marits que esperonen les dones a compondre-se-les soles, i es converteixen així en el seu primer estímul emancipador. Ho expliquen molt bé dues informants d'un dels grups focals:

-Yo, cuando me trae mi marido, me hace todo... aquí está seguro, que vas a coger hora... ya está y ya empiezas a ir sola.

P: ¿Es complicado?

-Sí, la primera vez sí. Sí, pasas un poco de... es difícil, pero luego ya... ya sabes casi todo.

[...]

-Yo cuando llego aquí, me dice mi marido, mira «sábelo tu». Y yo me coge... y más... ahora, mucha cosa no la sabe ni él (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

L'absència del marit, però, no és tan determinant quan la necessitat es refereix a un aspecte de la vida que la dona no està disposada a deixar en mans de ningú, perquè vol, activament, encarregar-se'n ella mateixa. En aquests casos, ni que la dona pogués disposar de l'ajuda del marit, la refusaria perquè ella té el determini de fer-se'n càrrec. Vegeu com una de les informants reclama l'autoritat del cuidatge d'una de les seves filles i es reivindica com a interlocutora de referència amb els professionals de la salut:

P: ¿Las enfermeras, explicaban a tu marido?

Es que mi marido cuando estuve yo y... –yo siempre estoy preocupada por los niños y lo más y todo–, él no entiende mucho de estas cosas, sí más, ahora yo entiendo mejor que él. Sí, él me ayuda un poco, en la niña un poco, pero... (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà)

La col·laboració dels homes de la família –molt freqüentment el marit– no es limita només a urgir les dones perquè s'espavilin en el domini de les tasques que li són reservades en aquesta nova vida, sinó que de vegades esdevenen una ajuda molt important per a l'apoderament de la dona, en tant que en cerquen els recursos i hi donen suport:

P: A ver... recapitulemos... Tú tenías dificultad para...

¡Para comunicarme! Con los otros... Por esta causa una primera vez y busco... C., para... estudiar, porque no puedo quedar en casa. En el primer mes.

P: ¿Quién te habló de ella?

Mi marido sabe que está un colegio aquí y yo llego a la secretaria y pregunté a secretaria, e me dice que tenía una profesora que se llama C., y mi marido habló con él, con ella e... e ya está. ¡No tengo miedo, no tengo nada! (GF8. Mixt, domini lingüístic bàsic, entorn urbà).

L'entorn, que no ho posa fàcil, també ha estat identificat com una motivació per a l'aprenentatge de la llengua, el primer pas, al capdavall, per esdevenir autònom en relacionar-



se amb el servei de salut i els professionals que hi treballen. El tercer testimoni d'aquest capítol parla de la por que hom sent en no poder comunicar-se en un entorn desconegut. L'escassetat de recursos i, de fet, la percepció que això comporta, és una altra manera que té l'entorn de pressionar i moure la persona a pensar que l'única sortida vàlida passa per un mateix:

Pues yo... si te digo la verdad, nunca fue conmigo alguien. Nunca, hay veces mi marido, cuando tiene tiempo pero... después nunca [...]. Pero nunca fue conmigo nadie, encima no hay mucha gente. En Tarragona sí que hay, pero en pueblos no hay, no hay ni traducciones ni nada, yo vivo antes en un pueblo, y en un pueblo no encuentro nadie.

[...]

P: ¿Alguien te propuso que viniera un mediador o un traductor?

No.

P: ¿Sabes si lo había?

Creo que no, porque... desde quince días que estuve aquí, me fue [al médico] y con mi marido, ee... en este momento no creo que nadie... y encima es un pueblo pequeñito, solo catalán. No creo que... se puede coger alguien contigo, a lo mejor un niño o algo o así, pero traductor no hay (GF7. Dones, àrabs, estudis 1rs. o 2rs. acabats, entorn urbà).

Els fills, que es queixen de ser requerits com a recurs habitual d'ajuda a la traducció, proven, també, d'exercir la seva influència en l'adult i fer que s'espavili per assolir un maneig lingüístic que els alliberi de la seva feina de traductors: «Ens diuen [els fills], aneu a aprendre de parlar i després a llegir, per saber on aneu...» (GF4. Dones, àrabs, baix domini lingüístic).

### 5.8.2.3. Sobre com esdevenir autònom(a). Ser... i tenir

Pel que fa a l'apoderament comunitari per a la salut, se n'han detectat poques mostres. Una d'elles és la iniciativa i participació en el treball de grup sobre el dol migratori. Un grup sorgit d'una altra trobada amb aspiracions apoderadores –els cursos de català–, i pensat com una acció comuna orientada a millorar el benestar dels que comparteixen l'experiència de la migració i en pateixen els efectes en la salut i el benestar.

Y... hice una charla sobre el dol migratori a las magrebinas, que eran un grupo que hacían cursos de catalán, y... hemos hablado de la experiencia partiendo de mí... que ven que... que he, ella ha encontrado el trabajo fácilmente, que ella sabe hablar, ella no sé qué... Ven en mí como si tengo ángeles de guarda, todos conmigo. Pero intento explicar y hemos explicado... He hecho sacar de ellas lo que yo he vivido, el contacto con, con... al principio con los marroquíes como yo, pero que me evitaban para... o me preguntaban... «¿De dónde eres?» «Soy del norte», «Ah no, yo soy del sur. Adiós». Bueno esto, esto ellas también lo explicaron, y digo bueno, esto también lo sufrí, para que vean que todo lo que sufren, todo... toda persona que viene de inmigrante a un país, lo sufre [...]. Y en el dol migratori hablaron estas mujeres y era una que sufría por su padre que dejaba solo ahí y se encontraba siempre mareado, dolor de cabeza, no dormía, que vomitaba, que le dolían los pies... Y todo esto, después, lo hemos explicado a la doctora, le hemos cogido cita con su doctora para explicar lo que salió en la charla, entonces eeem... le hemos hecho entender que lo que sufre

ella lo sufre mucha gente por la aforanza a la familia, al país... Entonces lloró y lloró y lloramos todos, y veinte mujeres estábamos allí llorando, pero era una terapia. Después todo el mundo salió contento.

Aquest cas il·lustra un exemple d'acció d'apoderament que compta amb el concurs dels elements interns i externs que han d'impulsar les persones i els grups a encetar i participar en accions de millora de la salut i el benestar. Per bé que en última instància l'element més visible d'aquesta iniciativa és la necessitat, si més no, de suportar l'experiència migratòria, no és menys cert que previ a fer el pas de posar remei a un problema sentit, cal la percepció de tenir prou poder per fer-ho. De fet, i pel que s'extreu del relat, aquesta percepció d'autoeficàcia i poder ve de lluny, en tant que les persones que prenen la decisió de fer activament, de ser subjectes –i no objectes– en el cuidatge i defensa de la seva salut, ja han pres altres decisions que confirmen –íntimament– i expressen –públicament– el convenciment de tenir prou poder per canviar les coses, perquè provar d'aprendre a parlar català, no és més que el principi del canvi.

#### **5.8.2.4. Sobre com esdevenir autònom(a). El procés**

El pas de relacionar-se amb els serveis de salut com una persona dependent de recursos externs de traducció i acompanyament a fer-ho amb l'autoritat que dona no necessitar ningú per cuidar d'un mateix i dels que li són assignats, ha estat vist com un procés que exigeix valentia, que demana temps i paciència i que no pot permetre's de menysprear cap assoliment, per petit que sigui, perquè la situació de partida compta a l'hora de valorar els resultats:

I a més a més ells [els homes] quan arriben aquí s'espavilen amb... tot sols. També, la dona, com que sempre ha estat tancada, doncs sortir d'aquest lloc tancat és com que fa massa por, llavors potser només pel fet d'anar a l'ajuntament ja és molt per a elles, entens? Llavors, fins que no es van movent i al cap d'uns anys ja van a agafar l'hora soles, ja van a les visites al CAP i tot. Perquè abans, moltes fins i tot les acompanyava per agafar l'hora, si volien anar al dentista, si volien anar al ginecòleg, si volien... però ara ja moltes agafen l'hora soles (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Sortir-se'n, com a immigrant, en un país i una situació nous, depèn de l'esforç que hom estigui disposat a esmerçar-hi: «Tenemos que pasar un itinerario antes de llegar a un... se tiene que trabajar lo que quieres, nadie te va a venir a ofrecer nada, bueno... a ofrecer, puede que vengan, pero a regalarte algo, nadie vendrá a regalarte» (E12. Mediadora, àrab).

Lluitar per fer-se un lloc com a persona –no només com a immigrant d'origen magribí– és important, com molt bé ha fet notar el testimoni anterior. Per sort, però, aquells que s'hi trobin amb forces i s'hi vulguin posar, poden comptar amb algunes ajudes. Els mediadors, al llarg de les entrevistes, s'han afanyat a recordar que l'objectiu últim de la seva feina és la capaciació de l'usuari per esdevenir un subjecte actiu i autònom en la gestió de la pròpia salut en context migratori: «O sea, uno de los objetivos de la mediación es ayudar al usuario para que tengan autonomía, para la autonomía personal, para que la puedan adquirir e ir al médico solos...» (E18. Mediador, àrab). Una de les mediadores en dona més detalls:

P: A la larga, la mediació ¿puede frenar la autonomía?

Pues esto es la experiencia de día a día durante estos tres años, y lo hemos visto, lo hablamos con los otros compañeros y sacamos las, las... hablamos de nuestras experiencias. Yo, personalmente, las mujeres y los hombres con los que he estado trabajando estos tres años veo que han adquirido mucha autonomía, porque, yo la primera, me pongo contenta, muy contenta cuando vengo y me encuentro una mujer que sabe lo que le dice el médico, sabe el tratamiento, o viene a preguntarte unas dudas que son lógicas para ellas, para ella, que es una duda y sabe lo que quiere preguntarte, entonces cuando viene y te pone una pregunta concreta y sobre un tema que no sabe, entonces sabes que esta mujer ha llegado al nivel de diferenciar lo... Preguntarte lo que sea –dónde está el baño o dónde está el número diez, la consulta diez, en vez de ir a buscarla–, en que te pregunte alguna prueba, «que no sé, me han dicho no sé, me han dicho esto, que tengo que hacer esta prueba, pero no sé si es extracción o si es no sé qué. ¿Puedes, por favor, acompañarme a preguntar?». Y entienden que tú no puedes explicarle la receta, ni explicarle la medicación. Ya han aprendido estas cosas, entonces saben hasta diferenciar porque... tú les has dicho que yo no te puedo explicar lo... [...]. Pero... veo que la gente ha adquirido autonomía.

Al contrario, totalmente al contrario, y nos ponemos contentos. No estamos a favor de que siempre vayan... Yo estoy para trabajar con los nuevos, y si una viene y le digo: «¿Qué?». Y me dice: «Ay, quería preguntarte...». «Dime, ¿qué quieres preguntarme?» Y si me empieza... «pues mujer esto te lo he dicho el otro día». «¿Me puedes acompañar no sé qué...?» «Sí, que lo puedes hacer sola.» Y... bueno, cuando estoy segura que lo puede hacer, si es una... ir a pedir una cita a planta baja en vez de eeeee... de tercera planta, que no está la administrativa... «no tengo por qué acompañarte y llevarte de la mano para... No, tú bajas, coges el número y esperas y te darán cita y tú puedes pedir el día y la hora que va bien contigo, si estás trabajando, si tus hijos están en el colegio...». Todo esto entra en que... enseñarles a utilizar el sistema al favor del sistema y al favor suyo también. Entonces... (E12. Mediadora, àrab).

Els autòctons, compadits per la duresa de trobar-se en terra estranya també hi poden ajudar, i quan ho fan es crea el vincle de l'agraïment i l'amistat, tot plegat amb un efecte benèfic per a uns i altres:

Diu que també els van ajudar quan van entrar amb els nens petits, per fer-los les llibretes de vacunes... Com per exemple, quan van arribar lo que els va ajudar molt és una noia d'aquí catalana, que té 40 i algo. Va ser ella qui els va portar per exemple a l'hospital a fer-los les vacunes... (E12. Usuari, berber).

Em va conèixer al metge malalta, llavors com va veure que no sabíem gaire bé la llengua ens va acompanyar a casa, ens va portar el medicament, ens va acompanyar a la farmàcia, sense coneixe'ns de res. Ara som amigues, és com una mare.

P: Passa molt això?

Home, per exemple aquesta dona que te dic ha ajudat a molta gent del poble, ha fet trucades a l'hospital, a vegades a metges a Barcelona... Vull dir, sobretot els primers anys, tothom qui té algun problema l'anava a veure bastant, ens coneixia a nosaltres i nosaltres... Però ara, per exemple, els que hi ha ara ja no perquè ja, ara ja tots coneixen... a família... Però vull dir ha ajudat a molta gent (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora).

Es percep que la millor manera de capacitar-se per a l'autogestió de la salut és, sense cap mena de dubtes, estudiar. Estudiar per millorar les habilitats lingüístiques dels que se les saben insuficients:

Perquè també ara, això... fan classes de català, llavors mira, moltes ara pensen si sé parlar català podré anar al metge sola, jo no tindrè sempre aquesta persona que m'acompanyi, entens? No sempre dependràs d'una persona. Com aquella vegada que vas venir a casa que hi havia una noia que parlava bastant bé el català, que ella, veus, s'ha espavilat, vull dir... i la majoria de vegades va sola al metge (E17. Usuària, berber. De petita va fer de traductora)

I estudiar per millorar la capacitat de les persones de plantar cara als desafiaments del món canviant en què ens trobem:

Per exemple, tinc una persona que necessita anar a un altre lloc, per exemple un altre hospital. A aquesta persona la deriven a un altre hospital i aquest hospital no té mediador. Si sap el camí ens trobem allí, però si no sap l'acompanyo jo, al camí, caminant. Per ensenyar-li primer el camí per anar al lloc, «la propera vegada t'has de recordar, agafar aquesta línia, o agafar no sé què...». I mentre estic amb ella li vaig explicant: «Has de saber això, has de sortir, has d'estudiar, has de saber lo altre, saps? És molt important». I la gent s'han trobat ara... Jo li he dit a molts homes que abans no deixaven estudiar a les dones, estudiar ni treballar, i ara amb la crisi, els homes no treballen, i que es troben? Que l'home li diu a la dona que ha d'anar a buscar feina. I parlava amb les dones: «Has vist que no sempre l'home treballa? Tu has d'estudiar igual perquè encara que té feina, tu has d'estudiar, perquè... mira, algun dia aquest home li passarà algo, te trobaràs sola, tens fills ara petits, després hauràs d'estudiar amb els nens. A mi no... no em quedaré sempre aquí... però tu t'has d'apanyar i aprendre» (E11. Mediadora, àrab).

Finalment, convé recordar que els informants d'aquest treball consideren que la manera com l'usuari afronti les noves exigències és fonamental per sortir-se'n. Una manera de fer que demana voluntat:

Jo conec persones que... trobo casos que porten aquí un munt d'anys i no saben ni un... ni piu. I algunes que porten aquí dos anys i parlant... És clar, estan més motivades. És que un punt molt important és la voluntat, si no tens voluntat, encara que et digui, encara que et canti... no faràs res (E19. Mediadora, àrab).

Una manera de fer que recomana fugir de victimismes –«no estamos aquí para que nos den todas las facilidades, si no esto va a ir en contra de nosotros, en contra de la gente que está, que está agradecida por cualquier gesto de bondad y por cualquier eem... buen trato, el mínimo, ¿vale?» (E12. Mediadora, àrab)—, perquè el victimisme és incapacitant, no ajuda a construir una bona imatge dels homes i dones magribins i dilueix l'aportació social d'uns en la passivitat dels altres.

I una manera de fer integradora que reconeix en tothom la capacitat de contribuir al bé comú:

A lo mejor tienes... sabes muchas cosas que yo tampoco sé y... que nos podemos ayudarnos y siempre voy con... con mensaje... con la gente que tiene un nivel de estudios, que no han aprendido el idioma, que se dejan a manos de que el marido traiga la comida, la ropa y estoy aquí de emigrante... una mujer como en Marruecos... No. Sino explico que tú tienes un nivel y que puedes hacer mucho para las otras mujeres que no tienen, nosotras tenemos que hacer cosas para que las otras beneficien o creen una red aquí de mujeres que... que pueden dar a esta sociedad, no solamente que nos vean que estamos cogiendo de los recursos de aquí pero... Tú y yo y la otra, y la otra que tenemos algo de estudios, que sabemos algo, podemos ayudar, y ven que... que, que no hay porque crear este... (E12. Mediadora, àrab).

Una contribució que és doblement benèfica. Perquè més enllà d'ajudar-nos a la coneixença mútua i a reconèixer el valor de l'altre i treure'n profit:

Pero no hay que quedarse así con las manos cruzadas esperando que llegue este tiempo para... Tenemos [els magribins mateixos] que dar y explicar las cosas y hacer entender que la mujer magrebí también piensa, siente yyy... tiene mucho que decir, tiene mucho... no solamente que decir, que dar, que opinar (E112. Mediadora, àrab),

dóna la satisfacció de treballar en una feina que, a més d'una manera de guanyar-se la vida –quan ho sigui–, és una manera de millorar la vida dels que se'n gaudeixen:

Acompanyava la gent. Casi que he conegut Barcelona, tots els hospitals, clíniques... Acompanyava a la gent, i, bueno, m'ha agradat perquè sentia que feia algo, saps? No és que estic cobrant, però fent algo més que cobro, saps?... Me sento que estic fent algo útil. Estic amb gent que no saben, que volen saber, bueno no dirigir sino enseñar-los cosas que no saben... als nouvinguts, perquè havien en aquesta zona molts nouvinguts. (E111. Mediadora, àrab)

És l'efecte benèfic d'ajudar algú.

### 5.8.3. Discussió

Els informants han identificat factors interns i externs que mouen les persones a mobilitzar recursos per augmentar llur autonomia en relacionar-se amb els serveis de salut. Com a factors interns han estat identificades l'autoeficàcia i la percepció de poder, mentre que la necessitat i la percepció de pressió de l'entorn immediat han estat els elements externs que fan que les persones iniciïn accions orientades a l'exercici actiu de la condició d'usuari dels serveis de salut, sense oblidar, és clar, el recolzament dels familiars propers, el marit el que més. Els exemples aportats suggereixen que cal una combinació d'elements externs i interns per tal d'iniciar aquesta mena d'accions.

Malgrat que en altres moments d'aquest treball s'ha fet palès que, en alguns casos, els homes del col·lectiu són un entrebanc per a la inserció social de les dones magribines, és interessant ressaltar que també poden ser un estímul per a aquest mateix fi. Els homes del col·lectiu, obligats a anar a treballar i amb poc temps per perdre en la tasca d'ensenyar a les dones nouvingudes el funcionament de les institucions de la societat receptora, urgeixen a les dones a aprendre i actuar de manera autònoma i, fins i tot, les guien i estimulen en iniciatives clarament apoderadores. Per altra banda, la diversitat de maneres de relacionar-se els homes i dones magribins en l'espai domèstic és una realitat que ha quedat clara en aquest estudi i que ha estat reconeguda a la literatura. Així com alguns treballs destaquen els diversos models de relació entre homes i dones magribins –més tradicionals uns, més igualitaris uns altres– (7-9), n'hi ha que es fan ressò de la importància que per a les dones casades agafa el recolzament del marit en un context tot sovint hostil, com és el context migratori (7). Els resultats sorgits d'aquest treball i la bibliografia existent contribueixen a desmuntar el reduccionisme que defensa l'essència monolítica d'homes i dones magribins. Un reduccionisme que a uns els

presenta com a constrictors de l'autonomia de les dones i a elles com a sotmeses. Per altra banda, també neguen l'argument del control social omnipresent com a origen de tots els mals que afecten la dona magribina.

Els comentaris que encara insisteixen en la imatge de la dona magribina com un tot homogeni sense autonomia, totalment sotmesa a l'autoritat masculina contribueixen a afermar els prejudicis i a difondre l'estereotip. Es tracta d'un discurs, per altra banda, molt ben rebut en una societat que no estima els magribins (10, 11), que n'ha construït una imatge denigrant al servei dels propis interessos (12) i que només accepta emmirallar-se en un model de dona, la dona *moderna* de les societats occidentals (9, 13). A canvi, la dona *moderna* d'aquesta nostra societat està disposada a imposar els seus ideals superiors pel bé de totes aquelles dones que necessiten ser alliberades. Llàstima que l'assimilació al model occidental com a única proposta de les dones d'aquí a les dones magribines, cau en els mateixos pecats que denuncia, a saber, la intransigència i el paternalisme (14).

L'argument de la dona passiva i incapaç de demostrar cap mena d'autoritat i iniciativa davant del seu marit també es contradiu amb la reivindicació que algunes dones fan de les parcel·les que consideren que els són pròpies, com és ara tenir cura dels fills. En aquest sentit, convé reflexionar sobre com la diferència de rols de gènere pot ser, també, un element emancipador, en tant que és excusa per reclamar l'autoritat femenina davant de la dels homes en temes que, des de la visió de la dona magribina –potser també des de la perspectiva dels homes–, cauen dins de l'àrea de domini femení. Per altra banda, la reivindicació de parcel·les pròpies de l'autoritat femenina estimula el contacte amb la societat receptora –recordem com una de les informants reclama el dret a ser interlocutora de referència amb els professionals de la salut que cuiden la seva filla– i és, per tant, doblement emancipadora. I ho és perquè ajuda a superar, quan es donen, dues limitacions. La primera, la submissió al criteri i l'autoritat masculines, i la segona, les restriccions a l'ocupació de l'espai públic que, en origen, és tradicionalment reservat als homes (6, 9, 15, 16).

Seguint amb l'argumentació anterior, però ara en un sentit més genèric, cal veure en la decisió migratòria de les dones magribines un altre element per rebatre l'argument de la dona passiva i sotmesa que proposa l'esbiaixat i hostil discurs occidental (13). De fet, alguns treballs coincideixen a assenyalar que totes les dones migrants, només pel fet de ser-ne –de migrants–, són subjectes actius amb independència de quin sigui el seu projecte migratori i si estan o no casades (13, 17).

S'ha d'admetre que les mostres d'apoderament que hem detectat en els informants d'aquest treball no són un fet generalitzat sinó més aviat anecdòtic, es circumscriuen gairebé només a l'àmbit individual i es basen, sobretot, en la superació –o intent de superació– de les barreres lingüístiques que, ara per ara, són un entrebanc important per a la satisfacció de les necessitats de salut dels usuaris magribins i la relació autònoma amb els professionals.

Se sap que l'accés a l'educació i la participació activa de les persones en accions formatives – ja siguin lingüístiques, d'alfabetització, d'educació per a la salut o genèriques– és un important indicador del procés d'apoderament (5, 18-20). A primera vista, pot semblar que el determini d'aprendre la llengua o el fet d'atrevir-se a parlar-la són ben poca cosa. Per no caure en aquest parany convé recordar certs aspectes que poden ajudar a copsar la magnitud real del fet. En primer lloc, cal tenir present quina és la situació de partida, amb nivells molt alts d'analfabetisme i baix domini lingüístic entre els homes i dones del col·lectiu. Cal recordar com el baix domini lingüístic de l'usuari magribí n'afecta la salut, el benestar i la relació amb el medi sanitari i la societat en general. I, finalment, convé ressaltar els efectes apoderadors de l'aprenentatge de la llengua, en primer lloc pel guany instrumental que comporta i després per l'efecte afegit i multiplicador que té en la relació amb el grup d'iguals i la societat d'acollida, fins al punt que pot ser la llavor que germi en accions d'apoderament comunitari, com ara els grups de treball del dol migratori, sorgits d'un grup d'aprenentatge de català. Per altra banda és obvi que el coneixement de la llengua de la societat receptora és un element de primer ordre en el procés d'inserció social dels immigrants (6, 21).

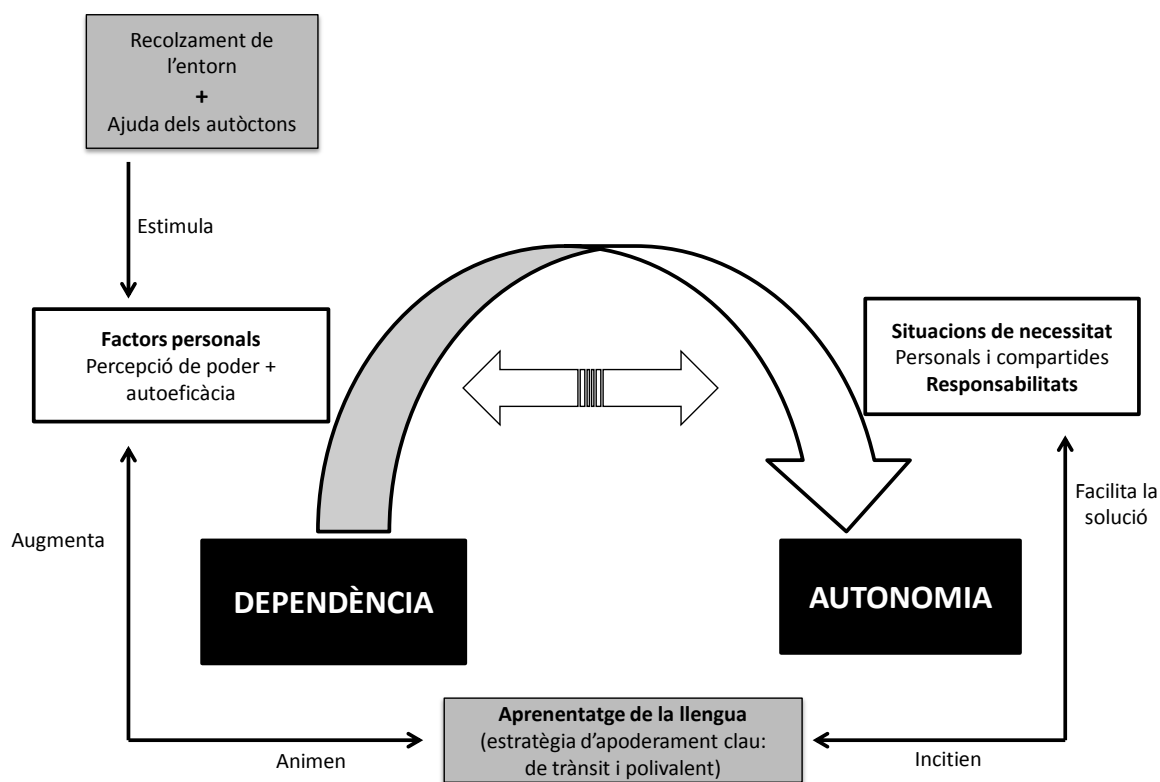
Diversos treballs d'experts dirigits a identificar i orientar bones pràctiques en l'atenció a la salut dels immigrants reconeixen com a element important del seu apoderament comunitari en relació amb la salut i els seus determinants, la inclusió dels immigrants com a actors actius en la millora de la seva salut i els serveis que utilitzen, mitjançant la participació en l'organització, implementació i supervisió del servei. És per això que recomanen que l'administració sanitària mantingui un diàleg permanent amb les comunitats d'immigrants i els seus representants (22-24). Aquesta mena de propostes accepten la incorporació de canvis en l'estructura bàsica del sistema de salut en el sentit d'interculturitzar-la, de fer-la sensible a les pràctiques distintives dels immigrants. Encara més, reclamen que els immigrants residents permanents puguin formar part del grup decisor, si més no com a gestors de la diferència (25). Situats en aquest punt, s'imposa obrir el debat sobre quines són les vies d'expressió política a l'abast dels immigrants, i quines d'aquestes vies estem disposats a acceptar com a societat receptora. En aquest sentit, Zapata-Barrero planteja la manca de drets polítics dels immigrants en situació de residència permanent com un dèficit democràtic absolutament insostenible, ja que en tant que individus amb plena participació en la vida civil, econòmica i social es veuen privats del dret a decidir sobre allò que els ateny directament (26). Amb tot, i davant d'un possible –i probable– desinterès dels ciutadans –immigrants o no– per la política (26), caldria pensar en altres mecanismes d'expressió i participació directa dels immigrants en la presa de decisions sobre la seva salut, com ara les institucions consultives o la recerca d'acció participativa (18, 26, 27).

En ser aquest un treball sobre necessitats de salut, ens hem limitat a parlar de l'apoderament per a la salut dels homes i dones magribins que viuen a Catalunya. No obstant això, convé, abans d'acabar, referir-se als efectes sistèmics que se li suposen. L'Organització Internacional per a les Migracions (19) suggereix que l'apoderament per a la salut dels immigrants s'ha d'abordar des d'una perspectiva àmplia, que busqui incidir sobre la totalitat dels determinants

de la salut, ja siguin socials, econòmics, culturals, estructurals o ambientals, de manera que el canvi de les condicions de vida de les persones, a més de millorar-ne la salut, ajudi a la convivència entre nousvinguts i autòctons, i contribueixi al desenvolupament social i econòmic de les societats.



### 5.8.4. Figura: Dependència a autonomia



### 5.8.5. Bibliografia

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud. Glosario.pdf (application/pdf). Disponible a:  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.  
Consultat 15-8-2013.
- (2) Zimmerman MA, Warschausky S. Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology* 1998;43(1):3.
- (3) Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services* 1997;48(8):1042-1047.
- (4) Cakir SG, Yerin Guneri O. Exploring the factors contributing to empowerment of Turkish migrant women in the UK. *International Journal of Psychology* 2011 06/01; 2013/08;46(3):223-233.
- (5) Kagitcibasi C, Goksen F, Gulgoz S. Functional Adult Literacy and Empowerment of Women: Impact of a Functional Literacy Program in Turkey. *Journal of Adolescent & Adult Literacy* 2005;48(6):472-489.
- (6) Ayuste A, Medina Cambrón A, Payá Sánchez M, Romañá T. El significat del projecte migratori: les dones parlen de la seva experiència. *Temps d'Educació* 2009(37):149-168.
- (7) Casal Cacharrón M. Voces de mujeres: creadoras entre dos orillas. A: Ulloa M, editor. *Entre el Magreb y España. Voces y miradas de mujeres*. Madrid: ACSUR-Las Segovias; 2001. pp. 83-92.
- (8) Pérez Beltrán C. Mujeres y ciudadanía en el Magreb: hacia una nueva realidad social en los albores del siglo XXI. *Anales de historia contemporánea* 2007;(23):119-146.
- (9) Alcalde R, García C, Moreno R, Ramírez M. Las mujeres marroquíes en Cataluña: entre la transgresión y el cambio. *Revista Catalana de Sociologia* 2002;(18):27-44.
- (10) Pew Research Center. Pew Global Attitudes Project. Unfavorable Views of Jews and Muslims on the Increase in Europe 2008. Disponible a:  
<http://www.pewglobal.org/2008/09/17/unfavorable-views-of-jews-and-muslims-on-the-increase-in-europe/>. Consultat 16-09-2012.
- (11) Navas M, Cuadrado I. Actitudes hacia gitanos e inmigrantes africanos: un estudio comparativo. *Apuntes de psicología* 2003;21(1):29-49.
- (12) Corrales EM. Maurofobia/islamofobia maurofilia/islamofilia en la España del siglo XXI. *Revista CIDOB d'afers internacionals* 2004:39-51.
- (13) Moualhi D. Mujeres musulmanas: estereotipos occidentales versus realidad social. *Papers: revista de sociologia* 2000;60:291-304.
- (14) Casal Cacharrón M. Género y migraciones. A: Ulloa M, editor. *Entre el Magreb y España. Voces y miradas de mujeres*. Madrid: ACSUR-Las Segovias; 2001. pp. 35-42.
- (15) Ayuste A, Payá Sánchez M, Romañá T, Baltasar E. De la societat d'origen a la societat d'acollida: una aproximació als processos migratoris de les dones marroquines i dominicanes. *Temps d'Educació* 2007;(33):165-182.

(16) Abdelaziz M. Las mujeres en las sociedades magrebíes contemporáneas. A: Ulloa M, editor. Entre el Magreb y España. Voces y miradas de mujeres. Madrid: ACSUR-Las Segovias; 2001. pp. 23-34.

(17) Carrasquilla Coral MC, Pellicer Balsalobre CM. Lugares de ida y vuelta. A: Ulloa M, editor. Entre el Magreb y España. Voces y miradas de mujeres. Madrid: ACSUR-Las Segovias; 2001. pp. 43-56.

(18) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNDH), Organización Mundial de la Salud (OMS). Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

(19) International Organization for Migration. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants. 2006; Disponible a: [http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL\\_DRAFT - IOM SDH.pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL_DRAFT_-_IOM_SDH.pdf). Consultat 26-8-2013.

(20) Deville W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, et al. Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. BMC Public Health 2011 Sep 13;11:699.

(21) Sagaama O. Integració lingüística i cultural dels immigrants marroquins a Barcelona. LSC–Llengua, societat i comunicació 2010;(8):72-82.

(22) World Health Organization. Health of migrants. The way forward. Report of a global consultation. Madrid, Spain. 3-5 March 2010. Disponible a: [http://www.who.int/hac/events/consultation\\_report\\_health\\_migrants\\_colour\\_web.pdf](http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf). Consultat 18-8-2013.

(23) Mladovsky P. Migration and health in the EU. 2007; Disponible a: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/rn\\_migration\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/rn_migration_health.pdf). Consultat 26-8-2013.

(24) Fernandes A, Miguel JP. Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.

(25) Zapata-Barrero R. Inmigrantes en el sector de la sanidad: ¿Acceso universal o problema cultural? Cuadern CAPS 2004;(32):9-17.

(26) Zapata-Barrero R. El turno de los inmigrantes: esferas de justicia y políticas de acomodación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2002.

(27) Van der Velde J, Williamson DL, Ogilvie LD. Participatory action research: practical strategies for actively engaging and maintaining participation in immigrant and refugee communities. Qual Health Res 2009 Sep;19(9):1293-1302.

## **6. CONCLUSIONS**

## **6. CONCLUSIONS**

Per bé que a cada un dels capítols de resultats s'hi han exposat les conclusions corresponents, l'exposició d'aquestes conclusions s'ha fet seguint el fil dels temes emergents sorgits de l'anàlisi de les dades, uns temes que no sempre es corresponen estrictament amb els objectius plantejats al principi d'aquest treball. És per això que ara s'imposa relligar altre cop els resultats i concloure seguint els eixos temàtics a través dels quals s'han anunciat els propòsits d'aquest treball. Igualment importants són el reconeixement de les limitacions que han afectat aquest treball i les propostes d'estudis futurs que en sorgeixen.

### **6.1. Sobre el perfil sociodemogràfic**

L'estudi sociodemogràfic dels homes i dones de procedència magribina que viuen a Catalunya ha revelat l'existència de diferents eixos de desigualtat social, que a mig o llarg termini poden afectar la salut i el benestar de les persones que la pateixen –la desigualtat–, tal com afirmen amb contundència els treballs sobre desigualtat social i salut (1-3). Els principals eixos de desigualtat identificats són les dificultats en el maneig dels idiomes oficials a Catalunya, uns nivells d'instrucció força inferiors als de la població autòctona i amb una presència important d'analfabetisme, uns ingressos individuals i familiars que se situen en els percentils més baixos de la distribució de la renda, l'ocupació preferent en feines de baixa qualificació, una major temporalitat i irregularitat laboral, i una molt baixa participació social. Aquests eixos de desigualtat s'expressen en un doble sentit. En primer lloc en tot el col·lectiu en relació amb la població autòctona, i seguidament entre les dones del col·lectiu respecte als homes magribins. No obstant això, cal fer algunes apreciacions que matisin l'expressió de les desigualtats de gènere dins del col·lectiu, ja que les dones magribines que treballen fora de casa gaudeixen de més estabilitat que no pas els homes magribins, i no s'han detectat diferències de classe social entre els homes i les dones del col·lectiu estudiat. Malgrat que al primer cop de vista aquestes afirmacions puguin semblar una bona cosa, convé tenir en compte que només una quarta part de les dones magribines treballa fora de casa i que la classificació de la classe social utilitzada a l'ESCA 06 està basada en l'ocupació, de manera que ben bé podria ser que l'avantatge laboral de les dones magribines respecte als homes del col·lectiu afectés només una petita part de les dones.

En un altre ordre de coses, i sense desmerèixer la significació personal d'haver de viure en situació irregular, en el moment de l'estudi el col·lectiu de magribins gaudia de millor situació documental que el conjunt dels immigrants establerts a Espanya.

### **6.2. Sobre l'estat de salut**

L'anàlisi detallada de l'estat de salut permet descartar la teoria de l'immigrant portador de malaltia. Els homes i dones magribins no declaren més patologia mental que la resta d'homes i dones entrevistats a l'ESCA 06. A jutjar per l'autovaloració de la salut i altres indicadors de

salut autodeclarats, i tot i que a l'ESCA 06 no es pregunta per les malalties infeccioses que tradicionalment s'atribueixen a la població immigrant, tampoc sembla que aquesta mena de patiments afectin especialment els homes i dones magribins. Finalment, no s'ha demostrat que les diferències culturals evidenciades en la relació entre professionals de la salut i usuaris magribins comportin entrebancs al manteniment i la cura de la salut, si més no, entrebancs que no es puguin resoldre parlant.

Globalment, i pel que fa a la resta de condicions de salut per què s'ha preguntat a l'ESCA 06, l'autovaloració de la salut és gairebé sempre millor entre els magribins que no pas entre els autòctons. Així i tot, no es pot confirmar l'efecte de l'immigrant sa, bàsicament per dos motius. En primer lloc, perquè una afirmació com aquesta requereix estudis amb un plantejament longitudinal, i no és el cas. En segon lloc, perquè en la comparació dels resultats globals d'un i altre grup convé tenir-hi en compte la joventut del col·lectiu de magribins respecte a l'envelliment de la població autòctona. De fet, les desagregacions etàries a què s'han sotmès els resultats semblen indicar que els avantatges de salut que mostra el col·lectiu de magribins respecte del d'autòctons estan motivats pel fet de tractar-se d'un col·lectiu força més jove que no pas el d'autòctons, ja que bona part d'aquests avantatges es perden en comparar els grups edat per edat.

Emigrar i establir-se lluny de casa és vist com un procés associat a canvis en la salut, mesurats en termes de requerir més o menys atenció sanitària. L'atribució causal d'aquests canvis no acostuma a dirigir-se al procés migratori ni a les condicions d'establiment, sinó que més aviat es veu com el resultat normal de transcórrer el temps i els canvis socials i psicològics que s'hi associen.

Més enllà del component físic de la salut, han estat identificats tota una sèrie de sofriments associats al fet migratori i a les condicions d'establiment en destinació, no tant des del punt de vista material com pel que fa a la relació establerta amb la societat d'acollida. Associats al fet migratori hi ha la necessitat d'elaborar les pèrdues que comporta marxar de casa per començar de nou en un altre lloc. En aquest sentit, l'enyorament i la solitud han estat els dolors més presents. Associats a la relació establerta amb l'entorn, les principals queixes sobre el benestar dels homes i dones magribins establerts a Catalunya expressen sentiments de por, vergonya, exclusió, desarrelament, dificultats per repensar la identitat i percepció de discriminació i prejudici. A més, també hi ha certesa que tot plegat pot arribar a afectar la seguretat física i fer les persones vulnerables a la malaltia.

Pel que fa a l'establiment en un entorn nou, s'ha demostrat que la relació que s'adopta amb la societat d'acollida és decisiva i ha de marcar l'experiència i, en bona part, el balanç que se'n faci. La relació que s'estableix amb l'entorn té la particularitat de modular l'autoconcepte, en virtut del qual la persona acaba per acceptar –justificar, fins i tot– el menyspreu que rep de la societat receptora. Això, és clar, sempre que el reflex que arriba projecti una imatge negativa

d'un mateix. En cas que les coses no s'esdevinguin en aquest sentit i un es percebi com a acceptat i valuós, els efectes positius d'aquesta impressió també es fan sentir en forma de benestar i millora de l'autoestima.

Malgrat l'existència d'elements externs que amenacen la resistència de les persones, ja sigui a nivell físic, psicològic o social, també és cert que s'han pogut identificar determinades circumstàncies que ajuden a reeixir en l'empresa migratòria. Inherents a la persona hi ha la percepció de poder i l'autoeficàcia. Provenents de fora, la percepció de necessitat i el suport de l'entorn pròxim. En la necessitat s'hi reconeix l'estímul a l'acció, i en el recolzament de les persones significatives, l'ànim per persistir en la dèria de fer-se un lloc com a persona digna, capaç i necessària.

Evitar qualsevol mena de victimisme en la relació amb la societat d'acollida també ha estat identificat com un element clau que ajuda a acceptar-se i ser acceptat com a persona valuosa.

### **6.3. Sobre el patró d'utilització dels serveis de salut**

L'accés administratiu a la cobertura sanitària pública és gairebé universal entre els usuaris magribins. No obstant això, si es compara amb el dels autòctons, el col·lectiu de magribins mostra un perfil específic d'ús dels serveis de salut.

A grans trets, les particularitats d'ús del servei de salut pròpies dels usuaris magribins en revelen una utilització, en general, inferior a la que en fan els autòctons. En aquest sentit crida l'atenció la menor adhesió a les pràctiques preventives i un molt baix nivell d'assistència a les consultes d'infermeria. El recurs a urgències i les hospitalitzacions –exceptuant les hospitalitzacions per part, que són notablement superiors entre les dones magribines–, mostren nivells d'utilització força semblants entre usuaris magribins i autòctons. Convé precisar, però, que si bé la possibilitat que un usuari magribí acudeixi a urgències és la mateixa que ho faci un autòcton, la mitjana de visites a urgències dels usuaris magribins que fan ús del servei és discretament superior a la dels autòctons.

Per bé que sense reflex en els resultats quantitius d'aquest treball, l'anàlisi qualitativa de les dades evidencia certs problemes en l'accés i ús dels serveis de salut per part dels usuaris, problemes que es concreten en equívocs en l'exercici dels drets i compliment dels deures com a usuari, un sentiment d'inseguretat en relacionar-se amb les institucions i professionals de la salut, i una utilització ineficient del servei. Subjacents a aquesta manera de fer s'han identificat determinades circumstàncies que permeten explicar-la, com ara les dificultats per comunicar-se professionals i usuaris, i les experiències prèvies de rebuig associades a l'ús dels serveis de salut. Els problemes de l'usuari per entendre i fer-se entendre determinen l'accés a informacions incertes sobre el funcionament del sistema que, per força, acaben condicionant l'actuació de l'usuari. Per altra banda, les experiències prèvies de rebuig associades a l'ús dels

serveis de salut afermen la por i la sensació d'inseguretat de l'usuari, tot plegat per acabar donant un perfil d'ús prou característic que es presta a ser mal interpretat.

La consideració de la salut com un bé no prioritari i la percepció de dificultats per compatibilitzar la feina amb l'assistència als serveis de salut s'afegeixen als elements descrits anteriorment per determinar, encara més, un perfil d'ús d'aparença irresponsable.

#### **6.4. Sobre l'experiència de relació amb els serveis públics de salut**

El relat sobre l'experiència de relació de l'usuari magribí amb els serveis públics de salut s'estructura essencialment en quatre eixos de significat, a saber: la confiança, la satisfacció, la discriminació i el perjudici.

Les apreciacions dels informants no han estat unànimes, és més, una mateixa persona ha identificat experiències de significats diversos, segons com han anat els fets en cada cas. En canvi, sí que hi ha hagut acord en afirmar que la manera com els professionals de la salut es relacionen amb l'usuari magribí, i les sensibilitats que mostren no es perceben relacionades amb fets objectius com ara el temps disponible per a la consulta o altres restriccions estructurals, sinó que depenen de la persona, de la voluntat que tingui de commoure's pel sofriment de l'altre i del compromís –personal i professional– per alleujar-lo. Un altre element que determina l'actuació dels professionals envers l'usuari magribí –sempre des de la visió dels informants, és clar– és la seva actitud –la del professional– cap al fet migratori, tot percebent que hi ha un millor tracte si l'actitud és d'acceptació de la immigració i els immigrants, que no pas al revés.

La confiança es dibuixa com un procés que, per defecte, compta amb l'actiu de la professionalitat i va progressant –o no– a mida que s'esdevé la relació. Si es dona, la confiança es mostra com un procés ascendent que comença per fer-ne en les persones, s'estén a les institucions que aquestes persones representen i acaba per donar usuaris que aprenen a utilitzar adequadament els recursos sanitaris.

Per bé que la satisfacció està determinada per les expectatives sobre què es pot esperar dels professionals i del sistema de salut, les habilitats clíniques i de relació interpersonal contribueixen a crear confiança i satisfacció. Les habilitats clíniques demostrades en la interacció, perquè es vinculen directament a les expectatives de l'usuari. I les habilitats de relació interprofessional, per la capacitat que tenen de transmetre –o no– interès genuí per la sort de l'usuari. En canvi, una comunicació rudimentària o deficient contribueix a crear recel i desavinença. Recel, perquè d'ella depèn que els professionals puguin argumentar les decisions i l'usuari les entengui com a motivades exclusivament per raons clíniques –i no d'altra índole–. Desavinença, perquè del nivell de comunicació que mantenen les parts en depèn que usuaris i professionals puguin negociar i acordar solucions adaptades a cada cas.



La percepció de discriminació és una ocurrència que ha estat mencionada en diverses ocasions. Per tal com s'han esdevingut els fets que els usuaris titllen de discriminatoris, no sempre es pot distingir entre actuacions professionals reprovables i accions de tracte diferenciat envers els usuaris magribins. No obstant això, i sense menystenir la gravetat del tracte discriminatori quan n'hi hagi, convé recordar que no cal que s'objectivi discriminació perquè s'afecti la salut de les persones i que n'hi ha prou amb la discriminació percebuda perquè la salut se'n ressenti o augmenti la vulnerabilitat a la malaltia (4-7).

Pel que fa al perjudici, la percepció dels usuaris és que entre els professionals circula un clixé sobre la dona magribina que la presenta com a analfabeta, amb un maneig lingüístic molt deficient, amb moltes dificultats per aprendre res i sotmesa a l'autoritat masculina. Paradoxalment, no és estrany veure que els professionals fomenten amb complaença aquest reduccionisme, excloent la dona de la presa de decisions, impedit-los la possibilitat de manifestar-se diferents de com se suposa que haurien de fer-ho, o negant-les com a magribines sempre que se'n surtin, del clixé. Una negació que és vista com un compliment per part de qui la fa i tal vegada com una ofensa per a qui la rep. I és que, bona part dels homes i dones magribins senten que, ara per ara, la integració és un afer que s'assembla massa a l'assimilació, del qual només ells i elles n'han de retre comptes. Per altra banda, els homes i dones magribins perceben que els autòctons identifiquen com a únic model de vida modern i desitjable el model de vida occidental. Així les coses, els usuaris magribins senten que l'admissió a l'estrat superior de la «modernitat» està condicionada a la renúncia o, si més no, a l'absència de trets evidents que els identifiquin –a ulls de la societat receptora– amb la tradició d'origen.

Hi ha el convenciment que els comportaments dels professionals es basen, al marge de les directrius institucionals, en la seva humanitat –la dels professionals– i en la determinació individual de respectar –o no– la dignitat de les persones. A l'altra banda, i pel que fa als usuaris, s'ha detectat una certa disposició a percebre's discriminat i identificar en clau de tracte diferencial aquells comportaments professionals que no s'entenen o no s'accepten.

### **6.5. Necessitats de salut**

Els eixos de desigualtat que afecten els usuaris magribins han estat reconeguts en altres treballs com a poderosos determinants socials de salut (3, 8-10). De fet, tot i que aquest estudi no tenia l'objectiu d'establir associacions entre la situació social i econòmica i la salut de la població estudiada, alguns dels usuaris entrevistats han identificat mecanismes pels quals els eixos de desigualtat detectats podrien estar afectant la salut. Exemples d'aquest encadenament de fets podrien ser la por que els drets laborals no siguin respectats quan cal absentar-se de la feina perquè s'està malalt o cal acompanyar algú de la família al metge; les restriccions a les prestacions amb copagament quan hi ha problemes econòmics; la situació irregular que provoca abstenció de cerca d'atenció per por a ser denunciats; el baix nivell educatiu que

interfereix en la capacitat per aprendre la llengua i, per tant, en la capacitat d'apoderar-se; o un capital social molt baix, que agreuja altres sofriments i priva el contacte intercultural que, al seu torn, impedeix el coneixement mutu tot perpetuant el prejudici a totes dues parts del binomi.

L'accés informal als coneixements del sistema sanitari contribueix a perpetuar els equívocs, a la difusió d'informació no basada en fets reals i, en conseqüència, a la utilització subòptima dels serveis de salut. Aquest ús poc eficient del sistema de salut també està influït pels hàbits de salut que aporta la persona i pel sistema sanitari de procedència, en tant que d'entrada condiciona les expectatives de l'usuari i en determina el perfil d'ús.

La salut s'ha mostrat com un valor no prioritari, després de les necessitats laborals, econòmiques o de regularització. Això no hauria de ser un problema si la valoració de la salut s'hagués fet lliure de constriccions i motivada per variables de necessitat, que no és el cas. Alguns relats d'inhibició de cerca d'atenció, manca de respecte als compromisos adquirits o refús de tractament reflecteixen un capgirament de prioritats imposat per l'estat de variables no estrictament sanitàries com les que han estat mencionades més amunt, que desplacen la salut a posicions subordinades i obliguen a prendre decisions de salut prescindint de la necessitat o menystenint-la. En aquest sentit, és especialment significativa la percepció de manca de drets laborals que, juntament amb les dificultats idiomàtiques, modifiquen el perfil d'ús dels serveis de salut tot condicionant-lo a la disponibilitat de traductors i, fins i tot, traslladen la responsabilitat de la traducció en context sanitari dels adults competents als nens i nenes magribins.

La utilització de nens i nenes magribins com a traductors fa baixar la qualitat de la traducció, obliga a fonamentar les decisions clíniques en bases incertes, afecta el benestar del menor, interfereix en el dret a l'educació dels nens i nenes magribins, capgira la jerarquia familiar i obliga a qüestionar els plantejaments morals d'una societat que permet que nens i nenes en edat d'anar a escola, deixin de fer-ho per assumir responsabilitats pròpies d'un adult. Els efectes de la utilització de nens com a traductors als serveis de salut són presents i, molt probablement, també futurs, en tant que no hi ha dubte que les nenes i els nens magribins que avui no van a escola i demà seran ciutadans catalans, no hauran gaudit de les mateixes oportunitats que els altres nens. Un fet, aquest, que podria afectar-los individualment en el seu desenvolupament com a persones i com a ciutadans i, tal vegada, afectar la convivència i la cohesió social per la percepció de greuge que s'hi associa.

El baix domini lingüístic, quan es dona, se situa a la base de bona part de les dificultats amb què es troben els usuaris magribins en la satisfacció del dret a la salut. De fet, es podria considerar com una categoria central que impregna l'experiència de la salut i de tenir-ne cura, i és així perquè el domini lingüístic té efectes inqüestionables en el benestar i la salut, en el perfil d'accés i ús dels serveis sanitaris, en la satisfacció de l'usuari, i en l'entorn immediat de la persona, que és requerida com a traductora. És més, si es fa cas del testimoni d'usuaris i

mediadors, molt probablement també tingui efectes sobre el sistema sanitari, en interferir en l'ús racional i eficient dels recursos.

Malgrat l'oferta existent de recursos d'aprenentatge de la llengua, crida l'atenció la persistència d'un baix nivell de domini lingüístic en bona part de la població magribina –especialment entre les dones–, la qual cosa obliga a preguntar-se per la idoneïtat de les accions de formació dirigides al col·lectiu. De manera explícita, s'ha criticat una certa falta de motivació per part dels usuaris –usuàries sobretot– per aprendre la llengua. Una passivitat que es reconeix provocada per la por a no ser capaç d'aprendre i un entorn pròxim que cobreix les necessitats bàsiques sense que calgui parlar català o castellà. A més, la dificultat per conciliar les obligacions laborals i familiars amb l'assistència a classe, plantejaments pedagògics poc atractius i la sensació que el que s'aprèn serveix de ben poc per a la vida real, també hi ajuden. Indirectament, la dedicació preferent de la dona magribina a la vida domèstica redueix les possibilitats de relació amb la societat receptora i la priva d'una ocasió de pràctica i aprenentatge de la llengua, a més de fer que es perdin valuoses oportunitats de coneixença mútua.

La migració comporta canvis –quan no pèrdues– inevitables en el capital social. Per una banda, hi ha el canvi que experimenten les relacions amb les persones de referència a la societat d'origen. Un canvi que en algunes circumstàncies es percep com una pèrdua. Per l'altra, hi ha el repte i les dificultats per construir capital social en destinació migratòria. Per bé que les xarxes de solidaritat en context migratori estan organitzades i funcionen en l'acollida i l'adaptació al medi, es troben a faltar els familiars i les relacions prèvies a la partida. A més, les xarxes de solidaritat en context migratori comporten un cert grau de control social que pot ser un obstacle a l'apoderament, i poden interferir en l'intercanvi entre magribins i autòctons, en tant que és possible que funcionin com a bombolles socials gairebé autosuficients que obvien el contacte intercultural. Quant a la participació social dels magribins en activitats diverses, mesurada per la pertinença o participació en grups o associacions d'àmbit comunitari, ja s'ha vist que era molt baixa. Com sigui que hi ha força bibliografia que demostra la relació entre el capital social i la salut (11-14), es pot afirmar que l'estat del capital social dels magribins a Catalunya s'ha de tenir en compte com un factor de vulnerabilitat per a la salut, al temps que s'ha de contemplar com una via indirecta a través de la qual incidir en el benestar i la fortalesa dels homes i dones magribins a Catalunya, sense menystenir, és clar, els efectes que actuacions dirigides a aquest àmbit poden tenir sobre la convivència.

Malgrat que no es pot parlar d'un únic estil de relació de l'usuari magribí amb la societat d'acollida i malgrat que factors individuals com ara l'autoestima o la situació legal poden afectar la relació, alguns informants critiquen un cert victimisme en el fer d'homes i dones magribins en relacionar-se amb les persones i institucions de la societat receptora. La posició victimista dels homes i dones magribins en la seva relació amb la societat receptora fomenta un estil d'usuari –de ciutadà– passiu que dóna arguments a la crítica. Una crítica que els torna el missatge que

són poc apreciats –quan no una nosa–, tot incidint en l’autoestima malmesa dels homes i dones magribins per acabar de tancar el cercle viciós que els n’atrapa l’autoconcepte en la valoració que d’ells i elles en fa la societat d’acollida.

Per altra banda, i en certa mesura lligat a la manera com magribins i autòctons es relacionen, hi ha les crítiques a la laxitud amb què alguns homes i dones magribins es prenen les normes. La poca exigència dels adults magribins en el compliment del deure ciutadà en qüestions com ara la utilització de nens com a traductors als serveis de salut, contribueix a estendre l’abast de la crítica més enllà del tema concret de què es tracta i a justificar el prejudici entorn del comportament de tot un col·lectiu, per molt que l’altra part –la dels autòctons– mantingui també un comportament criticable que, de fet, transmet la idea que algunes obligacions són eludibles.

Finalment, i malgrat que el sistema públic de salut català gaudeix de molt bona consideració entre els magribins perquè és universal i gratuït i el consideren de fàcil accés, la percepció de discriminació en la seva relació amb el sistema de salut, la percepció de discriminació en altres àmbits de relació amb la societat i, de fet, el tracte discriminatori que s’ha pogut constatar –per bé que ocasional– a partir del relat dels informants, tenen, per força, un efecte en la salut i el benestar de les persones, bé perquè els afecten directament, bé perquè incideixen en l’accés i ús del servei de salut.

## **6.6. Propostes de millora**

Les propostes de millora sorgides d’aquest treball són propostes, majoritàriament, inferides a partir de l’anàlisi minuciosa dels resultats, tot i que també s’hi poden trobar suggeriments directament sorgits de la declaració dels informants.

De l’estat dels determinants de salut dels magribins a Catalunya se’n desprèn una primera proposta, i és aquella que cerca minimitzar la pèrdua de salut associada a les condicions de vida de l’assentament i assegurar la igualtat d’oportunitats entre les persones que han vingut per quedar-se i els que ja hi eren, aquí. És el que s’anomena la salut a totes les polítiques i que es defineix per actuacions transversals –és a dir no estrictament de caràcter sanitari–, l’efecte de les quals es deixa veure, també, en la salut. L’anàlisi dels eixos de desigualtat identificats suggereix la necessitat de promocionar polítiques educatives orientades a persones adultes amb necessitats educatives específiques, com ara l’alfabetització i l’adquisició de competència en el maneig del català, així com la millora del nivell educatiu d’aquells que tenint assolida la capacitat de llegir, escriure i parlar en català o castellà necessiten i volen seguir formant-se.

Com sigui que el percentatge de magribins que fan feines manuals ronda el 90 % i que el percentatge de treballadors magribins que fan feines de baixa qualificació supera el percentatge de magribins amb un nivell crític d’instrucció, no es pot dir que el nivell d’estudis sigui l’única raó per la qual els homes i dones magribins se situen als estrats socials més baixos. Tot i que el mercat laboral actual, en tant que canviant, demana als treballadors de

formar-se constantment, aquestes dades suggereixen que la formació dels homes i les dones d'origen magribí no pot ser l'única estratègia per afavorir-ne la progressió social, sinó que cal pensar, també, en promocionar canvis a l'altra banda de la societat, canvis que aconseguirien modificar la consideració que la societat receptora té envers el col·lectiu de magribins o, si més no, que permetin de crear-se'n una opinió lliure de prejudicis. El punt de partida per propiciar aquests canvis s'hauria de recolzar en el foment d'accions que animin uns i altres a conèixer-se i a relacionar-se. Accions que puguin ser vistes com a engrescadores i que no estiguin específicament dirigides a immigrants. En aquest sentit i per bé que les xifres de participació social entre els magribins són molt baixes, les institucions de caire educatiu, cultural i esportiu són les que gaudeixen de major acceptació entre els homes i dones del col·lectiu. Pel que fa a l'apel·lació d'alguns dels informants a que els magribins adoptin un paper actiu en relacionar-se amb la societat d'acollida, convé prendre's seriosament aquesta proposta i animar els homes i dones magribins a canviar la manera com es relacionen amb la societat receptora. Aquesta nova manera de relacionar-s'hi no vol dir renunciar a demanar el que hom necessita, vol dir –segons la visió dels informants– acceptar que en la relació establerta entre magribins i autòctons tots poden oferir alguna cosa a l'altre. Una proposta com aquesta podria ser molt útil per trencar el cercle viciós entre l'autoconcepte i el reconeixement extern.

Com sigui que la situació laboral i la circumstància econòmica són poderosos determinants socials de salut, i donat que totes dues variables s'han demostrat com un eix de desigualtat que afecta els homes i dones magribins, cal plantejar-se la necessitat de mesures estructurals que millorin les condicions laborals dels treballadors, especialment pel que fa a la població treballadora de les classes socials més desfavorides, en tant que s'ha vist que estan sotmesos a pitjors condicions contractuals i més exposats a riscos laborals de tota mena (15-18). Amb tot, aquesta és una demanda gairebé utòpica perquè en plena crisi econòmica bona part dels ajustaments per afrontar la crisi s'estan fent a costa de baixar els sous dels treballadors i augmentar-ne la precarietat laboral.

Essent el context laboral l'àmbit en què la percepció de discriminació és màxima i tenint en compte que la discriminació a la feina –percebuda o objectivada, tant és– pot arribar a capgirar les prioritats, tot fent que s'ignori la necessitat sentida de cerca d'atenció per por a la pèrdua de la feina o al perjudici econòmic que comportaria acudir als serveis de salut, convindria, també, assegurar la promoció i el compliment dels drets laborals entre els immigrants amb iguals condicions que els autòctons, en tant que la percepció de discriminació laboral afecta la salut i el benestar de les persones que la senten.

Tal com han palesat els resultats d'aquest estudi, el baix maneig lingüístic en català o castellà s'ha revelat com una categoria central que determina bona part de les dificultats amb què es troben els homes i dones magribins per cuidar-se i relacionar-se amb els professionals i les institucions de salut catalanes. En coherència amb aquest fet, la competència en alguna de les llengües oficials a Catalunya, especialment el català, es pot considerar un element clau en

l'apoderament dels immigrants amb efectes sobre l'autoestima, la inclusió social i la millora del benestar. Al seu torn, les institucions polítiques i socials catalanes, a través dels successius plans d'immigració (19-21), també han donat mostres de la importància atorgada al domini lingüístic com a instrument de capacitació i exercici de l'autonomia en diferents àmbits. Així les coses, crida l'atenció que malgrat l'oferta de programes d'aprenentatge de la llengua dirigits a immigrants, hi hagi encara força magribins i magribines que declaren un maneig insuficient en qualsevol de les llengües oficials a Catalunya, que expressen estar poc motivats per aprendre-les, o que tenen dificultats per mantenir l'assistència als cursos de català o castellà.

Per bé que el diagnòstic sobre el paper del domini de la llengua en el manteniment i cura de la salut sembla encertat, l'estratègia per fer-hi front és encara incerta. Alguna cosa deu fallar si, malgrat la contundència amb què el problema es manifesta i malgrat que les institucions –no només les de salut– promocien l'aprenentatge de la llengua pel poder emancipador que se li reconeix, el nivell de domini lingüístic entre els homes i dones del col·lectiu és força baix. En aquest fet podrien jugar-hi diferents factors. En primer lloc, alguns usuaris entrevistats han identificat la passivitat com un estil de relació amb la societat receptora força present entre els magribins. Un estil propiciat, segons la seva anàlisi, per diferents raons, com ara un entorn immediat que proveeix ajuda de manera eficaç i una autoestima malmesa que limita la percepció de capacitat i anticipa un cert rebuig en relacionar-se amb la societat receptora. Per altra banda, el control social exercit des de l'interior del grup i experiències prèvies de formació que s'han percebut com a inútils o insatisfactòries sembla que frenen la participació dels homes i dones magribins en activitats d'aprenentatge de la llengua. A partir de suggeriments concrets i inferències sorgides de les declaracions dels informants, es desprenen certes indicacions que podrien millorar l'assistència als cursos de llengua i, tal vegada, a altres activitats formatives. Heus aquí les recomanacions: en primer lloc, cal pensar en materials i activitats formatives adaptats als diferents nivells d'instrucció dels destinataris, que considerin, és clar, la presència d'homes i dones analfabets o amb nivells molt baixos d'instrucció, i la possibilitat d'una alfabetització prèvia en un sistema totalment diferent al nostre. La disponibilitat horària dels homes que treballen o les dones que tenen cura de la família s'ha de tenir en compte a l'hora de planificar els horaris de les accions de formació. Fins i tot es podria pensar en recursos d'ajuda per assistir a classe com ara un servei de guarderia –organitzat si és possible i per tal d'evitar crítiques de discriminació positiva, a partir de recursos de la mateixa comunitat de magribins–. Pel que fa als continguts, és necessari que siguin viscuts com a significatius i orientats a solucionar situacions concretes de necessitat, com ara la cerca de feina, la compra diària, entrevistes amb mestres, cura de la salut, tràmits administratius, etc. I quant al mètode, i vist que alguns dels usuaris que han provat d'anar a classes de català han titllat l'experiència d'avorrida, seria recomanable un abandonament progressiu de les aules com a escenari preferent d'aprenentatge per tal de sortir al carrer i experimentar-se –amb ajuda, és clar– en situacions reals de necessitat comunicativa. Tal com ja s'ha apuntat a la discussió del capítol corresponent, una iniciativa com aquesta contribuiria, també, a oferir oportunitats d'interacció –i per tant de coneixença– entre autòctons i magribins. L'èxit d'algunes experiències organitzades

amb el concurs d'institucions de diferents àmbits com ara el sanitari i el de promoció de la llengua, en què els destinataris de la intervenció compten amb suports de tots dos camps, encoratgen les accions d'aquesta mena perquè generen satisfacció –entre usuaris i professionals–, fomenten el coneixement mutu i milloren les capacitats operatives de l'usuari, el dels serveis lingüístics i el dels de salut.

En l'entretant, però, i mentre no s'assoleix la capacitat lingüística necessària per comunicar-se autònomament amb els serveis de salut, cal preveure ajudes transitòries a la comunicació entre els professionals i els usuaris magribins dels serveis de salut. De fet, previ a aquest treball hi ha hagut iniciatives públiques, privades, i de col·laboració en tots dos àmbits que han posat a disposició de l'usuari magribí un servei de mediació intercultural que, segons les declaracions dels informants d'aquest treball, s'ha dedicat preferentment a tasques de traducció i interpretació en context sanitari, tot i que també han actuat com a agents de salut comunitaris i facilitadors de la comunicació intercultural. Malgrat l'existència del servei, els mateixos informants han detectat deficiències en l'organització del sistema i la prestació del servei. En concret, els informants es lamenten d'una oferta d'ajuda a la traducció infradotada i d'una manca de proactivitat en l'organització del servei. Lògicament, les propostes de millora reclamen un ajustament dels recursos de traducció a les necessitats reals i l'organització de l'oferta amb un enfocament proactiu que difongui entre usuaris i professionals l'existència del servei i la manera de gaudir-ne, que promogui un ús eficient dels recursos del sistema i que integri el traductor - mediador a l'equip de salut com un membre més. No cal dir, també, que en moments de crisi cal fer difusió dels recursos tecnològics d'ajuda a la comunicació a disposició dels professionals, així com provar d'explotar noves vies d'ajuda a la traducció, com ara la traducció per videoconferència. Els mateixos usuaris s'han fet càrrec de les dificultats estructurals dels professionals de la salut per atendre dignament els pacients amb problemes de comunicació, i és per això que reclamen una consideració realista del temps requerit per donar atenció a les persones amb qui, per motius diversos, és difícil entendre-s'hi.

Molt directament relacionat amb el foment de l'aprenentatge del català, hi ha la necessitat de promocionar l'accés formal als coneixements sobre el funcionament del sistema sanitari. Un coneixement precís sobre l'oferta i les regles que regeixen el sistema de salut, hauria de contribuir a fer-ne un ús òptim, tant pel que fa a l'adequació de la demanda com pel que fa al recurs als serveis de promoció i prevenció de la salut, poc sol·licitats per una població jove i sana, poc acostumada a aquesta mena de serveis i que prioritza el símptoma en les seves demandes. A més, no es pot oblidar que l'accés formal als coneixements del sistema crea expectatives inequívokes sobre l'oferta dels serveis de salut, que al seu torn han de modular l'experiència de satisfacció de l'usuari.

Per bé que els programes d'alfabetització i aprenentatge de la llengua a càrrec de l'administració local inclouen dins del coneixement del medi, accions orientades a saber com accedir al sistema de salut i moure-s'hi, la realitat ha demostrat que l'accés a aquesta mena de

continguts és de predomini informal i els dèficits de coneixement són, encara, força importants, fins al punt que afecten el perfil d'accés i ús de l'usuari magribí al servei de salut i l'eficiència dels recursos que s'esmercen en la seva atenció sanitària. És per això que cal pensar en estratègies per assegurar un accés als coneixements sobre el sistema de salut que sigui capaç de contrarestar aquests dèficits. Malgrat que els successius plans d'immigració des de l'any 2005 contempnen els plans d'acollida com una eina per assegurar l'accés universal de la població immigrada als serveis públics amb criteris de ciutadania (19-21), els plans sectorials, com ara el PDI del Departament de Salut (22), preveuen accions d'acollida en què la interacció entre l'usuari i el professional dels serveis públics no és necessària o ho és mínimament. Un exemple d'això el trobem en la publicació de materials d'acollida al sistema de salut en diferents suports i llengües. La publicació de materials d'aquesta mena, si bé estalvia en recursos humans perquè requereix poca intervenció dels professionals, minimitza el contacte entre les persones –usuaris i treballadors del sistema de salut– sense assegurar, per altra banda, que tothom que necessita accedir a aquesta mena de coneixements ho faci, ja sigui perquè no sap llegir ni escriure, ja sigui perquè estan publicats en un suport que no li és familiar. Una alternativa a aquesta situació seria la programació d'accions d'acollida sectorials i regulars organitzades des de les institucions de salut en contacte amb els usuaris, això és, des de la proximitat. Certament, la planificació d'accions com aquesta requereix del concurs dels professionals i, per tant, consumeix recursos humans en context de restriccions pressupostàries. No obstant això, i després d'haver dut a terme aquestes accions caldria veure si modifiquen el perfil d'accés i ús de l'usuari magribí en el sentit de fer-lo més eficaç i eficient i en modifiquen l'experiència, tot fent-la més satisfactòria. Idealment, aquestes accions haurien d'estar connectades amb els sistemes de registre municipal, haurien de gaudir del recolzament d'institucions significatives entre els magribins i comptar amb la participació de membres de la comunitat amb expertesa com a usuaris del sistema de salut. És important que es presentin com a espais de coneixença mútua sense afany de control i amb la finalitat de donar a conèixer l'oferta de la salut com un dret i lligar-la al correlat del deure: el deure de respectar les normes de funcionament establertes i el deure de tenir cura de la pròpia salut. No cal dir que s'haurien d'adaptar als nivells d'instrucció, característiques lingüístiques i d'accessibilitat horària i espacial de l'audiència, i que s'haurien de mostrar obertes a l'aportació de nous sabers i respectuoses amb la concepció islàmica de la salut. Finalment, se n'hauria de constituir una oferta sistematitzada i accessible a tota la població que la pogués necessitar.

Com sigui que la discriminació percebuda ha estat identificada com una experiència relativament freqüent entre els usuaris magribins dels serveis de salut, associada –en aquest context– al malentès que provoca una comunicació deficitària i a certs requeriments professionals, és lògic pensar que les intervencions destinades a facilitar la comunicació entre professionals i usuaris, i les accions formatives sobre el funcionament del sistema de salut des de la perspectiva dels drets i deures com un tot indescindible haurien de contribuir a minimitzar la percepció de discriminació. Hi ha, però, altres circumstàncies associades a aquesta percepció que previsiblement no es veurien afectades per aquesta mena d'intervencions. Ens estem



referint a aquelles pràctiques professionals abusives que, de confirmar-se, plantejarien un desafiament excessiu per a aquest treball, en tant que mostres de pràctica deshumanitzada que s'haurien d'analitzar i abordar des de la implicació de les institucions responsables.

Certament, la diversitat d'experiències que un mateix usuari ha viscut en la seva relació amb els professionals i les institucions de salut evidencia una actitud discrecional dels professionals en la seva relació amb els usuaris magribins, comporta la percepció de manca de control de l'administració sobre les accions individuals dels professionals i evidencia una incoherència entre el missatge integrador de les institucions i les actuacions concretes d'alguns professionals. Tot plegat demana que s'intervingui, també, a l'altra part del binomi. En primer lloc, convindria preguntar-se pels factors subjacents que motiven l'estil de relació dels professionals amb els usuaris, i per la seva naturalesa. Això és, veure si l'origen de la dificultat se situa en elements estructurals del sistema de salut, com ara la limitació en el temps d'atenció, la sobrecàrrega burocràtica i administrativa dels professionals o uns recursos de traducció insuficients, o esbrinar si les actuacions professionals censurables es deuen a posicionaments personals deshumanitzats o a postures de rebuig cap a la immigració o cap a un col·lectiu en concret. Un cop identificada la raó del problema caldria actuar en conseqüència. Altre cop estem obligats a dir que la proposta de solució escapa a les atribucions d'aquest treball. No obstant això, volem recalcar que determinades actuacions professionals –per sort excepcionals– relacionades en aquest treball són –de ser certes– totalment inadmissibles, més encara si, tal com han donat a entendre alguns dels informants, són conegudes i tolerades. L'educació de l'usuari com a element actiu, obligat a uns deures i posseïdor de drets és imprescindible per capgirar la relació jeràrquica que sovint s'estableix en context sanitari i per evitar els abusos de poder en una relació que, d'entrada, ja és asimètrica, perquè una de les parts està malalta i l'altra no. Ser usuari actiu vol dir, en aquest context, ser conscient dels drets i deures que es tenen en tant que usuari dels serveis de salut, complir amb les obligacions que es contreen en aquesta relació, conèixer els mecanismes establerts per fer-se valer i utilitzar-los cas que sigui necessari. Només si hi ha constància inequívoca de l'abús o el maltractament, s'obligarà la institució a prendre partit i posar-hi remei. Altrament, les coses seguiran instal·lades en el *qui dia passa any empeny* de les institucions, sovint acomodades en la passivitat de no remenar gaire els problemes.

El baix nivell de contacte que mantenen magribins i autòctons s'ha revelat com un obstacle al manteniment i la cura de la salut. I ho és perquè el contacte intercultural expressa, en certa manera, l'estat del capital social, però no només, perquè el contacte intercultural facilita la coneixença mútua que, al seu torn, combat el prejudici. I encara més, perquè l'establiment de relacions més enllà de l'entorn immediat obre noves vies de recolzament social i augmenta les possibilitats que creixi el capital social, en unes circumstàncies –l'emigració– en què, de natural està disminuït. De fet, hi ha força treballs que proposen les polítiques d'inclusió social com a estratègies de millora de la salut de determinats col·lectius (11-13). Altre cop, malgrat semblar que s'ha encertat amb el diagnòstic, el repte és difícil, perquè si bé les polítiques d'inclusió

estan reconegudes com a estratègies de millora de la salut i el benestar de les persones immigrades, els indicadors d'inclusió com ara la baixa participació social dels magribins, la discriminació percebuda i el prejudici són ben presents.

Ja s'ha parlat que les intervencions d'inclusió s'han de concebre bidireccionals, en tant que la relació entre magribins i autòctons és cosa de dos. I el benefici, mesurat en termes de cohesió social, també s'hauria de deixar sentir a totes dues bandes de la relació. Ara bé, sembla que les demandes d'integració que fa la societat receptora són excessives –o, si més no, així es perceben–. Des de la visió dels magribins, la societat, en nom de la integració, imposa un canvi que és viscut com una pèrdua essencial, un canvi que demana la negació d'un mateix sense que el respecte a les normes de convivència ho justifiqui. Per altra banda, si bé el sentit comú permet argumentar la bilateralitat de l'esforç d'inclusió, sembla que aquesta mateixa exigència, vista des del rampell, carrega sobre els homes i dones magribins la responsabilitat de la convivència, en virtut de dipositar els drets com a ciutadà en la nacionalitat i no pas, tal com seria desitjable, en el compliment dels deures a què obliga la ciutadania. Aquesta visió, prou estesa entre el col·lectiu d'autòctons, comporta un entrebanc en la relació. Així les coses, sembla prou raonable acceptar que les polítiques d'inclusió han de buscar, també, la implicació dels autòctons. Des del punt de vista institucional, i després de revisar els plans de ciutadania i immigració (19-21), sembla clar que la postura institucional ha assumit aquest compromís. Ara bé, la realitat del dia a dia desmenteix aquesta assumpció. D'una banda el missatge institucional sovint es queda en paraules vanes que no es tradueixen en fets concrets i de l'altra la percepció d'una exigència exagerada indueix al replegament comunitari en un acte de cerca de protecció. Com fer, doncs, per aconseguir que magribins i autòctons es relacionin més i millor? La proposta que emana dels resultats d'aquest treball es basa en la confiança i la proximitat. La proximitat perquè facilita la coneixença lliure d'interferències. I la confiança perquè permet l'acció de lliurar-se a l'altre sense recels. Aquests dos ingredients aplicats a l'àmbit de la salut donen la iniciativa als professionals, en tant que encarregats de crear, mantenir i fer créixer la confiança –les claus de com fer-ho, ja les tenim– perquè els usuaris es lliurin sense recel a les seves propostes. Les persones que han de liderar aquestes iniciatives, també hi són, perquè els informants, amb el seu testimoni, han donat proves sobrades de l'existència de professionals compromesos amb el benestar de les persones, tant se val si són o no magribines. Les intervencions a què ens estem referint, per bé que incentivades per les polítiques de salut, haurien de partir de necessitats de salut concretes, sentides i objectivades per professionals i usuaris, i alimentar-se de la confiança que uns i altres han anat construint al llarg de la seva relació personal i personalitzada.

Certament, l'abast d'aquestes intervencions és limitat. Ho és pel que fa a l'espai on actuen i també pel que fa a les persones a qui arriba. Ara bé, vist que les grans directrius institucionals no sempre arriben als professionals ni tampoc a l'usuari, convé canviar d'estratègia i pensar en petites accions al territori –com més millor– que aconseguixin el compromís dels professionals –els que s'hi vulguin comprometre–, que arribin a l'usuari –l'usuari que confia– i que vagin més

enllà, perquè l'experiència de satisfacció també es comunica a l'entorn més pròxim i és així com s'encomanen les ganes de participar en coses noves. En definitiva, es tractaria de farcir les polítiques públiques d'inclusió –també les de salut– d'iniciatives d'abast limitat que promoguin el coneixement i la col·laboració mútua entre les persones que s'hi vulguin comprometre –d'una i altra banda– i aprofitar-ne l'efecte multiplicador que se'ls suposa, a través de compartir amb l'entorn més immediat el valor de l'experiència, i promoure noves accions més enllà de l'àmbit a què anaven destinades inicialment, amb el benentès que els canvis no es donen d'un dia per l'altre.

Les qüestions de salut amb el condicionant de la immigració no es poden afrontar, només, des d'una perspectiva sectorial, perquè hi ha força circumstàncies socials, culturals, polítiques i d'altra mena que hi interfereixen. És per això que, sovint, la superació de les dificultats dels usuaris magribins en la satisfacció del dret a la salut requereix d'un abordatge transversal en què hi col·laborin de manera coordinada i amb objectius i estratègies compartits, els diferents sectors implicats. Un exemple clar d'això seria la col·laboració entre institucions educatives i de salut en la lluita per evitar que els nens i nenes magribins facin de traductors als serveis de salut, però hi ha moltes altres circumstàncies en què aquesta col·laboració és desitjable i es preveu profitosa, com ara actuacions de millora de les condicions de vida de l'assentament, la formació d'adults o la lluita pel respecte als drets laborals de tots els treballadors.

## **6.7. Limitacions**

Algunes de les limitacions d'aquest treball ja s'apuntaven a la metodologia quan ens lamentàvem de la impossibilitat d'haver organitzat un grup focal masculí. Els homes han participat en aquest estudi a partir d'entrevistes individuals o com a integrants de grups focals mixtes. Ara bé, no es pot descartar que l'organització d'un grup focal d'homes magribins no hagués aportat nous punts de vista al discurs del col·lectiu sobre les necessitats sentides en la seva relació amb els serveis de salut.

L'accés a les declaracions dels informants a partir d'una traducció, de ben segur ha comportat una pèrdua de matisos del discurs. En primer lloc per l'efecte de pèrdua de sentit original que comporta qualsevol traducció. A més, però, la necessitat de l'investigador d'interactuar en directe amb els participants a l'estudi ha obligat a traduir les declaracions en el moment que han estat fetes. La traducció simultània enmig d'una conversa obliga a un esforç de síntesi del missatge original que, tot i conservar-ne la significació, per força obliga a prescindir de detalls que no s'hauran pogut analitzar perquè mai no hauran estat traduïts.

En el moment de l'inici del treball de camp d'aquest estudi, l'any 2009, es començava a parlar de crisi econòmica tot i que ningú no se n'imaginava la magnitud ni la durada. Els resultats d'aquest treball es presenten en un moment en què les coses han canviat força i ben bé podria ser que n'hagués caducat la vigència. Molt probablement, la situació de crisi econòmica que

s'ha instal·lat els darrers anys hagi empitjorat l'estat dels determinants socials de salut dels usuaris magribins de què es parla en aquest estudi i, per derivació, se n'hagin vist afectats la salut i el benestar més del que caldria esperar si les condicions s'haguessin mantingut estables, i més del que reflecteixen els resultats d'aquest treball. Amb tot, aquesta és una limitació relativa perquè, uns resultats que en època de relativa bonança ja apuntaven a assenyalar les dificultats d'ordre econòmic i social a què s'han d'encarar els usuaris magribins per al manteniment i cura de la salut, és de preveure que en conservin el sentit si la crisi s'agreuja.

La influència de la crisi també es fa notar en un descens del nombre d'homes i dones magribins que arriben a casa nostra, fins al punt que la població estrangera a Catalunya està, en aquests moments, estabilitzada (23). Aquest fet podria fer variar les necessitats d'acollida i, pel que fa a la salut, d'accés a coneixements del sistema, tot invalidant alguna de les propostes que s'han fet en aquest treball, com ara la que ressalta la necessitat d'instaurar accions d'acollida sistemàtiques relacionades amb l'accés i ús al servei públic de salut. Així i tot, abans de concloure sobre la inutilitat d'aquesta mena de propostes caldria veure si malgrat que s'hagi frenat l'arribada de nous immigrants, ha desaparegut –o no– la necessitat d'una oferta formal de formació en coneixements del sistema de salut entre els magribins perquè l'experiència d'ús ha aconseguit que en facin una utilització eficaç i eficient.

Pel que fa a les fonts de dades quantitatives, el fet de treballar amb dades recollides per a altres finalitats que no la d'aquest estudi, comporta certes limitacions d'explotació i de validesa externa dels resultats. En concret, convé assenyalar que l'ESCA 06 és una enquesta de població general pensada per avaluar-ne els resultats des d'una perspectiva global, i que si bé el nombre de persones procedents del Magrib que s'hi inclouen és important i permet valoracions globals sobre el col·lectiu, també és cert que la mida de la mostra dificulta les desagregacions i obliga a qüestionar-se la representativitat dels resultats quan es refereixen a grups que hi són poc representats, a la mostra. Per altra banda, l'ESCA 06 és un estudi transversal que aporta informació sobre la salut de les persones en un moment concret –el de la realització de l'enquesta–, però no permet de fer valoracions sobre l'impacte de l'experiència migratòria en la salut, que requeririen d'estudis longitudinals.

L'accés a les dades que aporten informació sobre els determinants socials de salut s'ha fet a partir de dues fonts, l'ESCA 06 i l'ENI 07. Segons la variable analitzada, els resultats de totes dues enquestes han mostrat diferències notables. No tant en el sentit general de la informació revelada com en els valors que han agafat les variables. Altre cop convé mirar-se amb prudència els resultats i donar-los el valor que tenen, que és el de marcar una determinada tendència en relació amb les característiques socials i econòmiques per què es defineix el grup estudiat, tant pel que fa a la descripció del col·lectiu per ell mateix com pel que fa a la comparació que s'estableix amb el grup d'autòctons.

## 6.8. Propostes d'investigacions futures

Les dificultats per comunicar-se, especialment les de caire idiomàtic, s'han demostrat com un entrebanc important en la cura i el manteniment de la salut, amb efectes en la salut i el benestar de les persones, i també en l'eficàcia i l'eficiència del sistema sanitari. Així i tot, els recursos destinats a fer que professionals i usuaris puguin parlar i entendre's han estat qualificats d'insuficients. Això passava en el moment de la recollida de dades d'aquest treball. No cal dir, però, que el desenvolupament dels esdeveniments –i la crisi econòmica com a fet més determinant– fan pensar en progressives restriccions de recursos per a aquest fi, a mesura que ha anat evolucionant la crisi. De fet, els contactes mantinguts amb l'administració a l'acabament d'aquest treball han confirmat que, en un context general de restriccions pressupostàries, també s'han restringit els recursos destinats a professionals de suport a la comunicació entre treballadors de la salut i usuaris magribins.

Com sigui que la comunicació és una eina imprescindible per al manteniment i la cura de la salut de les persones, i sense renunciar a promoure l'aprenentatge de la llengua com a principal instrument per fer front als problemes per comunicar-se els homes i dones magribins, cal preguntar-se si els recursos destinats a millorar la comunicació entre professionals i usuaris magribins en context sanitari són una despesa o una inversió. Per descomptat que la millor manera de respondre a una pregunta com aquesta seria la realització d'un estudi cost-benefici que permetés d'establir un balanç final entre els recursos esmerçats en millorar la comunicació entre professionals i usuaris magribins en context sanitari i el benefici aportat, mesurat en termes d'un ús racional del sistema per part de l'usuari, del guany en eficàcia i eficiència de les intervencions de salut dirigides al col·lectiu de magribins, i de millora de la salut i el benestar dels destinataris del recurs.

Anàlogament, convindria valorar la rendibilitat d'implementar accions sistemàtiques d'acollida de la població nouvinguda o amb dèficits manifestos en l'accés i ús dels serveis de salut. Malgrat que la població estrangera s'hagi estabilitzat en els darrers anys (23), els resultats d'aquest estudi fan pensar que la necessitat d'accedir a coneixements formals sobre el sistema de salut català segueix vigent i que té efectes sobre la salut i el benestar de les persones afectades, i sobre l'eficàcia i eficiència del sistema. És per això que no és errat pensar que intervencions en aquest sentit s'haurien de contemplar com una inversió més que no pas una despesa. Caldria, però, constatar-ho.

L'apreciació sobre les exigències de l'usuari magribí en la seva relació amb els serveis de salut ha demostrat, com a mínim, discrepàncies, segons quina sigui la font d'informació. Un exemple molt clar el trobem en els requeriments de professionals de la salut del mateix sexe que l'usuari. Per una banda, els usuaris entrevistats han assenyalat que, malgrat les preferències que hagin pogut expressar, l'exigència intransigent de professionals del mateix sexe per part dels homes i dones magribins és anecdòtica. En canvi, la bibliografia en parla com un fet

habitual que causa incomoditat entre els professionals sanitaris (24, 25). Com sigui que aquest fet i d'altres atribuïts a l'especificitat cultural de l'usuari magribí són viscuts pels professionals com una font de dificultat important (24) i, en canvi, segons els resultats d'aquest treball la diferència cultural no és, ni de bon tros, el principal obstacle amb què es troben els usuaris magribins en relacionar-se amb el sistema de salut, sorgeix la necessitat d'aportar dades objectives que permetin dimensionar amb certesa el pes de la cultura com a font de dificultat en el manteniment i cura de la salut dels homes i dones magribins, per tal de discernir si, efectivament, l'especificitat cultural dels homes i dones magribins constitueix un impediment en aquest sentit, o bé si són els professionals que tendeixen a percebre omnipresent la diferència cultural –especialment pel que fa a la cultura islàmica– i a exagerar-ne els efectes sobre la salut i la relació amb els professionals, tal com suggereixen Vázquez *et al.* en el seu treball sobre necessitats sentides pel personal sanitari en l'atenció als immigrants (24). I convé aportar elements objectius en aquest sentit, perquè segons quin sigui el resultat així seran les intervencions que hi estaran indicades.

## 6.9. Reflexions finals

Tal com ja es va anunciar en la introducció, l'objecte d'estudi d'aquest treball és matèria sensible perquè es fixa en un col·lectiu que, objectivament, s'ha revelat com a poc apreciat per la comunitat d'autòctons. A més, però, la irrupció de la crisi, lluny de promoure l'empatia envers els més perjudicats per la situació, podria haver contribuït a atiar encara més el foc, tot assenyalant els immigrants com a responsables d'una crisi que ja no fa distincions per origen. Davant d'un hipotètic panorama com aquest, convé més que mai fer l'esforç de l'objectivitat i dirigir-lo a aquells temes que més encoratgen el rumor i fan del prejudici una veritat inqüestionable. Les relacions de gènere, el consum de recursos públics per part dels immigrants –magribins o no– o els privilegis de què gaudeixen, exigeixen un acostament serè que es proposi d'explicar la realitat amb fets, i no pas amb creences. La difusió de coneixement objectiu sobre la realitat dels homes i dones magribins és un primer pas per canviar l'estat d'opinió envers el col·lectiu i trencar el cercle viciós amb què es relacionen l'autoestima i la consideració dels altres.

Segons el relat dels informants que han col·laborat en aquest treball i sense negar que la cultura aporta creences, valors i instruments específics en la manera com es viu i es veu la salut i la malaltia, la diferència cultural –sempre que se'n pugui parlar– no s'ha revelat com un element decisiu en les dificultats amb què els usuaris magribins es troben en tenir cura de la salut. Aquest fet, àmpliament explicat pels informants, i que emergeix implícitament del paper que les seves declaracions atribueixen als mediadors interculturals en salut, obliga a plantejar-se la conveniència de canviar-los el nom. La mediació està massa associada al conflicte, i la mediació intercultural està massa associada al conflicte causat per la diferència cultural. Per bé que el nom no fa la cosa, el terme mediador aplicat en un àmbit tan sensible com és el de la immigració podria contribuir injustament a afegir connotacions negatives a la immigració i a la

diferència cultural. És per això que seria aconsellable canviar el mal nom amb què fins ara ens hem estat referint a aquests professionals, per un que s'ajusti més a les funcions de traductor - intèrpret i agent de salut comunitari, que són les que efectivament exerceixen.

Malgrat tots els prejudicis que es puguin difondre sobre l'essència dels magribins, estem en condicions de dir que els grups són essencialment indefinibles, perquè les persones estan afectades per múltiples eixos de pertinença que fan els grups humans diversos més enllà dels acords compartits. L'experiència de treballar amb homes i dones magribins ha estat molt satisfactòria. El reclutament de voluntaris i voluntàries per participar en aquest treball no ha trobat més resistència que el recel o la passivitat d'algunes administracions –i subratllo, algunes– per col·laborar en aquest treball. L'actitud dels homes i dones magribins a qui s'ha proposat de participar-hi ha estat majoritàriament compromesa, entusiasta, agraïda i –des de la meua visió del món–, m'atreveria a dir que temerària, perquè m'han fet confiança quan, objectivament, no tenien cap motiu per fer-me'n. Ha estat compromesa perquè han complert amb responsabilitat els acords i requeriments d'una feina com aquesta. Ha estat entusiasta perquè s'han lliurat amb passió a les converses i confessions. I agraïda perquè sempre, sempre, han acabat donant-me les gràcies per haver-los tingut en compte i haver-los donat l'oportunitat de participar en un projecte com aquest. Tot plegat em fa pensar en l'efecte benèfic de ser i sentir-se útil. En l'efecte benèfic de percebre's com a reconegut i valuós. I en les possibilitats d'explotar aquest fet, pel bé de tots plegats.

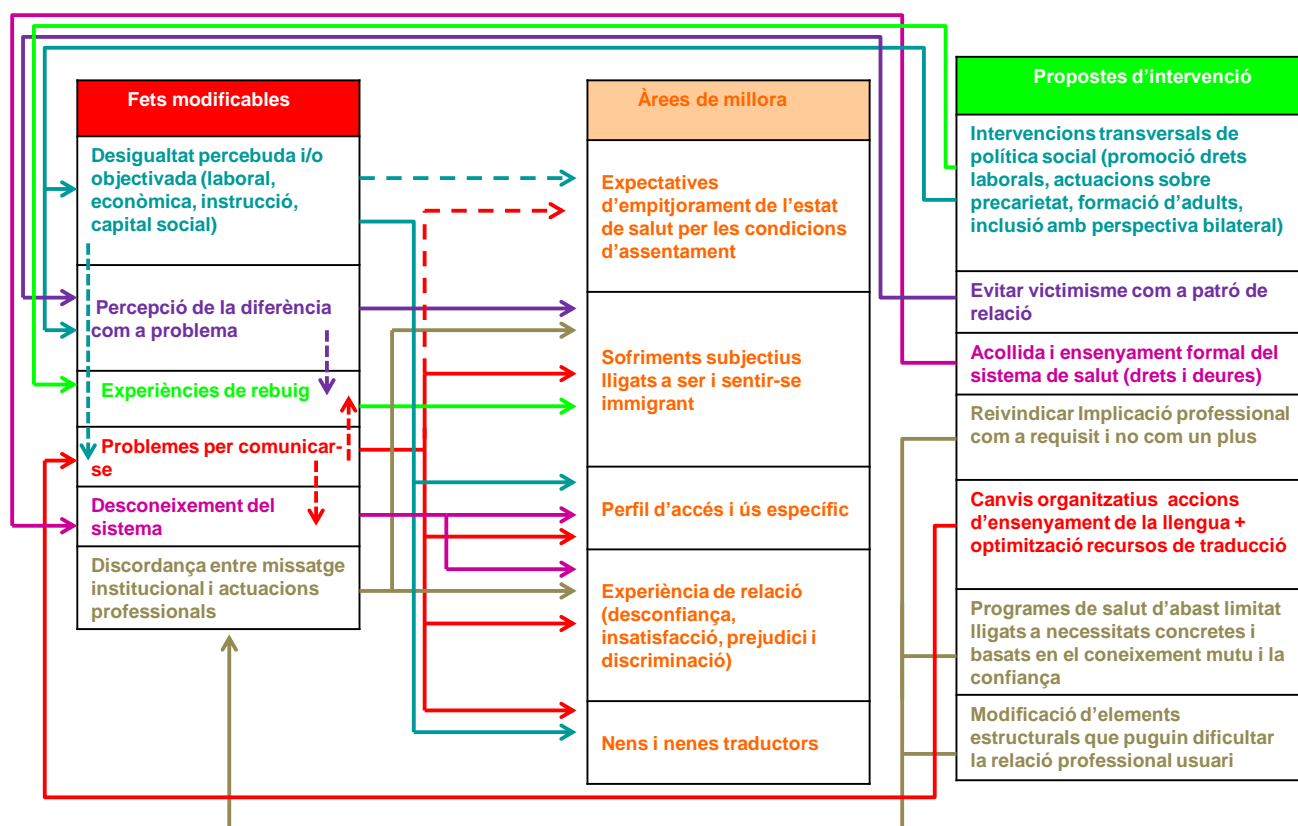
Així les coses, seria bo que l'estudi de les qüestions socials amb aspiracions de canvi s'emprengués amb mirada oberta a totes les realitats que en formen part. Convindria que tots els actors implicats col·laboressin en la descripció dels fets i aportessin punts de vista sobre l'origen de les dificultats i la manera com encarar-les. Com sigui que la participació en projectes d'investigació s'ha mostrat útil per millorar la satisfacció de les persones que han estat requerides a prendre-hi part, i tal vegada pugui contribuir a millorar la relació entre les persones i grups de persones implicats, es pot pensar en una doble utilitat de la investigació. Per una banda, l'abordatge del problema que demana ser estudiat. Per l'altra, el benefici secundari de participar-hi, mesurat en termes de satisfacció personal, beneficis en l'autoestima i millora de les relacions entre actors socials diversos. Ara bé, el plantejament de les accions de recerca pot optimitzar-ne o no el rendiment. Si el que es busca és, a més del coneixement de la realitat, l'efecte transformador de la recerca a través de construir relacions socials i estimular els processos de reflexió col·lectiva, caldria valorar d'ara endavant les aportacions d'un nou enfocament metodològic basat en la Investigació Acció Participativa (IAP), en tant que un plantejament d'aquesta mena incorpora aspiracions de canvi de la realitat i comporta per al subjecte o grup investigat el pas d'objecte d'estudi a subjecte actiu en la investigació, tant en el disseny com en la materialització del projecte.

I per últim, abans de tancar aquest treball, s'imposa una reflexió sobre què necessitem les persones per trobar-nos bé. Entengueu aquesta expressió en un sentit doble, el que fa

referència a gaudir de bona salut, i el que parla de sentir-se bé, a gust, en un determinat context, perquè un i altre significats no parlen de coses gaire diferents, sinó que s'entrelliguen i es fan l'un a l'altre. Doncs bé, sembla –pel que hem pogut anar veient– que les persones, per trobar-nos bé necessitem saber que estem en bones mans. Sentir que se'ns respecta. I necessitem que se'ns tingui en compte. I tenir la certesa que qui ens ha de cuidar, també se'n sent, del nostre dolor. Tot això necessitem les persones. Els homes i les dones magribins, ens ho han descobert després que n'han volgut parlar. La resta, tal vegada ja ho sabíem. I és que, potser, no som tan diferents.



## 6.10. Figura: Conclusions



## 6.11. Bibliografia

- (1) Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006 Sep 16;368(9540):1033-1037.
- (2) Borrell C, Benach J. Conceptes, antecedents i causes de les desigualtats socials en la salut. A: Borrell C, Benach J, editors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 15-54.
- (3) Hernández Pedreño M. Estructura social y desigualdades en salud. *RES* 2002;(2):97-112.
- (4) Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García A, Ruiz-Frutos C, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health* 2011;11(1):652.
- (5) Williams DR, John DA, Oyserman D, Sonnega J, Mohammed SA, Jackson JS. Research on discrimination and health: an exploratory study of unresolved conceptual and measurement issues. *American Journal of Public Health* 2012;102(5):975-978.
- (6) Johnston D, Lordan G. Discrimination makes me Sick! An Examination of the Discrimination-Health Relationship. *J Health Econ* 2011; 31(1):99-111.
- (7) Sanchez-Birkhead AC, Kennedy HP, Callister LC, Miyamoto TP. Navigating a new health culture: experiences of immigrant Hispanic women. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2011;13(6):1168-1174.
- (8) Certaines circonstances : Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées [Santé Canada, 2001]. Disponible a: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/index-fra.php>. Consultat 21-7-2012.
- (9) Borrell i Thió C, Benach J, Fundació Jaume Bofill, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. *Les desigualtats en la salut a Catalunya: informe CAPS-Fundació Jaume Bofill*. Barcelona: Mediterrània; 2003.
- (10) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNDH), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
- (11) Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo de la Hoz G, et al. Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit* 2009 Dec;23 Suppl 1:29-37.
- (12) Stoyanova A, Díaz-Serrano L. El impacto diferencial del capital social sobre la salud mental de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 2009;23(Supl 1):93-99.
- (13) Zhao J, Xue L, Gilkinson T. État de santé et capital social des nouveaux immigrants: données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada. A: McDonald T, Ruddick E, Sweetman A, Worswick C, editors. *Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment*. Montréal et Kingston: Queen's Policy Studies Series, McGill-Queen's University; 2010. p. 284-341.
- (14) Díaz-Serrano L, Stoyanova AP. El impacto diferencial del capital social sobre la salud de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. *Documents de treball del Departament d'Economia* 2009;17.

- (15) Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health--a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007 Apr;33(2):96-104.
- (16) Artazcoz L, Cortès I, Benach J, Benavides FG. Les desigualtats en la salut laboral a Catalunya. A: Borrell C, Benach J, editors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. 1a ed. Barcelona: Mediterrània; 2003. pp. 251-302.
- (17) Borrell C, Benach J, CAPS-FJ Bofill Working Group. Evolution of health inequalities in Catalonia [Spain]. *Gac Sanit* 2006 Sep-Oct;20(5):396-406.
- (18) García AM, López-Jacob MJ, Agudelo-Suárez A, Ruiz-Frutos C, Ahonen EQ, Porthé V, et al. Occupational health of immigrant workers in Spain [ITSAL Project]: key informants survey. *Gac Sanit* 2009 Mar-Apr;23(2):91-97.
- (19) Departament de Benestar i Família. Secretaria per a la immigració. Pla de ciutadania i immigració (2005-2008). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
- (20) Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració. Pacte Nacional per a la Immigració. Un pacte per a viure junts i juntes. 1a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.
- (21) Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració. Pla de Ciutadania i Immigració 2009-2012. 1a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.
- (22) Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya 2006.
- (23) Idescat. Població estrangera. Evolució. 2013; Disponible a: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0>. Consultat 18-9-2013.
- (24) Vázquez M, Terraza R, Vargas I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: Pla Director d'Immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.
- (25) Vall-Llosera L. La utilització dels serveis d'atenció primària a la regió sanitària Girona i els seus condicionants demogràfics, econòmics i socials. Universitat de Girona; 2009.

## **7. Annexos**

**ANNEX 1: Guió dels temes a tractar a les entrevistes segons tipologia dels informants i preguntes gatell associades**

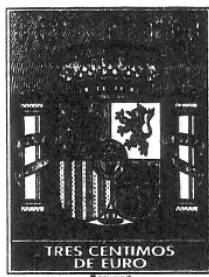
**GUIÓ DE TEMES CLAU DELS GRUPS FOCALS AMB ELS USUARIS**

TEMA	PREGUNTES GATELL
<b>OPINIÓ GLOBAL</b>	Com valoren la seva experiència com a usuari dels serveis de salut? Expliquin-nos les seves impressions sobre el servei i l'atenció rebuda
<b>COMUNICACIÓ</b>	<p>Què ens poden dir sobre la comunicació mantinguda amb els professionals? N'estan satisfets? Per què? Han tingut dificultats? De quina mena?</p> <p>Com s'ho han fet per comunicar-se amb els professionals? La bona o mala comunicació que han establert amb els professionals de la salut, els ha afectat com a usuaris? De quina manera? Per què?</p> <p>Han hagut de recórrer a nens perquè els ajudin a traduir? Saben d'algú que ho hagi fet? Quins poden ser els motius d'aquesta pràctica? Ho troben bé o malament? I per què?</p> <p>Podrien fer-nos algun suggeriment per millorar la comunicació amb els professionals de la salut? I per minimitzar la utilització de nens traductors?</p>
<b>VISITA MÈDICA I/O D'INFERMERIA</b>	<p>Com valoren la visita mèdica i/o d'infermeria? Quines expectatives tenien sobre l'actuació dels professionals?</p> <p>Quins aspectes de l'actuació dels professionals els han deixat més satisfets? Quins els han desagradat més? Per què?</p>
<b>TRACTE</b>	<p>I com a persones, com s'han sentit tractats? Quins aspectes de la relació amb els professionals valoren més positivament i per què? Què han trobat a faltar en aquesta relació i per què?</p> <p>Podrien donar exemples de situacions que mostrin el tracte rebut per part dels professionals? Quines raons pensen que hi ha darrere de les maneres de fer dels professionals de la salut amb els usuaris magribins?</p> <p>Com a usuaris dels serveis de salut, com necessitarien ser tractats? Algun suggeriment per millorar la relació amb els professionals de la salut?</p>
<b>SISTEMA DE SALUT</b>	<p>Com valoren els serveis que ofereix el sistema públic de salut? Què troben que és el millor, del sistema? Per què? Què en canviarien? Per què?</p> <p>Poden aportar algun suggeriment per millorar el sistema?</p>

**GUIÓ DE TEMES CLAU DE LES ENTREVISTES A MEDIADORS**

<b>TEMA</b>	<b>PREGUNTES GATELL</b>
<b>FUNCIO</b>	<p>En què consisteix, el teu treball?                      Quina mena de demandes et fan?                      Podries donar-nos algun exemple en què la teva intervenció hagi estat decisiva per millorar la qualitat de l'atenció?                      En la teva opinió, com valoren els professionals el teu treball? I els usuaris?                      Podries suggerir alguna intervenció que t'ajudés a fer millor la teva feina?</p>
<b>NECESSITATS DE L'USUARI MAGRIBÍ</b>	<p>Segons la teva experiència, quines són les necessitats de salut / de relació amb els serveis de salut de l'usuari magribí? Podries donar algun exemple que il·lustri aquestes necessitats?                      Diries que aquestes necessitats són específiques de l'usuari magribí o són comunes a tots els usuaris? I per què?                      Segons la teva experiència, diries que els professionals de la salut tenen unes expectatives prefixades sobre com és i què necessita l'usuari magribí? En cas afirmatiu, quina mena d'expectatives i per què?                      Trobes que hi ha alguna cosa que es podria fer per millorar l'atenció als usuaris magribins dels serveis de salut?                      Se t'acut algun suggeriment per millorar la comunicació entre l'usuari magribí i els professionals de la salut?</p>
<b>NENS I NENES TRADUCTORS</b>	<p>Saps del cas d'usuaris magribins que utilitzin nens en edat escolar com a traductors als serveis de salut? En cas afirmatiu, per què creus que passa, això?                      Què en penses d'aquest fet? Com creus que el valoren els professionals?                      Com afecta les persones implicades, aquest fet? I la interacció sanitària?                      Tens algun suggeriment per minimitzar la utilització de nens i nenes com a traductors en l'àmbit dels serveis de salut?</p>

ANNEX 2: DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT (ANVERS)



0J7989733

إنني لورديس روبيو ريكو، ممرضة في مستشفى "جوان 23" في مدينة تاراغونا أقوم حاليا ببحث حول الاحتياجات الصحية للمواطنين المغربي الأصل الذين يلمحون إلى خدبة الصحة العمومية الكاتالانية. لذلك، فأنا احتاج إلى معاونتك بالإجابة على أسئلة المقابلة أو عبر المشاركة في جلسة جماعية يتم تسجيلها صوتيا. تعد مشاركتك طوعية ولا تشكل أية خطورة لصحتك. يمكن لك أن تختار هل تشارك أو لا تشارك. إذا اخترت التعاون، يمكن لك أن تنصرف عن الدراسة في أية لحظة. أيا ما كان اختيارك، لن تؤثر على جودة الخدمة الصحية التي أنت في حاجة إليها. تعتبر البيانات التي نحصل عليها ذات صفة سرية فلن يستعمل إلا للبحث ولن يمكن أبدا من تحديد هوية المشاركين في البحث.

أنا

\* اطلعت على المعلومات المتضمنة في هذه الورقة.

\* لقد منحت لي الفرصة لطرح أسئلتي حول الدراسة.

\* يتوافر لي معلومات كافية حول البحث.

\* تكلمت مع لورديس روبيو ريكو

\* فهمت أن مشاركتي إرادية طوعية

\* فهمت أنني أستطيع أن انصرف عن البحث في أية لحظة.

\* أنا موافق على أن يتم تسجيل المقابلة صوتيا.

تاريخ

توقيع المشارك

*CERTIFICACIÓN: Don Angel Mestres Valero, traductor e intérprete jurado de lengua árabe designado por el Ministerio de Asuntos Exteriores certifica que la presente es traducción fiel y completa a la lengua árabe de un texto redactado en lengua castellana.*

*En Barcelona, a 07 de febrero de 2010*

شهادة: أنا، أنجل مستريس، ترجمان محلف معين من قبل وزارة الشؤون الخارجية الإسبانية، أشهد أن هذ هي ترجمة كاملة طبق الأصل إلى اللغة العربية من نص محرر باللغة الإسبانية  
برشلونة، 2010/02/07.



## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT (REVERS)

Yo, Lourdes Rubio Rico, soy enfermera en el Hospital Joan XXIII de Tarragona y estoy realizando una investigación sobre las necesidades de salud de los usuarios de origen magrebi que acuden a la sanidad pública catalana.

Para ello necesito su colaboración contestando a una entrevista o participando en una sesión grupal que será grabada en audio.

Su participación es voluntaria y no comporta ningún riesgo para su salud.

Usted puede decidir colaborar o no colaborar en el estudio. En caso de que decida colaborar, también puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sea cual sea su decisión, no repercutirá en la calidad de los cuidados de salud a los que tiene derecho.

Los datos obtenidos tienen carácter confidencial, se utilizarán únicamente para la investigación y en ningún caso permitirán la identificación de los participantes.

Yo \_\_\_\_\_

- He leído la información contenida en esta hoja
- He tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con Lourdes Rubio Rico
- Entiendo que mi participación es voluntaria
- Entiendo que tengo la posibilidad de retirarme del estudio en cualquier momento
- Doy mi conformidad a la realización y grabación en audio de la entrevista

Fecha

Firma del participante



### ANNEX 3: RECODIFICACIÓ DE CATEGORIES I VARIABLES

(Categories i variables originals ESCA 06 → Categories i variables recodificades)

<b>Estat civil</b>	
Solter	Solter
Casat	Casat
Vidu	Vidu
Separat + Divorciat	Separat o divorciat
<b>Discriminació</b>	
Mai	Mai
Algunes vegades + Moltes vegades + Constantment	Alguna vegada (com a mínim)
<b>Nivell d'estudis</b>	
No sap llegir ni escriure	No sap llegir ni escriure
Primària incompleta	Primària incompleta
Primària completa	Primària completa
No sap llegir ni escriure + Primària incompleta	Nivell crític
Primera etapa de secundària + Batxillerat + FP de grau mitjà + FP de grau superior	Secundaris
Universitaris de grau mitjà + Universitaris de grau superior + Universitaris de tercer cicle	Superiors
Educació especial + Altres + NC	Altres
<b>Habitabilitat</b>	
Deficient + Molt deficient	Deficient
<b>Situació laboral</b>	
Treballa + Treballa, però té una baixa + Treball en pràctiques + Treballa amb jubilació parcial	Treballa
Aturat/da amb subsidi + Aturat/da sense subsidi + Atur	Aturat
Feines de la llar	Feines de la llar
Estudiant + Incapacitat + Jubilat per edat + Jubilat anticipadament + Està en excedència + No fa res, Viduïtat + SOVI + Altres, NC	Altres
<b>Situació contractual</b>	
Funcionari/a + Contracte indefinit	Fix
Contracte < 6 mesos + Contracte 6 mesos i menys de 12 + Contracte 1 any i menys de 2 + Contracte de 2 anys i més + Contracte de durada no especificada + Treballador ETT	Contractat
Treballa sense contracte	Treballa sense contracte
Autònom sense assalariats	Autònom
Empresari amb menys de 10 treballadors + Empresari amb 10 o més treballadors	Empresari
En pràctiques + Cooperativa + Altres + NC	Altres
<b>Activitat física</b>	
Activitat física sedentària	Sedentari
Activitat física lleugera + Activitat física moderada	Moderadament actiu
Activitat física intensa	Molt actiu
<b>Autopercepció de la salut</b>	
Excel·lent + Molt bona + Bona	Excel·lent, molt bona o bona
Regular + Dolenta	Regular o dolenta

<b>Localització de l'accident</b>	
Dins de casa	Domèstic
Feina + Desplaçament jornada laboral + Via pública (anant feina o escola)	Laboral
Via pública (fora de feina, escola)	Accident de trànsit (no laboral)
Escola + Centre esportiu + Altre lloc d'esbarjo + Altres respostes + NS/NC	Accident en altres localitzacions
<b>Cobertura sanitària</b>	
Seguretat Social, TSI + Mútua obligatòria per la SS	Cobertura sanitària pública
(Seguretat Social, TSI + Mútua obligatòria per la SS) ∩ (Mútua obligatòria per assegurança privada + Assegurança privada individual + assegurança privada empresa + Igualta mèdica + Metges privats + Altres assegurances mèdiques)	Té sanitat pública i privada
<b>Modalitat metge de capçalera (MG)</b>	
Seguretat Social	MG de Seguretat Social
Assegurança privada per mútua obligatòria	MG per mútua obligatòria
Assegurança privada pròpia + Particular	MG privat
<b>Problemes de salut no consultats: motiu no consulta</b>	
Pèrdua d'hores de treball + Por a perdre la feina	Treball
Incapacitat física per desplaçar-se + Problemes de transport	Accessibilitat
No era prou greu + Ho va resoldre a la farmàcia + Té altres remeis curatius	Lleu o solucionat per altres vies
No resolen el seu problema de salut + Haver de tenir cura d'un fill o malalt a casa + Li han donat hora de visita per a més endavant + Altres respostes + Manca de temps + Por + No li agrada anar al metge + Massa burocràcia + No trobo el moment / em falta decisió + Hi havia vaga / vaga de metges + NS/NC	Altres
<b>Opinió sobre el sistema de salut</b>	
Molt satisfet/a + Satisfet/a	Satisfet amb els serveis sanitaris utilitzats

**(Categories i variables originals ENI 07 → Categories i variables recodificades)**

<b>Motius migratoris</b>	
Por cambio destino laboral + Por falta de empleo + Para buscar un empleo mejor'	Motius laborals (genèric)
<b>Estat civil</b>	
Soltero/a	Solter
Casado/a	Casat
Viudo/a	Vidu
Separado/a + Divorciado/a	Separat o divorciat
<b>Règim de tinença de l'habitatge</b>	
(De su propiedad) Con pagos pendientes	Propietari i amb pagaments pendents
(De su propiedad) Pagada completamente + (De su propiedad) Por herencia o donación	Propietari i pagat
(Alquilada o realquilada) Al propietario que es un particular no residente + (Alquilada o realquilada) Al propietario que es particular residente en la vivienda (Alquilada o realquilada) A una empresa de alquiler o inmobiliaria + (Alquilada o realquilada) A una institución pública + (Alquilada o realquilada) Al empleador + (Alquilada o realquilada) A otro habitante de la vivienda que no es su propietario + (Alquilada o realquilada) A otros no incluidos anteriormente'	De lloguer
(Cedida gratuitamente) Por un familiar con el que convive + (Cedida gratuitamente) Por un amigo con el que convive + (Cedida gratuitamente) Por un familiar con el que no convive + (Cedida gratuitamente) Por un amigo con el que no convive + (Cedida gratuitamente) Por una institución o empresa + (Cedida gratuitamente) Reside en ella como trabajador/a interno	Deixada gratis
Otras situaciones	Altres situacions
<b>Alfabetització</b>	
(¿Sabe leer y escribir en lengua materna? = No) ∩ (¿Tiene algún estudio? = No)	No alfabetitzat en llengua materna i sense estudis
<b>Nivell educatiu</b>	
Tiene estudios pero no sabe qué estudios tiene	No sap quins estudis té
Sin estudios formales o sin haber cursado estudios de educación primaria	Sense estudis
Educación primaria incompleta	1ª incompleta
Sin estudios formales o sin haber cursado estudios de educación primaria + Educación primaria incompleta	Nivell crític
Educación primaria	1ª completa
Primer ciclo de educación secundaria + Segundo ciclo de Educación Secundaria	Est. secundaris
Primer ciclo de la educación terciaria + Segundo ciclo de la educación terciaria'	Est. superiors
<b>Domini lingüístic</b>	
Necesita mejorar + no lo habla	Nivell crític de domini lingüístic
<b>Nivell domini d'alguna de les dues llengües (català o castellà)</b>	
(¿Qué tal habla español? = Suficiente + Bien + Muy bien) U (¿Qué tal habla la lengua de la comunidad autónoma? = Suficiente + Bien + Muy bien)	Suficient
(¿Qué tal habla español? = No lo habla + necesita mejorar) ∩ (¿Qué tal habla la lengua de la comunidad autónoma? = No lo habla + necesita mejorar)	Insuficient

<b>Situació professional la darrera setmana</b>	
Asalariado del sector público	Assalariat del sector públic
Asalariado del sector privado'	Assalariat del sector privat
Trabajador independiente o empresario sin asalariados	Treballador independent o empresari sense assalariat
Empresario con asalariados'	Empresari amb assalariats
Miembro de una cooperativa + Ayuda familiar + Otra situación + No sabe'	Altres situacions
<b>Sectors d'ocupació</b>	
NS/NC + Industrias extractivas + Producción y distribución de energía eléctrica y gas + Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria + Organismos extraterritoriales	Altres
Agricultura, ganadería, caza y servicultura + Pesca	Agricultura, ramaderia i pesca
Industria manufacturera	Indústria manufacturera
Actividades inmobiliarias y de alquiler; servicios empresariales + Intermediación financiera	Intermediació financera i activitats immobiliàries
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	Transport i comunicacions
Hostelería	Hostaleria
Comercio; reparación de vehículos de motor, motocicletas y ciclomotores y artículos personales y de uso doméstico	Comerç
Construcción	Construcció
Educación + Actividades sanitarias y veterinarias, servicio social + Otras actividades sociales y de servicios prestados a la comunidad; servicios personales	Educació, sanitat i/o serveis socials
Actividades de los hogares	Activitats de la llar
<b>Tipus d'ocupació</b>	
Dirección de las empresas y de las administraciones públicas'	Direcció d'empreses o de l'administració pública
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales + Técnicos y profesionales de apoyo	Tècnics i professionals científics, intel·lectuals o de recolzament
Empleados de tipo administrativo	Administratius
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios + Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca + Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria + Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	Treballadors manuals qualificats
Trabajadores no cualificados	Treballadors no qualificats
<b>Situació documental</b>	
Autorización de residencia permanente	Autorització residencial permanent
Autorización de residencia temporal	Autorització residencial temporal
Solicitud de residencia presentada + Solicitud de residencia no presentada todavía + Solicitante de asilo + Sin ningún documento de los anteriores	Sense autorització residencial
Tarjeta de residencia comunitaria + Estatuto de refugiado + Tarjeta de estudiante + No sabe	Altres

#### **ANNEX 4: RECODIFICACIÓ D'INGRESSOS PER TRAMS**

**(Categories i variables originals → Categories i variables recodificades)**

##### **Recodificació d'ingressos per trams ENI 07**

Menos de 250 €	125 €
De 250 a 499 €	375 €
De 500 a 999 €	750 €
De 1.000 a 1.499 €	1.250 €
De 1.500 a 1.999 €	1.750 €
De 2.000 a 2.999 €	2.500 €
De 3.000 a 4.999 €	4.000 €
De 5.000 a 9.999 €	7.500 €
10.000 € y más	13.750 €

##### **Recodificació d'ingressos individuals mensuals per trams ESCA 06**

Menys de 300 €	150 €
De 301 a 600 €	451 €
De 601 a 900 €	751 €
De 901 a 1.200 €	1.051 €
De 1.201 a 1.500 €	1.351 €
De 1.501 a 1.800 €	1.651 €
De 1.801 a 3.000 €	2.401 €
De 3.001 a 6.000 €	4.501 €
Més de 6.000 €	8.250 €

### Recodificació ingressos familiars anuals per trams ESCA 06

Menys de 6.000 €	3.000 €
De 6.001 a 9.000 €	7.501 €
De 9.001 a 12.000 €	10.501 €
De 12.001 a 15.000 €	13.501 €
De 15.001 a 18.000 €	16.501 €
De 18.001 a 30.000 €	24.001 €
De 30.001 a 54.000 €	42.001 €
De 54.001 a 90.000 €	72.001 €
Més de 90.000 €	117.000 €

