

La immigració a debat:

Diversitat i salut

Relatora: Kàtia Lurbe i Puerto

Índex

Presentació

1. L'atenció sanitària davant d'una població d'usuaris i usuàries amb una heterogeneïtat més gran: dificultats i reptes

Introducció a càrrec d'Estanislao Alonso

Debat

- 1.1. Les dificultats principals a què ha de respondre el sistema sanitari català**
- 1.2. Les diferències en la utilització dels recursos sanitaris entre la població autòctona i els col·lectius d'immigrants**
- 1.3. La gestió dels recursos sanitaris en una societat heterogènia i desigual: és possible instaurar centres específics sense caure en l'estigmatització i la segregació?**
- 1.4. Les estratègies per adequar els recursos sanitaris a les necessitats d'una població més heterogènia**
- 1.5. El paper de les entitats i associacions que treballen amb immigrants**

2. Mediació i treball comunitari: més enllà de la mediació intercultural

Introducció a càrrec de Hakima Ouabarab i Isabel Riesa

Debat

- 2.1. La funció de la mediació intercultural en l'atenció sanitària a la població immigrant**
- 2.2. Les dificultats a què s'enfronta l'agent de mediació intercultural en un context clínic**
- 2.4. La formació dels i les professionals de la salut en instruments de mediació intercultural**
- 2.5. La mediació intercultural i el treball amb la comunitat**

3. La sexualitat en el context de la immigració: delimitar qüestions clau, trencar estereotips

Introducció a càrrec de Carme Ollé i Àngels Martínez

Debat

3.1. Sobre les concepcions de la sexualitat i les pràctiques dels diferents col·lectius

3.2. La sexualitat en el context de la immigració

La dimensió afectiva

El comportament de les dones quant a la seva reproducció

Disfuncions sexuals

Maltractaments a les dones: la violència de gènere en el context de la immigració

3.3. Les línies estratègiques d'intervenció social i acció sanitària que s'haurien d'adoptar a fi de promocionar una sexualitat saludable

3.4 Sobre la relació entre les institucions públiques i el treball comunitari

4. L'atenció a la salut mental en el context de la immigració: dificultats i reptes

Introducció a càrrec de Soledad Bermann

Debat

4.1. La salut mental, assignatura pendent en l'atenció primària

4.2. Concepcions de la salut mental en el context de la immigració

5. Llista de participants

Presentació

En el marc del cicle “La immigració a debat”, una iniciativa impulsada per la Fundació Jaume Bofill des de l’any 2001, presentem en forma de relació les quatre sessions de debat que han donat cos al seminari titulat “La salut en el context de la diversitat sociocultural”. La realització d’aquest seminari, celebrat durant els mesos d’octubre i novembre del 2004, ha materialitzat un espai de trobada entre els diferents agents socials vinculats al camp de la salut.

Amb la finalitat d’avançar en el debat a l’entorn de la salut en una Catalunya diversa socioculturalment, la Fundació Jaume Bofill va invitar un nombre limitat de participants a reflexionar sobre l’estat de la qüestió en matèria sanitària i sobre el paper de les associacions i entitats en la promoció de la salut i la prevenció de malalties. Així mateix, van intentar identificar els reptes principals de la diversitat sociocultural per a l’atenció sanitària i definir els camins que s’han d’emprendre a partir d’ara. A més de revisar l’estat de la qüestió, van tractar de recollir els mecanismes i instruments més adients per adequar els serveis de salut al context d’heterogeneïtat present.

L’enfocament del seminari era pluridisciplinari, ja que es volia definir com un escenari de veus múltiples que, des dels referents interpretatius i pràctics diversos en què se situaven, expressessin les seves visions i propostes al voltant de quatre temes definits prèviament. Així doncs, persones de perfils professionals diversos, totes elles actives en el camp de la intervenció social i sanitària, es van reunir amb l’objectiu de reflexionar conjuntament sobre *la salut en el context de la diversitat sociocultural*.

El seminari es va estructurar en quatre temes monogràfics, cadascun dels quals fou introduït breument per un o una ponent amb la idea de centrar el debat. Es va formar el grup de participants amb un nombre de persones fix i un nombre reduït de convidats puntuals, en funció del tema que s’havia de tractar en la sessió corresponent.

La relació present recull les aportacions enregistrades en cadascuna de les sessions de debat. En el procés d’elaboració d’aquest document s’ha volgut combinar dues prioritats: d’una banda s’ha fet un esforç per garantir la literalitat de les opinions i observacions de les persones participants i, de l’altra, s’ha intentat estructurar les diverses aportacions en un discurs coherent i organitzat temàticament. En tractar-se d’una relació, presentem el contingut de les reflexions que han fet les persones participants, tot identificant-ne les veus i explicitant els consensos i les controvèrsies que han sorgit en el transcurs de les quatre trobades. En aquest sentit, ni la Fundació Jaume Bofill ni jo mateixa no compartim

necessàriament totes les opinions, reflexions i observacions que es formulen en aquest document. Les protagonistes són les veus de les persones que hi han participat i que, val a dir, no sempre han coincidit.

De les diverses sessions m'agradaria ressaltar l'interès que ha suscitat la qüestió de la salut i la diversitat sociocultural, així com l'entusiasme de les persones participants per anar més enllà de la queixa i la denúncia, per tractar d'intercanviar maneres de fer en la quotidianitat de les seves pràctiques –amb una dosi notable d'autoanàlisi– i pensar línies d'acció futures per avançar en la millora de l'atenció sociosanitària a les minories de la població. El meu desig ha estat plasmar tant les diferents idees esmentades –la qual cosa, si més no, ha demostrat ser una tasca àrdua per la gran quantitat i varietat d'idees– com el tarannà de la dinàmica de les trobades. Espero que gaudiu de la lectura tant com jo he gaudit amb la coordinació d'aquest seminari, la dinamització de les sessions i l'escolta de les diferents aportacions. Per acabar, vull expressar el meu agraïment a les persones que han participat en aquest seminari, així com a la Fundació Jaume Bofill per l'oportunitat brindada de generar escenaris de debat com aquest.

1. L'atenció sanitària davant d'una població d'usuaris i usuàries amb una heterogeneïtat més gran: dificultats i reptes

Introducció a càrrec d'Estanislao Alonso, director del Pla Director d'Immigració i Cooperació. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

La heterogeneïtat sociocultural més gran de la població usuària dels serveis sanitaris a Catalunya ha d'entendre's com a resultat d'un procés històric de canvi social i econòmic. Des d'aquest punt de vista, la diversificació de la geografia humana al nostre país respon més a una realitat de caire estructural que no pas a elements conjunturals. En conseqüència, el repte més gran consisteix a enginyar enfocaments innovadors que permetin establir un sistema sanitari que es fonamenti en l'aplicació de solucions eficaces per combatre les desigualtats socials en la salut, i que a més articuli el principi d'universalitat en l'accés als recursos sanitaris amb el del respecte a la diversitat de la població atesa. Amb la finalitat d'assolir aquest objectiu, es percep com a necessari establir unes relacions de partenariat entre els diversos agents que intervenen en el camp de la salut: professionals de la salut, personal investigador i usuaris i usuàries; institucions, entitats, associacions i comunitats; universitats, fundacions i experts i expertes. Aquesta partenariat només constituirà un instrument eficient per planificar els recursos de salut i la seva distribució en la mesura que, a més de desenvolupar estudis amb rigor, se la prengui en consideració en l'esfera més pragmàtica de la planificació, és a dir, en la implementació de línies d'intervenció i en l'avaluació. A més, en donar resposta a la desigualtat i la diversitat, la política sanitària s'ha de regir per la transversalitat i la integralitat.

El debat sobre les dificultats i els reptes de l'atenció sanitària davant d'una població d'usuaris i usuàries amb una heterogeneïtat més gran es va organitzar en funció dels quatre blocs temàtics següents: 1) la identificació de les dificultats principals a què ha de respondre el sistema sanitari català, tenint en compte la presència més gran d'usuaris i usuàries d'origen immigrant; 2) el discerniment de les diferències en la utilització dels recursos sanitaris entre la població autòctona i els col·lectius d'immigrants; 3) l'existència de centres específics d'atenció a la salut per a immigrants, que –pel que fa a la gestió dels recursos sanitaris en una societat desigual– planteja l'interrogant de en quina mesura és possible implementar intervencions d'acció positiva sense caure en l'estigmatització i la segregació, i 4) la identificació de les estratègies que s'han de desenvolupar per adequar els recursos sanitaris a les necessitats d'una població més heterogènia, centrant el debat en discernir quin paper podrien tenir-hi les entitats i associacions que treballen amb la població immigrant.

El sentit general del debat en aquesta primera sessió pot resumir-se en la constatació que l'arribada de població d'origen extracomunitari i el seu assentament a Catalunya ha diversificat les necessitats de salut en més gran mesura. Però l'essencial és adonar-se que la incorporació d'aquests nous veïns s'ha de llegir en termes de canvi estructural, és a dir, que respon a fenòmens macrosocials (en particular, la globalització neoliberal de les telecomunicacions i del capital, així com la polarització de les desigualtats entre centre i perifèria). Pel que fa als recursos públics de salut, més que introduir problemes nous, la realitat actual posa més en evidència els problemes preexistents del nostre sistema sanitari.

Debat

1.1. Les dificultats principals a què ha de respondre el sistema sanitari català

La presència més nombrosa d'usuaris i usuàries d'origen immigrant ha fet palesa una visibilització més gran de les diferències socioculturals en el si de la consulta mèdica. La relació metge-malalt es veu dificultada principalment per problemes de comunicació, que no es redueixen al fet de no compartir l'idioma, sinó també i sobretot a les diferències en les concepcions de la salut, la malaltia i les formes de cura, així com a la diversitat de les expectatives sobre el rol del professional i el rol de l'usuari. Tanmateix, cal destacar un matís: els bagatges culturals múltiples que porten les persones immigrants no es poden continuar concebut en termes de restriccions i dèficits, sinó que cal considerar-los un punt de partida per començar a treballar. Fer aquest gir en la mirada sobre l'altre no és obvi. Ans al contrari, resulta transcendental: es tracta d'exercir una relació empàtica, com a punt de partida per donar peu a una "acomodació" en ambdós sentits.

Els i les professionals de la salut destaquen, igualment, el desconeixement de la població immigrant sobre l'organització i el funcionament de la institució sanitària, la qual cosa explica en gran part l'incompliment de les visites programades i l'abús de les consultes en horari d'urgències. A més, afirmen trobar-se encara amb nombrosos casos d'ús compartit de la Targeta Individual Sanitària (TIS), la qual cosa posa de manifest que moltes persones immigrants en situació administrativa irregular desconeixen els seus drets d'atenció sanitària. Així mateix, una de les participants mencionava haver-se trobat amb persones, originàries de països on l'Estat no ha desenvolupat un servei sanitari públic, que no acudien als serveis de salut perquè pensaven que calia pagar la visita mèdica.

Tot i que es percep positivament l'extensió del dret a una atenció sanitària pública mitjançant l'obtenció de la TIS per la via de l'empadronament, tothom que ha participat al debat insisteix en què això no ha resolt tots els obstacles en

l'accessibilitat a la salut de les minories poblacionals més desfavorides, entre les quals s'inclouen les persones immigrants d'origen extracomunitari. Com a restriccions de tipus institucional, esmenten els filtres legals i els requeriments administratius que hi ha: *“en teoria tots hi tenen accés; però a l'hora de la veritat hi ha usuaris regulats (els empadronats) i usuaris no regulats. Aquests darrers se senten il·legals i són els que, en cas de tenir un problema greu de salut, van directament als serveis d'urgències”*. Altres factors mencionats que intervenen en el no accés són l'autopercepció de la salut/malaltia (*“es donen més demandes per assistència a malalties que per pràctiques de prevenció”*), la manca d'informació sobre els recursos disponibles, l'ordre de prioritats vitals (*“el treball i l'habitatge passen per davant de la salut”*), les experiències negatives amb els serveis sanitaris, el domini escàs del castellà o del català i el baix nivell educatiu (especialment els casos d'analfabetisme, entre els quals es va citar com a més prevalent el de les dones originàries de zones rurals del Magreb).

Els problemes de comunicació són un dels aspectes que va originar més inquietud i frustració entre els i les participants al debat. *“La barrera de lo lingüístico”*, el fet de no compartir un mateix idioma per vehicular l'intercanvi d'impressions, es considera una gran dificultat, a la qual cal dedicar recursos, per tal de superar els problemes que genera. Tanmateix no és la més transcendental. Per al conjunt de participants, els dèficits comunicatius van més allà del fet idiomàtic: *“Se dan problemas de comunicación con los latinoamericanos”*. Per tant, es posa en evidència que els i les professionals tenen un gran desconeixement de l'univers simbòlic de “l'altre”: els seus codis sociolingüístics, la seva cosmovisió, els seus rituals d'interacció, les seves concepcions de la salut i les formes de cura de la malaltia, etc. Un coneixement més gran de l'alteritat redundaria a l'hora de fer minvar *“la por o la incomoditat que senten els professionals davant la diferència”*. Així mateix, les dificultats de comunicació comporten, de forma subjacent, un problema de més envergadura: la diferència de posició social entre el o la professional i l'usuari o usuària.

En línies generals, les persones participants constaten que cal reforçar els programes de formació contínua per als i les professionals, per tal que els proporcionin eines útils de comunicació intercultural i informació sobre les condicions materials de vida i les representacions socials sobre la salut i la malaltia pròpies dels col·lectius d'immigrants a Catalunya. A més, s'insisteix a reforçar les motivacions dels i les professionals i, més concretament, el personal d'atenció primària. Aquí no s'al·ludeix simplement a una qüestió de salaris, sinó a la millora de les condicions laborals, en especial assignar més temps per visita i enfortir el concepte de la pràctica mèdica d'atenció primària.

En reflexionar sobre les dificultats que comporta la més gran diversificació de la població usuària, les persones participants posen, però, més èmfasi en els

aspectes de la quotidianitat que afecten l'accés a la salut. Tenint present que la població d'origen extracomunitari que s'instal·la a Catalunya es caracteritza per ser jove i sana, el problema sanitari més gran vinculat a aquesta població és, en definitiva, combatre l'exclusió social de què és objecte. En conseqüència, tal com van mencionaren les persones que van participar en el debat, entre els i les professionals d'atenció primària és freqüent la percepció que es reclama a les visites mèdiques un treball de contenció emocional que, malauradament per manca de temps i sobrecàrrega laboral, no poden desenvolupar. Això genera una sensació de saturació entre el personal sanitari, que no se sent capaç de donar resposta a situacions en què conflueixen i s'acumulen necessitats de diferents tipus, és a dir, somàtiques, emocionals i socioeconòmiques. A més, s'esmenta que aquest fet fomenta el desencadenament de casos de *burn out* entre els i les professionals de la salut. Per il·lustrar les demandes considerades "extramèdiques", se cita que a les consultes moltes vegades es demana informació sobre la tramitació de documentació o sobre ajudes d'assistència social. L'interrogant es formula així: *"com treballar la salut sense tocar altres temes que influeixen en la salut?"*.

En paraules d'una de les participants, hem d'enfocar els nostres esforços a *"la manca de recursos per dignificar les poblacions més excloses"* si realment volem millorar les condicions de salut de la població i estendre *de facto* el dret a rebre una atenció sanitària de qualitat. De la mateixa manera, cal no perdre de vista que la major part de les dificultats citades pel que fa a la població immigrant extracomunitària són extrapolables a les classes més desafavorides de la població autòctona: *"Hi ha problemes de comunicació entre metge i pacient amb la gent d'aquí, també", "Es donen autopercepcions diferents entre els professionals sanitaris i els usuaris, també entre els autòctons"*. En conseqüència, cal plantejar-nos la qüestió de la cultura institucional de salut. En concret, es van esmentar aquests interrogants: *"Cap on ens movem? Com parlem els professionals de la salut? Es valora, tant entre els professionals com socialment, el tema de l'accés gratuït a l'atenció mèdica? Com caldria regular el registre de la informació sobre l'activitat clínica? Què fem amb la ràtio per professional sanitari? Com capacitar els professionals de salut per atendre una població amb major diversitat cultural i major desigualtat social?"* (Anna Cabot).

1.2. Les diferències en la utilització dels recursos sanitaris entre la població autòctona i els col·lectius d'immigrants

Respecte a les diferències en la utilització dels recursos sanitaris dels col·lectius d'immigrants respecte als autòctons, la major part de participants considera que no comptem amb un *"sistema de registre d'informació vàlid"* que reculli dades

sobre l'estat de salut i les condicions socials i econòmiques de la població usuària. No obstant això, l'antropòloga Adriana Kaplan remarca l'existència d'estudis fets rigorosament, sobre temes molt variats, que aporten informació vàlida però que malauradament o bé no aconsegueixen sortir a la llum pública a través de les publicacions o bé, un cop publicats, no arriben a mans dels òrgans de decisió en matèria de gestió sanitària. Per tant, el debat sobre el tema es nodreix principalment de la percepció dels i les participants. Des d'aquesta òptica, sembla que els col·lectius d'immigrants fan més ús dels serveis d'urgències que les persones autòctones. D'altra banda, entre els diferents recursos sanitaris, la població immigrant utilitza en més gran mesura els serveis maternoinfantils i de salut mental. En canvi, es constata una presència menor en les activitats de prevenció de malalties i de promoció de la salut.

El fet que els usuaris i les usuàries d'origen extracomunitari utilitzin més els serveis d'urgència s'atribueix fonamentalment a la seva situació juridicollegal d'estrangeria, que vincula la seva permanència a l'Estat espanyol a un permís de residència en vigor, així com a les seves condicions laborals. Respecte a aquest últim element, les llargues jornades laborals, l'elevada precarietat i eventualitat dels seus llocs del treball i l'alt grau d'informalitat dels seus "contractes" laborals desincentiva demanar una absència a la feina per una visita mèdica o presentar una baixa per malaltia. El recel a apropar-se a la institució sanitària es vincula en gran part a la por de la població clandestina (els denominats "sense papers") a ser capturada per les forces de l'ordre i expulsada al seu país d'origen. Així mateix, el desconeixement de l'organització i de la funció del sistema sanitari i del dret a accedir a la Targeta Individual Sanitària (TIS) incideixen en un ús inadequat de l'atenció d'urgències. L'experiència prèvia d'utilització dels recursos de salut disponibles a la societat d'origen configura també les expectatives i les formes d'ús del sistema sanitari de la societat d'instal·lació. En aquest punt, els i les participants remarquen la necessitat d'implementar un protocol d'acollida en totes les àrees bàsiques, a fi de proporcionar informació clara sobre els serveis proveïts pel sector sanitari públic i les seves formes d'ús. Aquest procediment d'acollida a les àrees bàsiques de salut (ABS) permetria assabentar tota persona usuària dels seus drets de salut.

D'altra banda, es remarca la mobilitat territorial de la població immigrant extracomunitària (més transhumant que la societat majoritària) com el factor que dificulta més l'establiment d'una relació continuada amb el metge o la metgessa de família, la qual cosa complica dur a terme un seguiment de l'eficàcia dels tractaments mèdics (especialment el control de les malalties cròniques).

Pel que fa als serveis més utilitzats pels usuaris i les usuàries d'origen extracomunitari, s'esmenta que són els serveis maternoinfantils i s'atribueix aquest ús al seu perfil sociodemogràfic: *"Es tracta d'una població jove, sana, en*

edats fèrtils, disposada a formar una família". Així mateix es menciona una demanda notable i creixent d'atenció als serveis de salut mental. Aquí, el motiu principal no és que es constati una major prevalença de patologies mentals d'origen, sinó fonamentalment *"les situacions d'estrès generades pel mateix procés migratori"*, així com les condicions de vida en la societat d'instal·lació. Respecte a l'atenció a la salut mental, els i les participants constaten que la demanda més gran de les persones immigrants extracomunitàries fa més visible el dèficit d'assignació de recursos públics per a la salut mental, ja preexistent.

Finalment, la menor aflluència de persones d'origen extracomunitari a les activitats de prevenció de malalties i promoció de la salut s'atribueix principalment al fet que la salut no figura en el primer tram de les seves escales de prioritats vitals. Aquesta presència menor està més vinculada a les desiguals oportunitats materials que a les diferències en les representacions culturals de la salut. Pel que fa als col·lectius d'usuaris que ens ocupen, el treball i l'enviament de remeses apareixen com les prioritats principals.

1.3. La gestió dels recursos sanitaris en una societat heterogènia i desigual: és possible instaurar centres específics sense caure en l'estigmatització i la segregació?

L'obertura de centres específics d'atenció a la salut per a immigrants extracomunitaris es va originar a Catalunya per iniciativa d'un grup de professionals de la salut que tractaven de donar assistència a les necessitats de salut no cobertes aleshores per la xarxa d'atenció primària ordinària (se cita l'exemple de la Unitat de Malalties Tropicals de Drassanes, a Barcelona). Des de l'aprovació de la Llei d'estrangeria 4/2000 que va instaurar l'accés a l'atenció sanitària pública per la via de l'empadronament, la continuïtat i consolidació dels centres específics esmentats sembla evidenciar el manteniment d'una xarxa d'assistència paral·lela adreçada a les minories poblacionals, la qual cosa fomenta l'estigmatització i la segregació en el sí d'un sistema sanitari que es defineix com a universal.

Per a Estanislao Alonso, el repte rau a constituir *centres de referència* per tractar problemes específics vinculats a la immigració, que actuïn com a unitats d'atenció a les quals derivar puntualment determinats casos clínics i com a lloc destacat de recerca i formació, així com de consultoria per a professionals diversos. Actualment, l'establiment d'aquests *centres de referència* és un projecte embrionari del Pla Director d'Immigració i Cooperació del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

Els i les participants remarcaven amb certa indignació l'absència de definició del model de gestió de la diversitat en la salut a hores d'ara. Literalment, *“no s’ha reflexionat sobre els models de relació amb les cultures. Quin model volem i per a aquí? Pluriculturalitat? Interculturalitat?”* (Roser Pérez). Aquesta manca de planificació i gestió sanitària és una font de preocupació ja que hi ha el risc que *“sense un model caiguem en el paternalisme, el racisme...”* (Jesús Edison).

Segons els i les participants, assolir un tractament igual per a una mateixa necessitat requereix el desenvolupament de polítiques d'equitat que tinguin com a fita eradicar les desigualtats en la salut. Aquí, la gestió sanitària s'enfronta a un problema estructural: reduir les desigualtats materials que determinen les desigualtats en la salut. L'abordatge del sistema sanitari català és fonamentalment assistencialista i manté una sèrie de filtres administratius per gaudir del dret a l'atenció a la salut. *“Mentre es mantinguin barreres administratives, com per exemple, l'empadronament, estem aturant que la salut sigui un dret fonamental, un dret per a qualsevol ésser humà”* (Marissa Ros).

Quant a evitar l'efecte d'estigmatització potencialment vinculat a les mesures d'acció positiva, es va dir que els estudis epidemiològics haurien d'establir la gravetat i donar la importància justa als problemes de salut més freqüents en els entorns socials més marginalitzats. Associar determinades malalties a grups poblacionals concrets, especialment en una posició de poder minoritària, no només contribueix a estigmatitzar sinó que fomenta l'alarma social i la persecució. En paraules d'Adriana Kaplan, *“Mientras la epidemiología siga poniendo bajo su foco de atención a determinadas poblaciones, se estigmatiza. La clave reside en cómo se diferencia la población general. Parece que no hemos superado lo de la discriminación positiva, que en definitiva es una forma de asistencialismo”*. A més, apareix sobre la taula una segona proposta per reduir l'estigmatització de les minories: si es pren com a objectiu primordial desenvolupar polítiques d'equitat, les mesures d'acció positiva com ara registrar informació sobre l'origen sociocultural i territorial de la població (per exemple, demanant pel país d'origen, la nacionalitat, l'adscripció a un grup ètnic, etc.) sembla que tinguin menys efectes estigmatitzadors.

Finalment, segons Elvira Méndez, la clau rau a implementar, en la intervenció pública, *“un enfocament poblacional que combini estratègies mixtes d'emergència i/o específiques amb un tractament general de les necessitats de salut”*. Respecte a això, s'insisteix en la conveniència de *“reduir la variabilitat perquè crea ineficiència en el si del sistema”*. En aquest sentit, es fa necessari un canvi en l'organització de la institució sanitària: *“un canvi institucional que faciliti l'acomodació de doble via”*.

1.4. Les estratègies per adequar els recursos sanitaris a les necessitats d'una població més heterogènia

En el camp de la política sanitària a Catalunya podem distingir, fins ara, dues etapes de desenvolupament de mesures pensades per respondre a les necessitats d'una població més heterogènia socioculturalment. La primera etapa comprèn la dècada dels anys noranta del segle xx, amb la posada en pràctica d'iniciatives aïllades i disperses, de gran valor pel seu enginy, però netament insuficients, fonamentalment a causa de no emmarcar-se en un pla d'acció de gestió sanitària. En aquesta etapa, el sistema sanitari es va mostrar escassament receptiu envers les conclusions i experiències dels i les professionals posades en comú en diferents jornades, seminaris i grups de treball que es van celebrar al CAP de Drassanes i als municipis de Mataró, Salt i Olot. En paraules d'Estanislao Alonso, el nou mil·lenni sembla haver encetat una segona etapa: amb la constatació que l'actual diversitat sociocultural de la població catalana per l'arribada i l'assentament de persones originàries de països extracomunitaris no constitueix un fenomen de caire transitori, sinó estructural i irreversible, l'agenda política sanitària pren com una de les seves línies de prioritat l'atenció a la població immigrant, junt amb la qüestió de la cooperació. En aquest sentit, l'any 2002 es redacta el Pla de la Diversitat de l'Institut Català de la Salut, l'any 2003 es crea l'Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional, fins arribar, l'any 2004, al Pla Director d'Immigració i Cooperació, que constitueix primerament una Comissió Permanent i, posteriorment, un Consell Assessor. Durant l'any 2005 aquest Pla Director té com a objectiu l'elaboració de les línies estratègiques pel que fa la consecució dels cinc objectius que s'han definit: 1) fer una anàlisi rigorosa i profunda de la situació de l'estat de salut de la població immigrant i de l'accés que té als serveis de salut; 2) millorar els sistemes d'informació i la recerca; 3) millorar l'accés als recursos sanitaris mitjançant: la creació d'un pla d'acollida coordinat, la formació continuada dels i les professionals, la definició d'un model de mediació i l'elaboració de materials sensibles culturalment; 4) millorar l'estat de salut de la població immigrant atorgant prioritat a la salut maternoinfantil, la salut mental i les malalties infeccioses –tuberculosi, malalties de transmissió sexual (MTS), SIDA– i parasitàries, i 5) establir una xarxa d'unitats de salut internacional de referència i potenciar la recerca científica en aquest camp, atès el context actual de globalització i l'augment de “viatgers internacionals”.

Adequar els recursos a les necessitats de la població passa necessàriament per conèixer les característiques d'aquesta població. Respecte a això, els i les participants convergeixen en la constatació que, a l'Administració, li manca precisament un coneixement de les condicions de vida i de salut de la població, i de forma més notable, de la població d'origen immigrant, per la qual cosa consideren que no s'està responent a les necessitats de salut de la població en general. Malgrat els estudis existents sobre la matèria, realitzats per una diversitat

d'investigadors (antropòlegs, sociòlegs, epidemiòlegs socials, etc.), la percepció és que l'Administració no els pren en consideració a l'hora de dissenyar les seves polítiques d'intervenció. Literalment, *“se han llevado a cabo estudios serios. Las primeras publicaciones sobre el tema en Cataluña datan de hace diez años. Hay que retomarlos y observar dónde estamos diez años después”* (Adriana Kaplan). Així mateix, es troba a faltar una avaluació rigorosa de l'efectivitat d'aquestes polítiques.

El nostre sistema sanitari es fonamenta en un model d'organització dels recursos de salut fragmentat, rígid i excessivament burocratitzat, la qual cosa obstaculitza que es pugui implementar una gestió eficient i eficaç dels recursos i, en definitiva, el fa poc propici a assolir els seus objectius principals: proporcionar un tracte igual per a un problema de salut igual i combatre les desigualtats en la salut. A més, s'assenyala una excessiva concentració dels recursos destinats a la gestió de la diversitat en determinades ABS i determinats hospitals (se cita, per exemple, Drassanes i l'Hospital del Mar, a Barcelona). Tenint present l'extensió gradual de la població d'origen extracomunitari per la major part de la geografia catalana, cal fer extensibles aquests recursos a altres centres proveïdors de serveis sanitaris. És a dir, cal canviar un sistema sanitari que és, en paraules de Kiku Auqué i Roser Pérez, *“assistencialista, farmacèutic i tècnic”*.

1.5. El paper de les entitats i associacions que treballen amb immigrants

Entre les persones participants prima la idea que és el sistema el que s'ha d'adaptar a les necessitats de la població i no a la inversa. Cal facilitar, des de la institució sanitària, un espai perquè els usuaris i les usuàries s'apropiïn del sistema. Cal que les autoritats sanitàries reconeguin els usuaris i les usuàries com a actors socials, la qual cosa implica construir i mantenir relacions de confiança entre el personal gestor, els i les professionals i els usuaris i les usuàries. Expressat així, es tracta d'aplicar un enfocament comunitari en el si de la gestió sanitària i de la pràctica mèdica. En definitiva, els i les participants apel·len a fer realitat un model de salut pública propi de la medicina comunitària, és a dir, *“un model d'atenció sanitària orientat cap a la comunitat”*. Tot i ser conscients que és un model de cost econòmic elevat, en la mesura que es basa en la participació i, per tant, requereix la coordinació entre diversos agents en la presa de decisions i l'avaluació de les intervencions, els i les participants coincideixen a identificar aquest model com el més idoni a fi de treballar des de la comunitat.

Quant al paper de les entitats i associacions, ens trobem amb una divisió d'opinions. Segons Estanislao Alonso, director del Pla Director d'Immigració i Cooperació, el treball de les entitats i associacions, si bé és fonamental, es

defineix com a *“subsidiari però de cap manera substitutori”*. En canvi, algunes de les persones presents s’oposen a aquesta consideració de les entitats i associacions com a agents subsidiaris: *“les entitats han de participar igualment en l’assignació de recursos”*. Algunes persones participants adverteixen que cal evitar que les associacions assumeixin *“un paper d’apagafocs, que només es contactin per a casos extrems, quan l’Administració ja no hi troba resposta”*. No obstant això, preval un cert consens a l’hora d’afirmar la necessitat de dur a terme un treball conjunt i complementari, tenint present que *“les entitats i associacions poden aportar experiència, professionalitat (mediadors) i agilitat a l’hora de dur a terme certes intervencions”* (Estanislao Alonso).

En síntesi, l’estratègia per edificar un sistema sanitari sensible a les diferències idiosincràtiques i socioculturals i eficient a l’hora de fer minvar les desigualtats socials en la salut és bàsicament sumar forces. En referència a aquesta crida a fer un treball multidisciplinari quant a la gestió sanitària, es menciona la necessitat de definir els canals de participació de la població immigrant. Es deixa en l’aire la identificació dels interlocutors (associacions d’immigrants que no es dediquen específicament a temes de salut i/o associacions per a immigrants que són proveïdores de programes de salut?) i el pes assignat a cadascun d’aquests agents pel que fa al procés de presa de decisions. Igualment, s’insisteix en la conveniència de col·laborar amb les universitats i els diversos equips que investiguen en el camp de la salut. La gestió de la diversitat sociocultural en la salut no pot reduir-se a crear xarxes virtuals, a proporcionar informació i protocolitzar la pràctica mèdica, sinó que és imprescindible crear i mantenir *“xarxes de relacions humanes”* (en paraules de Kiku Auqué).

2. Mediació i treball comunitari: més enllà de la mediació intercultural

Introducció a càrrec de Hakima Ouaraab i Isabel Riesa, agents de salut del Programa de Salut Comunitària de la Unitat de Malalties Tropicals, EAP Raval Sud.

Les agents de salut comunitària Hakima Ouaraab i Isabel Riesa inicien la presentació de la sessió fent una primera distinció entre els rols de traductor, mediador intercultural i agent de salut comunitària. Mentre que la primera figura s'ocupa de la interpretació lingüística, la tasca de mediació intercultural consisteix a interpretar els codis culturals. L'agent de salut comunitària té una funció més dirigida a la dinamització social en el si de la comunitat i està especialitzat en intervencions en l'àmbit sanitari.

A la llum de la seva experiència professional en el Programa de Salut Comunitària de la Unitat de Malalties Tropicals (EAP Raval Sud), Hakima Ouaraab i Isabel Riesa consideren que l'èxit del treball de l'agent de salut rau a saber discernir les necessitats de la població que acudeix al centre de salut i transmetre-les als i les professionals de la salut i al personal gestor sanitari, així com mantenir bones relacions amb el veïnat i les entitats i associacions d'immigrants. Les seves activitats se centren principalment en donar suport a l'activitat assistencial en els centres de salut i desenvolupar programes de prevenció. No es tracta només de prevenir malalties (especialment VIH, sida, hepatitis, tuberculosi i altres malalties infeccioses), sinó també de prevenir l'emergència de prejudicis entre els i les professionals sanitaris, així com d'anticipar-se als conflictes socials, normalment generats per les condicions de vida precàries. En paraules d'Isabel Riesa, *“el objetivo del Programa de Salud Comunitaria es informar, concienciar, facilitar el acceso a los recursos sanitarios para proporcionar la atención más adecuada a grupos en situación de vulnerabilidad”*. Per assolir aquestes fites, l'agent de salut organitza tallers d'educació a la salut i proporciona informació de forma *“culturalmente adaptada”*, du a terme seminaris de formació per a professionals sanitaris sobre els codis culturals, les creences, les experiències i els imaginaris que condicionen l'atenció sanitària. Igualment, tracta de fer de mediador en la relació professional-usuari a fi de fer minvar els desconcerts i malestars que puguin sorgir-hi. Respecte a això, Hakima Ouaraab posa l'èmfasi en el fet que l'agent de salut s'esforça per copsar els factors que han configurat la relació assistencial com a conflictiva.

Actualment, els problemes més grans a què s'enfronten els i les agents de salut comunitària són, d'una banda, la manca de reconeixement de la seva figura com a categoria professional per l'Administració. De fet, l'Administració sanitària classifica aquesta figura com a *mediador intercultural en l'àmbit de la salut*, terme

amb el qual discrepa Hakima Ouaarab, ja que eludeix l'especialització de l'àmbit de treball (la comunitat) dels i les agents de salut. D'altra banda, la mateixa Ouaarab esmenta com a problemàtiques les dificultats amb què es troba a l'hora d'introduir projectes de salut en l'agenda de les activitats de les associacions d'immigrants o que treballen amb immigrants: *“Actualmente es un reto para nosotros unir las asociaciones de inmigrantes, que no trabajan aspectos de salud, y las asociaciones que ofrecen programas diversos de salud pero que no acostumbran a trabajar con inmigrantes”*. Finalment, Hakima Ouaarab destaca la manca de recursos econòmics, en particular de les institucions sanitàries, per finançar activitats i programes de salut realitzats per associacions d'immigrants.

Després de concloure la presentació, es dóna pas al debat, en el qual s'abordaren els quatre temes següents: 1) la funció de la mediació intercultural en l'atenció sanitària a la població immigrant; 2) les dificultats a què s'enfronta l'agent de mediació intercultural en un context clínic; 3) la formació dels i les professionals de la salut en instruments de mediació intercultural, i 4) la mediació intercultural i el treball amb la comunitat.

Debat

2.1. La funció de la mediació intercultural en l'atenció sanitària a la població immigrant

Des del punt de vista d'algunes de les persones participants, la distinció clara entre les tres figures (traductor/a, mediador/a intercultural i agent de salut comunitària) pot ser contestada. Genisa Prat i Fatou Secka consideren que les fronteres entre mediador o mediadora i agent de salut no estan tan delimitades en la pràctica. Si bé la primera figura sembla treballar més en l'àmbit social i la segona en l'àmbit de la salut, ambdues treballen en la comunitat i tenen en definitiva el mateix objectiu: fer minvar el conflicte entre les diverses parts en interacció i afavorir una millor convivència social. La mediació no comporta només un treball de tipus comunitari, sinó que inclou també dirigir un treball interpersonal. *“En este sentido”, afirma Genisa Prat, “yo no veo el trabajo del mediador y del agente de salud tan dispar. De hecho, si nos permitimos intercambiar experiencias nos daremos cuenta de que no hablamos de cosas tan diferentes. Sea en lo social, sea en salud, sea en los demás ámbitos en los que el inmigrante se relaciona con la población autóctona, el mediador va a intentar que la relación entre inmigrante y población autóctona se desarrolle de la forma menos traumática posible”*. Per a Fatou Secka, la distinció entre mediador o mediadora intercultural i agent de salut comunitària és contraproductiu, ja que divideix les forces per assolir el reconeixement administratiu d'ambdues figures professionals.

Tot i considerar encertades les observacions de Genisa Prat, Marissa Ros introdueix la distinció següent: *“mentre que el mediador o la mediadora té una funció de tipus reactiu, és a dir, respon a una demanda puntual, directament expressada, la funció de l’agent de salut és més aviat activa, és dinamitzadora, en el sentit que tracta d’apropar la comunitat als serveis de salut”*. Respecte a això, Genisa Prat aporta el matís que la mediació intercultural no només gestiona conflictes manifestos sinó que també realitza una tasca de prevenció de conflictes amb la comunitat, alhora que es dedica a informar i conscienciar la comunitat respecte a diversos problemes detectats per les institucions. Per tant, afirma no percebre la dualitat reactiva/activa que diferenciaria ambdós perfils professionals. Per altra banda, Adil Qureshi, psicòleg a l’Hospital de la Vall d’Hebron i coordinador del Postgrau Ocupacional de Mediador en l’Àmbit Sanitari, els i les professionals de la mediació i els i les agents de salut tenen una base comuna fonamental: la capacitat de facilitar la comunicació mitjançant l’ús de la tècnica de la mediació, basada en la competència intercultural. No obstant això, remarca que treballar en un hospital requereix una formació especialitzada per familiaritzar-se amb l’àmbit sanitari. D’aquí que consideri pertinent mantenir la distinció entre mediador o mediadora i agent de salut.

Tot i així, tant la figura del mediador com la de l’agent de salut és considerada per les persones participants com a molt necessària avui dia a les nostres institucions pel fet que es donen relacions conflictives entre comunitats socioculturalment diferents. En paraules de Genisa Prat: *“no sabemos hablarnos, nos molesta la diferencia. Las instituciones funcionan de una manera y nos es muy difícil aceptar que alguien que venga de fuera nos diga lo que hemos de hacer.”* A més, tal com manifesta Anna Cabot, ambdues figures contribueixen a fer minvar els principals obstacles de la població immigrant extracomunitària enfront de la institució sanitària: els faciliten l’accés als serveis sanitaris, els informen dels seus drets sanitaris i de l’organització dels recursos sanitaris, fan més entenedores les demandes dels usuaris i les usuàries d’origen extracomunitari i afavoreixen una millor entesa en la relació assistencial. Literalment, *“son figuras complementarias, necesarias las dos. Por tanto, debemos empezar a reforzarlas sin sensaciones de competencias.”*

A Mawa N’Dayé li sembla clau que, en definir les figures que es dediquen a la mediació, es ressalti el fet que aporten una estratègia de comunicació entre iguals que té un doble vessant, intersubjectiu i comunitari. Aquesta estratègia de comunicació es basa en la competència intercultural, és a dir, en paraules d’Adil Qureshi, *“un conocimiento cultural pero, especialmente, un entendimiento sobre los mecanismos con que funciona la cultura para vincularse con las personas”*. Tal com matisa posteriorment Soledad Bermann no significa, per tant, acumular coneixements de tipus etnològic sobre les cultures específiques. Entre les persones participants preval, doncs, la idea de la competència intercultural com

un mètode que es basa en entendre com les persones s'apropien dels elements culturals en el transcurs del seu procés d'endoculturació,¹ i en la capacitació per fer més fluida la relació entre persones amb endoculturacions diferents.

A continuació, Mawa N'Dayé creu oportú plantejar la pregunta de si és necessari que sigui un o una immigrant qui faci aquesta tasca de mediació. Ell mateix constata que, en general, la pràctica de la mediació ha estat duta a terme per persones immigrants d'origen extracomunitari, que normalment s'ocupen de fer de mitjancers amb la seva comunitat d'origen. Tanmateix, es dona un consens entre els i les participants a la sessió sobre el fet de no considerar com a imprescindible que mediadors i mediadores i agents de salut siguin de la mateixa cultura que les persones per a les quals fan de mitjancers. De fet, segons afirmen els i les agents de salut presents, *“el mediador no només resulta útil per als immigrants, sinó que fem programes per a la prevenció de malalties per a tota la comunitat, la qual cosa inclou molts immigrants però no exclusivament. També hi participen molts autòctons”*. De fet, aquí s'emfatitza la idea que comunicar en un context de diversitat no es redueix a traduir, sinó a estendre canals de transmissió d'informació per a l'entesa recíproca entre les diferents parts.

2.2. Les dificultats a què s'enfronta l'agent de mediació intercultural en el context clínic

Tal i com hem esmentat, actualment l'obstacle més gran per al desenvolupament de la mediació intercultural en el camp de la salut és la manca de reconeixement administratiu de la figura de l'agent de salut i del mediador i la mediadora interculturals. De fet, les persones que treballen com a agents de salut en els centres sanitaris no tenen una relació contractual amb la institució sanitària, sinó que el seu vincle es formalitza mitjançant convenis renovables anualment amb projectes de determinades ONG. Alguns d'aquests programes de mediació es financen gràcies a les subvencions procedents de la Unió Europea. És molt revelador que cap mediador ni mediadora no tingui un contracte laboral i que, en paraules de Hakima Ouaraab, *“los agentes de salud realizan sus tareas de manera voluntaria”*. Això fa que la totalitat de les persones que treballen com a agents de salut han de tenir una altra ocupació per poder sobreviure. La indignació i perplexitat és palesa entre els i les participants respecte a la informalitat amb què es du a terme la pràctica totalitat de les tasques de mediació. Així ho sintetitza Eva Marxen: *“No és comprensible que un mediador o agent de salut treballi gratuïtament per als nostres serveis sanitaris o sense un contracte laboral. Fan la seva tasca sense cap assegurança, tot i la responsabilitat civil i els riscos que*

¹ S'entén per *endoculturació* el procés dinàmic en què tot ésser humà, que per definició és un ésser social, s'apropia i interioritza els elements culturals propis de la configuració social en la qual es desenvolupa i de la qual participa.

comporta per a la seva salut i integritat física.” Respecte a això, Estanislao Alonso anuncia que la institució sanitària no té previst adoptar un model de finançament de la mediació que no sigui externalitzar el cost de les activitats de les persones que treballen com a agents de salut. De fet, el Departament de Sanitat treballa en la línia de definir les competències dels i les agents de salut i seguir amb la descentralització del finançament de les tasques de mediació a institucions locals (entitats i ajuntaments). Des del seu punt de vista, les entitats i ONG són els actors socials que han de fer contractes en regla als i les agents de salut que mobilitzen.

La manca de consens quant a la forma i els continguts dels programes de formació de mediadors, mediadores i agents de salut obstaculitza l'exercici d'una mediació amb qualitat. Tot i que recentment han sorgit postgraus de mediació intercultural i d'agent de salut, avui dia és possible esdevenir mediador o mediadora sense tenir una formació reglada i homologada. Per a Anna Cabot, estipular una formació normalitzada que finalitzi amb l'obtenció d'una titulació reconeguda administrativament pot contribuir no només a millorar les competències de mediadors, mediadores i agents de salut, sinó també a prestigiar-ne la tasca i formalitzar-ne la contractació laboral. Tal com emfatitzen Mawa N'Dayé i Adil Qureshi, la formació com a mediador o mediadora intercultural és fonamental perquè puguin desenvolupar la seva tasca de manera professional, ja que no es tracta tant d'esdevenir bilingües sinó d'assolir una competència cultural i aprendre a utilitzar la tècnica de la mediació. Segons Eva Marxen, la mediació no pot reduir-se a un postgrau sinó que hauria de ser una carrera universitària atès el tipus de competències que han de ser adquirides per exercir-la amb una professionalitat adequada. Un cop dit això, Eva Marxen recalca de nou la necessitat de revisar el model contractual dels serveis de mediació: *“Habiendo hecho una carrera de cuatro años, no se puede esperar que un licenciado en mediación trabaje como voluntario. Además, es un trabajo muy complejo y con mucha responsabilidad”*.

De tot el que s'ha dit fins ara se'n desprèn la manca d'un model de mediació, que els i les participants consideren necessari per posar ordre en la denominació de les persones que treballen en aquest camp, per reduir l'ambigüitat del seu estatus professional dins de la jerarquia del personal sociosanitari i regular el seu mode de finançament. La professionalització reglada de l'activitat de la mediació ha de consensuar-se entre les diferents parts. Segons Fatou Secka, els i les professionals de la salut són els primers que han de reconèixer l'activitat del mediador o la mediadora i de l'agent de salut com una ocupació en el camp sanitari. Després ho han de fer els que financen els recursos sanitaris.

D'acord amb l'experiència d'Eliana Monguí, una altra de les dificultats a què han de fer front els i les agents de salut en el desenvolupament de la seva tasca de sensibilització entre els i les professionals mèdics rau en l'organització força jeràrquica amb què s'estructuren les professions mèdiques. En no tractar-se d'una

figura estrictament sanitària (sinó que actua de pont entre la institució sanitària i la comunitat), l'agent de salut desperta cert recel en els i les professionals. Des d'aquest punt de vista, la seva intervenció és freqüentment considerada com una intromissió en la relació assistencial, en comptes de ser considerada com una col·laboració entre col·legues amb una fita comuna, és a dir, atendre de la millor manera possible els usuaris i les usuàries. De fet, els i les agents de salut comparteixen la percepció que a la consulta mèdica, els i les professionals de la salut prioritzen la traducció davant de les tasques de mediació intercultural o d'arbitratge (*advocacy*), la qual cosa és també corroborada per Anna Zaragoza. es del punt de vista d'aquesta infermera, les friccions que es produeixen en la relació amb el personal sanitari podrien suavitzar-se si el treball de mediació s'efectués de forma integrada en el si dels equips mèdics. Els i les agents de salut presents a la sessió insistien també en què *“contrariamente a lo que muchos profesionales piensan, no venimos a competir con ellos, sino a presentarles competencias para desarrollar mejor su labor”*.

Una de les idees que es posa sobre la taula a fi de promocionar les figures del mediador o la mediadora i de l'agent de salut és fer una jornada d'avaluació de les experiències ja realitzades en aquest camp. Marissa Ros suggereix que la redefinició de la tasca de la mediació en el camp sanitari, així com els perfils professionals que s'ocupin de desenvolupar-la, s'ha d'efectuar partint d'una anàlisi de la situació que prengui com a punt de referència les necessitats dels i les professionals de la salut i dels usuaris i les usuàries dels serveis de salut. A més, Marissa Ros es pregunta si els cursos per a agents de salut actualment vigents tenen realment en compte les necessitats dels centres de salut i dels hospitals.

Un altre tema que s'esmenta té relació amb la distribució horària dels serveis de mediació, en els centres que en tenen. Anna Zaragoza apunta que l'horari dels mediadors i les mediadores no s'adapta a les necessitats dels usuaris i les usuàries. Per manca de recursos, no es compta amb un servei de mediació que cobreixi la totalitat de les franges horàries de l'assistència mèdica. A tall d'exemple, cita que *“és freqüent trobar-se a la consulta amb un usuari pakistanès que no pot ajustar la seva visita a la disponibilitat del traductor o mediador pakistanès, qui, per exemple, per conveni només ha d'oferir els seus serveis els divendres de 15h a 19h”*.

Segons Eva Marxen cal tenir present la dinàmica pròpia del treball terapèutic en salut mental. En la seva experiència, la introducció de la figura de la mediació canvia la relació terapèutica, i els i les professionals de salut mental han de fer un esforç per incloure-la, a fi de distorsionar tan poc com sigui possible la relació amb l'usuari o usuària. Tot i així, la psicoteràpia es val primordialment de la paraula i de com es diuen i/o se silencien les coses. D'aquí que en el cas d'usuaris i usuàries

d'origen extracomunitari sigui convenient que reflexionem sobre com treballar conjuntament amb el traductor o la traductora, el mediador o la mediadora o l'agent de salut.

En darrer lloc, tenint present la seva experiència professional amb mediadors i mediadores, Anna Zaragoza ha constatat que tant ells com els agents de salut es troben amb certes reticències dels usuaris i les usuàries. Aquí, la mateixa Anna Zaragoza puntualitza que cal considerar que mediadors, mediadores i agents de salut també han de fer una autoreflexió sobre les interpretacions i prejudicis propis. Per dur a terme aquest exercici d'introspecció analítica recomana un treball en equip entre els diferents col·legues de mediació. Per a Mónica Cívico, la diversificació creixent de la població a Catalunya comporta haver d'assumir nous reptes. A parer seu, una de les dificultats més grans que es poden establir entre els mediadors i les mediadores i els usuaris i usuàries rau en les dificultats de convivència entre els diferents col·lectius immigrants en les unitats d'internats als hospitals. Aquest escenari és de per si molt conflictiu. Des del seu punt de vista, el treball en mediació ha de fer ús d'una bona dosi de creativitat i obertura. Finalment, Eva Marxen considera imprescindible un treball de supervisió, especialment, dels i les agents de salut i els mediadors i les mediadores que treballin amb refugiats i refugiades polítics a fi d'ajudar-los a pair les històries que vehiculen en fer de mitjancers entre professionals i usuaris i usuàries.

2.3. La formació dels i les professionals de la salut en instruments de mediació intercultural

En escoltar les diverses intervencions dels i les participants fins aquest moment, Carmen González expressa la seva sorpresa per la nul·la reflexió que es fa sobre el treball que ha de realitzar també el o la professional, a fi d'enriquir les seves pròpies competències. *“¿Qué poco está puesto el acento en cómo tienen que aprender los profesionales aquí! Lo advierto porque a nosotros, cuando trabajaba en Argentina, lo que más nos preocupaba respecto a la figura del mediador era en cómo podíamos pasárselo a los otros, para que todos aprendiéramos a trabajar con la mediación porque servía para trabajar con la gente, a la vez que servía para enriquecernos a nosotros mismos”*. La mateixa Carmen González acaba la seva intervenció posant l'accent en la necessitat de formació dels i les professionals en tècniques de mediació, ja que la societat catalana d'avui dia s'està mesclant.

En la mateixa línia, tant per a Soledad Bermann com per a Mawa N'Dayé, a mediació tal com s'està incorporant als serveis sanitaris sembla que sigui *“una excusa perquè el professional sanitari no es molesti a comunicar”*, ni a descodificar els temes culturals que apareixen en tota relació assistencial. En

referència a aquesta qüestió, Anna Zaragoza fa un incís: tot i que percep que és veritat que els i les professionals de la salut estan prioritant avui dia la via d'un mediador o mediadora o d'un o una agent de salut, això es dona en el context de desconeixement d'una llengua compartida amb l'usuari o l'usuària. Afirmar: *"El primer pas en el dia a dia de l'assistència és entendre la persona que ve a la consulta. I com fer-ho sense l'ajuda d'un tercer, quan no coneixem la llengua de l'usuari, i l'usuari tampoc no domina la nostra?"* A falta de mediador o mediadora que interpreti la demanda i que ens ajudi a transmetre els consells mèdics, Anna Zaragoza esmenta que els i les professionals es valen de la col·laboració de traductors informals, majoritàriament els fills o les filles dels mateixos usuaris o usuàries o altres persones de la sala d'espera. Però això, remarca, no és una bona solució, ja que s'hi afegeixen altres problemes: per exemple, no es respecta totalment la confidencialitat de la relació assistencial i s'origina un trasbals de rols en la relació mare/pare i fills/es.

Pel que fa a les competències que haurien d'adquirir els i les professionals sanitaris/es, Adil Qureshi insisteix novament en la qüestió de la competència cultural com una eina que capacita els i les professionals per comunicar-se amb qualsevol persona usuària, mitjançant l'aprenentatge previ sobre com la cultura configura les experiències i percepcions de cadascú. Respecte a això, manifesta que ningú preval com a expert en la cultura d'origen: *"¿Quién es más experta, la antropóloga experta en cultura marroquí que dio un curso en el postgrado sobre mediación, o las mediadoras marroquíes que atendían el seminario?"*. Lucía Sanjuan assenyala que la tasca dels i les professionals de la salut requereix uns coneixements amplis, és a dir, *"no sólo conocimientos de tipo sanitario, sino también cultura básica, sobre diversidad cultural i antropología, sobre aspectos sociales y culturales de la población que atienden, sobre inmigración, sobre resolución de conflictos. Darles en definitiva, habilidades para la relación asistencial"*. Respecte a això, Genisa Prat no creu que calgui exigir als i les professionals de la medicina que es formin en antropologia per adquirir habilitats comunicatives a fi de millorar la qualitat de la relació assistencial amb persones d'orígens socioculturals diferents, sinó que més aviat cal donar-los espais perquè puguin realitzar un treball en equip amb mediadors i mediadores o agents de salut. Literalment, *"cal capacitar els mediadors per desenvolupar la tasca de la mediació, ja que són ells els que poden aportar realment aquesta sensació de confiança mútua, d'apropament a l'usuari, i facilitar la comunicació sobre els aspectes de la cultura de la societat d'origen. No cal fer antropòlegs socials o sanitaris sinó més aviat tenir professionals amb bons coneixements mèdics que puguin transmetre els consells mèdics de forma fàcil i s'ha de capacitar altres persones perquè puguin dur a terme processos de mediació, és a dir, com facilitar la comunicació amb el pacient, com establir una relació de confiança amb l'altre, com mantenir-la, com procedir a preguntar i com explicar el diagnòstic i el tractament"*. Per la seva banda, Eva Marxen manifesta la idoneïtat de dur a terme una formació continuada,

a mode de cursos de reciclatge, per als i les professionals de la salut, a fi de proporcionar-los els instruments per millorar les seves capacitats comunicatives amb els usuaris i les usuàries. Igualment, recalca la conveniència d'introduir una assignatura sobre comunicació intercultural en la formació universitària en medicina i infermeria.

En línies generals, durant la discussió es remarca la conveniència de desenvolupar un reconeixement mutu de la singularitat entre persones de contextos socioculturals diferents (en paraules d'Adil Qureshi, *"la cultura individual contextualitzada"*). En ser difícil relacionar-se amb les persones que són diferents de nosaltres, ens calen habilitats per facilitar l'apropament i la confiança mútua, així com una comunicació fluida. Com manifesta Anna Cabot, *"la mediació no és l'única eina per adaptar els nostres serveis a la diversitat cultural"*. El preferible seria capacitar tota la professió per dur a terme una relació comunicativa amb els usuaris i les usuàries que sigui recíprocament fluida.

2.4. La mediació intercultural i el treball amb la comunitat

Tal com va informar Estanislao Alonso, les institucions ja han iniciat el Pla de Mediació Comunitària, que actualment té com a objectiu definir, juntament amb les entitats i associacions que treballen també en aquest camp, el model més ajustat a les necessitats de la institució sanitària i de la població. *"En aquest Pla es pretén trencar amb els temes la discussió dels quals s'eternitza (per exemple, la diferència entre traductor, mediador i agent de salut) i passar de plantejar l'activitat de la mediació segons la dicotomia treball actiu/tr treball reactiu a definir-lo en termes de graus d'anticipació als problemes de comunicació. Cal ara ordenar, planificar i adaptar el sistema a la nova situació i als nous reptes"*. Des del Departament de Sanitat es vol impulsar una línia de recerca per esclarir quin model de mediació és el més adient, tenint presents les necessitats actuals, i com implementar-lo al nostre país. Igualment, planifica promoure la constitució de grups de treball que potenciïn un treball en xarxa on s'involucrin els diferents actors sociosanitaris.

D'acord amb les opinions d'Anna Cabot, Mawa N'Dayé i, posteriorment, Lucía Sanjuan, el nostre sistema sanitari, en primer lloc, ha d'adaptar-se a les necessitats de la població i no començar per definir les seves fites exclusivament en funció de la visió dels i les professionals de la salut. Tant Anna Cabot com Lucía Sanjuan consideren que una de les assignatures pendents de l'organització actual dels recursos sanitaris consisteix a establir una coordinació de facto entre l'atenció sanitària i l'atenció hospitalària. Per a aquesta última també és imprescindible un

treball en equip amb professionals e la salut, antropòlegs i antropòlogues de la salut, entitats i etnòlegs i etnòlogues.

Roser Pérez exposa que el nostre model sanitari és fonamentalment assistencialista. En concret, tracta els problemes socials com si fossin estrictament interpersonals i no deixa espai per a la realització d'un treball comunitari, és a dir, de tipus participatiu en conjunt amb els diferents agents socials (educació, benestar social, associacions de veïns, entitats, ONG, col·lectius, etc.). En la mesura que els problemes de salut tenen una base social cal iniciar una política sanitària que es basi en el model de la salut comunitària. L'enfocament de l'esmentat model intenta fer minvar les desigualtats socials que incideixen en els estats de salut. En aquest sentit, cal replantejar-se el model de sistema sanitari per donar a la salut pública l'espai necessari per desenvolupar una salut comunitària (necessitats segons les característiques de la població i bona coordinació amb els serveis socials i la comunitat). *“Fins que no hi hagi espai per a la salut comunitària, qualsevol mesura, com per exemple, l'agent de mediació intercultural, el treballador social, etc., només són pedaços”*. En la mateixa línia, Kiku Auqué recalca la importància del concepte de salut comunitària i en cita un exemple: *“Imagineu-vos una persona que sigui cuidadora informal, és a dir, a qui li ha tocat prendre cura del pare i del fill i s'ha fet càrrec de la seva família durant deu anys. Al cap de deu anys se'n va al metge o al psicòleg. Sigui qui sigui, metge de capçalera o psicòleg, aquest no pot arreglar res des del seu despatx, perquè aquesta dona ve amb dos problemes: una disfunció familiar i una manca de recolzament social. S'enfonsa i, en efecte, la seva situació no l'hi arreglarà cap pastilla. Es tracta un problema estructural d'intervenció comunitària. D'aquí la rellevància que comencem a desplegar un concepte de salut amb la comunitat.”*

Genisa Prat apunta, per acabar, que no s'ha de perdre de vista, en tractar el tema de la mediació i el treball amb la comunitat, la rellevància del rol dels mediadors i les mediadores pel que fa a la convivència social en els barris de més gran heterogeneïtat sociocultural i pobresa. A més, assenyala que no es tracta només de prevenir els conflictes, sinó de gestionar-los un cop esclaten fruit de la frustració, la incomprensió i unes condicions de vida individuals o familiars molt crítiques.

3. La sexualitat en el context de la immigració: delimitar qüestions clau, trencar estereotips

Introducció a càrrec de Carme Ollé i Àngels Martínez, ginecòloga i sexòloga, respectivament, del Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (SASSIR) de l'EAP Raval Sud. Barcelona.

Abordar la qüestió de la sexualitat al nostre país, amb independència del col·lectiu a què ens referim, requereix com a punt de partida aclarir què entenem precisament per *sexualitat*. D'acord amb la definició proposada per la sexòloga Àngels Martínez, la sexualitat és una manera de comunicar-nos a través de la qual rebem i donem plaer i afecte. En general, se'ns representa com un fenomen inherentment universal. La sexualitat no entén de fronteres, però pel que fa a les seves modalitats d'expressió, està modelada per una diversitat de factors socioculturals, entre els quals destaquen la configuració de les relacions de gènere, les condicions materials d'existència, els hàbits i costums de constitució de famílies i els codis simbòlics d'interacció quotidiana. A més, cal tenir en compte el fet que el camp de la sexualitat està marcat per nombrosos estereotips i tabús, la qual cosa dificulta en molts casos la verbalització dels comportaments sexuals de cadascú.

Circumscriu el tema a la població immigrada resident a Catalunya, les dues presentadores de la sessió, Carme Ollé i Àngels Martínez, insisteixen que *“abordar la sexualitat demana adoptar una aproximació basada en l'exercici de l'empatia”*. Segons l'experiència clínica d'ambdues professionals, l'empatia és essencial per assolir dos elements centrals de la bona pràctica: l'aprenentatge mutu i un llenguatge compartit. Carme Ollé i Àngels Martínez posen l'accent en la necessitat d'estendre la mirada de l'expert en la pràctica mèdica més enllà de l'aplicació d'un coneixement estrictament tècnic i, en concomitància, introduir una dosi d'experiència vivencial a la situació de trobada amb l'usuari o l'usuària immigrant. En aquest sentit, esdevé fonamental tenir cura de la manera de parlar sobre la sexualitat a fi d'evitar que es produeixi un monòleg, el de la veu de l'expert. A més de la necessitat de ser receptiva a la narració que l'usuari o usuària fa de la seva pròpia sexualitat, Carme Ollé assenyalava que: *“cal que els professionals defugim tot intent de culpabilitzar i penalitzar qualsevol comportament”*. La pressió assistencial, sobretot la manca de temps per visita, fomenta que *“ens atabalem i vulguem anar més ràpid, centrant-nos en qüestions més tècniques sobre problemes de salut, disfuncions o seguint els protocols de l'embaràs, per exemple, i per tant, no afavorim un espai perquè l'usuari ens parli de la seva sexualitat”*.

La sessió abordà les quatre preguntes previstes en l'agenda del debat: 1) què sabem sobre les concepcions que tenen de la sexualitat i les pràctiques sexuals

dels col·lectius heterogenis d'immigrants? 2) quines són les principals dificultats de tipus sanitari, relacionades amb la sexualitat, que comporta la immigració? 3) quines serien les línies per a la intervenció social i sanitària que caldria adoptar a fi de promocionar una sexualitat saludable? i 4) quina és la tasca desenvolupada per les institucions públiques i les entitats (ONG, associacions) a Catalunya en aquesta matèria?

Debat

3.1. Sobre les concepcions de la sexualitat i les pràctiques dels diferents col·lectius

Pel que fa a la sexualitat específica de la població immigrant extracomunitària, els i les participants a la sessió van constatar que *“no hi ha gaires diferències”* respecte a les dinàmiques que conformen la sexualitat de la població autòctona. Les claus per esbrinar les formes de sexualitat dels col·lectius immigrants es fan visibles en la mesura que discernim els contextos socials i econòmics d'instal·lació. Aquí l'accent recau tant en les condicions materials d'existència com en els canvis que l'emigració ha generat en la comunicació entre sexes i en les dinàmiques intrafamiliars.

Cal afegir-hi una advertència que és sobre la taula des de l'inici de la sessió: si bé resulta útil establir alguns patrons de comportament a fi d'orientar l'atenció sanitària, no es pot perdre de vista que les generalitzacions són una forma d'estalvi del coneixement, és a dir, que impliquen una pèrdua d'informació sobre els matisos i les singularitats que trobem en tot agrupament humà. Adil Qureshi assenyala que *“cuando hablamos de los inmigrantes parece que hablamos como si se tratase de un organismo muy diferente y pensamos que nosotros somos los normales, los de la verdad”*.

Per a Flavia Limone, el tema de la sexualitat s'ha de plantejar en interacció amb el de la reproducció i el de les relacions de gènere. Segons la seva experiència professional a la Fundació Morin, es detecten patrons de comportament similars entre les dones d'origen llatinoamericà i les de nacionalitat espanyola, vinculats sobretot a la desigualtat de gènere. Cristina Prieto remarca la influència de la posició de classe en la configuració de les experiències i percepcions sobre la sexualitat. Finalment, Àngels Martínez fa notar a la resta de participants que els i les professionals de la salut *“visitem la gent que té problemes, i per tant, es dona un biaix en les nostres observacions”*, i que això s'ha de tenir en compte a l'hora de generalitzar sobre els hàbits sexuals dels usuaris i les usuàries dels nostres serveis sanitaris.

3.2. La sexualitat en el context de la immigració

Amb relació a la sexualitat en el context de la immigració, es van abordar quatre temes: 1) la importància de la dimensió afectiva, 2) el comportament de les dones pel que fa a la seva reproducció, 3) les disfuncions sexuals manifestades per alguns col·lectius i 4) la violència i els maltractaments a les dones immigrades a mans de les seves parelles.

La dimensió afectiva

En societats on preval una estricta delimitació del món masculí i el món femení, el formalisme i el desapassionament que caracteritzen les mostres públiques d'afecte entre homes i dones es compensen amb uns vincles afectius més íntims entre els éssers propers del mateix sexe.

En la distància, la xarxa social de recolzament de la societat d'origen perd gran part de la seva efectivitat pel que fa a la seva triple funció de contenció emocional, orientació i ajuda material. Així doncs, constituir una segona xarxa a la societat d'instal·lació és qüestió de temps i d'inversió emocional per generar encontres comunicatius i avinenteses. Els sentiments d'aïllament, de tristesa i de descompensació afectiva s'expliquen en gran part per la reorganització de la vida quotidiana que comporta la immigració.

El treball en la comunitat, per exemple amb iniciatives tan simples com organitzar una sèrie de tertúlies entre la gent del barri per parlar de qualsevol tema vinculat a la vida quotidiana, es percep com una via possible a fi de propiciar i dinamitzar espais de trobada que afavoreixin la constitució de xarxes socials de recolzament. Tanmateix, cal tenir present un fet que es constata en aquest tipus d'activitats: les condicions laborals de la major part de la població immigrant d'origen extracomunitari resulten poc propícies per establir relacions socials fructíferes.

El comportament de les dones pel que fa a la seva reproducció

El debat sobre el comportament de les dones immigrants pel que fa a la seva reproducció va girar entorn de quatre temes clarament delimitats: *a)* la percepció que fan un major ús de les tècniques d'interrupció voluntària de l'embaràs, *b)* les diferències en les representacions socials de la salut de les dones, *c)* l'ús més sovintejat que fan dels serveis d'urgències hospitalàries per donar a llum i l'escassa presència i assiduitat a les sessions de preparació per al part i d'educació maternal i *d)* la confrontació entre els ginecòlegs i els homes de

determinades comunitats (concretament la marroquina) pel que fa a l'assistència de professionals de sexe masculí al part.

D'acord amb la darrera memòria d'activitats del programa d'assessorament a dones immigrants embarassades de l'Associació Salut i Família, Cristina Prieto assenyala que la major part de les dones joves (entre 20 i 22 anys) que hi acudeixen demanen interrompre el seu embaràs. Una de les inquietuds de l'associació és entendre per què dones joves, la majoria de les quals coneix l'existència de mètodes anticonceptius, s'acaben quedant embarassades de manera no planificada. Entre les respostes possibles, Cristina Prieto cita el fet que *“están separadas de sus parejas y al establecer relaciones sexuales aquí, no controlan las consecuencias de éstas”*. De fet, la major part de les usuàries del programa de l'Associació Salut i Família afirmen no seguir de forma regular els controls ginecològics i, entre altres raons, reconeixen no fer-ho perquè estan en una situació administrativa irregular, la qual cosa els ha desincentivat de sol·licitar la Targeta Individual Sanitària (TIS). A més, Cristina Prieto menciona *“las prohibiciones que hay en sus cabezas”*, referint-se als tabús de tipus religiós que penalitzen l'ús de mètodes anticonceptius. Respecte a la constatació d'una manca de control sobre les seves relacions sexuals, Soledad Bermann planteja la reflexió següent: *“Puede darse que estas mujeres inmigrantes se aboquen a la sexualidad sin que quepa en sus cabezas el que vayan a tener una relación sexual?”*. D'altra banda, Mawa N'Dayé afegeix la possibilitat que moltes d'aquestes dones visquin la interrupció de l'embaràs com una mesura més de contracepció i, per tant, no la percebin com un avortament.

En referència al discurs que atribueix a la dona immigrant una manca de cura de si mateixa, Carme Ollé va explicar una experiència clau que li va fer obrir els ulls. En el transcurs d'un dels tallers d'educació per a la salut amb dones marroquines que conduïa junt amb Àngels Martínez quinzenalment al barri del Raval de Barcelona, aquestes dones van representar gràficament el fet de *cuidar-se* dibuixant les figures d'una dona que estudia i d'una dona que té cura dels seus fills. L'imaginari d'aquestes dones respecte a les nocions de *salut* i de *cuidar-se* anava més enllà de la higiene i la prevenció de malalties; significava, en primera instància, poder assolir coneixements a través de l'estudi i estar en condicions físiques i psicològiques d'atendre la seva família. Arran d'aquesta reflexió, tant ella com Àngels Martínez es van adonar del que anomenen “mirades que no conflueixen”; és a dir, les diferents representacions sobre la salut i les formes de cuidar-se que conviuen sense que s'hi donin punts de coincidència. Per a ambdues professionals, el fet de posar-les en diàleg és l'única manera de no caure en interpretacions reduccionistes, esbiaixades i etnocèntriques sobre els hàbits i imaginaris de l'altre. Des del punt de vista d'Adil Quresh, el que succeeix amb la població autòctona aquí és precisament que *“no tenemos instrumentos para interpretar. Contamos con estadísticas formuladas desde nuestros prejuicios sobre*

el otro, lo cual las convierte poco informativas sobre las prioridades vitales del otro”.

D'acord amb la seva experiència professional, Carme Ollé esmenta que la inquietud més gran respecte al control de l'embaràs de les dones immigrants no és que arribin tard a la consulta prenatal en comparació amb la temporalització dictaminada pel protocol de control de l'embaràs. De fet, aquesta no és la tendència que observa ella mateixa en la seva consulta ginecològica. El problema rau en una proporció petita però significativa de dones embarassades que acudeixen directament a les urgències hospitalàries a donar a llum i en el fet que són les grans absents a les sessions d'educació maternal. Per esbrinar les causes principals que expliquen aquest comportament diferencial, Carme Ollé cita la qüestió dels papers (estar o no en situació de regularitat administrativa) i les condicions laborals de les immigrants (llargues jornades de treball, amb situació contractual sempre precària i eventual, i freqüentment informal).

Per la seva banda, Flavia Limone explica que en el grup de dones immigrants que condueix a la Fundació Morin, hi prevalen dones amb un nivell de vida relativament alt. Aquesta característica aporta un element esclareidor pel que fa al perfil de les usuàries que participen en activitats de promoció de la salut: la qüestió del nivell de necessitats; és a dir, hi acudeixen aquelles dones que ja tenen un treball que els permet assolir un nivell de vida digne i que han desenvolupat vincles socials. A la llum de la seva pràctica clínica, Flavia Limone destaca la idoneïtat dels grups terapèutics amb les dones immigrants, pel fet que faciliten la connexió entre les dones que formen el grup, alhora que els forneix l'oportunitat d'“inventar-se de nou” entre persones que han passat per experiències similars.

Per últim, Carme Ollé esmenta la qüestió del part dins la comunitat marroquina a Catalunya com a una de les preocupacions més importants entre els ginecòlegs barons. Molts dels seus companys de professió han sofert l'enfuriment dels marits marroquins davant del procediment del part de les seves dones, ja que alguns es neguen que sigui un home qui atengui la seva dona. Això implica desplegar in situ estratègies de negociació per fer entendre al marit que es tracta d'un acte mèdic i com a tal no constitueix una “agressió a la intimitat, integritat o pulcritud” de la seva dona. Fa menester arribar a una entesa amb la comunitat marroquina, no només pel fet que farà més còmoda la tasca dels professionals i alleugerirà tensions, sinó perquè pot neutralitzar les dificultats afegides de les dones marroquines tant durant el part com després (a títol anecdòtic s'esmenta que s'ha donat algun cas de repudi d'una dona per ser considerada impura pel marit arran d'haver estat “tocada per un altre home”).

Les disfuncions sexuals d'alguns col·lectius

Entre la població jove pakistanesa, com exposen Carme Ollé i Àngels Martínez, s'han donat casos d'ejaculació precoç sense que les proves clíniques apuntin a un mal funcionament orgànic. En aquest sentit, aquests joves arriben a la consulta de la sexòloga, derivats per la medicina de família o la unitat d'urologia. Quan la immigració comporta la separació de l'esposa o, en el cas dels solters, la dificultat de trobar parella, la masturbació no és considerada com una via legítima "d'escapament" entre els musulmans practicants pakistanesos. L'ansietat amb què és viscuda la pèrdua de semen entre els pakistanesos respon principalment a l'imaginari simbòlic que s'hi associa: la pèrdua de l'energia vital i, més concretament, "la pèrdua de la salut".

En línies generals, Àngels Martínez percep a través de la seva consulta que als homes solters d'origen extracomunitari els manquen relacions afectives amb dones. D'aquí que acudeixin més a les professionals del sexe per rebre i donar plaer i afecte.

Maltractaments a les dones, la violència de gènere en el context de la immigració

De forma unànime, els i les participants consideren la qüestió del maltractament a les dones immigrades com el tema que desperta més controvèrsia i el més complicat de tractar, especialment des de la pràctica mèdica. La percepció de la major part de les persones participants és que en el context de la immigració es produeix una major expressió de la violència de gènere respecte a la societat d'origen i que a les dones els falta informació sobre com fer valer els seus drets aquí. Per a Anna Cabot, això respon al fet que les dones immigrants tenen més oportunitats de feina en el mercat laboral d'aquí: *"En tenir més facilitat per aconseguir una feina en comparació amb les seves parelles, es dona un canvi de rol que és viscut malament pels homes i, més particularment, en el cas de les parelles d'origen marroquí"*. El canvi de rol que es produeix és viscut per l'home com una pèrdua del seu poder sobre la companya. Àngels Martínez opina que *"en el context de la immigració, les dones han de fer un esforç més gran per aguantar, sobretot perquè algunes són menys submises del que han d'aparentar."*

En aquest sentit, Mawa N'Dayé insisteix en la necessitat d'entendre les dinàmiques de les relacions de gènere que es produeixen dins les diferents comunitats d'immigrants. Per la seva experiència professional, Mawa N'Dayé afirma que la muller marroquina acostuma a anteposar les prioritats del marit a les seves a fi d'evitar enfrontaments amb la seva parella. Paral·lelament, el marit sent que qualsevol intent de negociar és una prova de debilitat en el seu rol de marit: *"és com si l'home pensés: 'no puc controlar quins efectes tindrà negociar amb la meua"*

dona pel que fa al meu estatus social' ”. Per tant, suggereix que el primer pas per treballar el tema de la violència domèstica en les comunitats immigrants ha de ser entendre què conforma “allò prohibit” en les seves cultures, a fi d'esbrinar com hi operen les relacions de gènere.

Flavia Limone adverteix que no podem reduir les explicacions dels maltractaments a raons de tipus cultural; fer-ho, a més de no resoldre els problemes, ens fa caure en l'etnocentrisme: *“si el objetivo es mejorar nuestros servicios debemos de interrogarnos sobre lo cultural, lo social y lo político al abordar el tema de los maltratos. Cabe no olvidar que este hecho incumbe tanto a las mujeres inmigrantes como a las de aquí”*.

En una línia similar, Soledad Bermann apunta a una autoreflexió respecte al nostre imaginari sobre la dona immigrada: *“Ens hem d'interrogar sobre el fet que es percebi que les dones immigrants reben més maltractaments de les seves parelles. Es tracta d'un prejudici envers una altra cultural? És una fantasia nostra? En la meua opinió té més relació amb el nostre propi desconeixement envers l'altre”*. Soledad Bermann explica que el fet de relacionar-nos amb persones la diferència cultural de les quals és tan palesa, contribueix a què jutgem amb més virulència certes pràctiques que no són compartides per nosaltres i hi apreciem una violència de gènere més gran. Aquí cal no perdre de vista el fet que tota cultura és canviant, dinàmicament i històrica, i que tot individu desenvolupa una adhesió singular a la seva cultura d'origen. Pel que fa a l'expressió de la violència de gènere en el context de la immigració, Soledad Bermann considera que on trobarem explicacions més convincents és en *“l'adaptació a determinades condicions de vida”*.

3.3. Les línies estratègiques d'intervenció social i acció sanitària que s'haurien d'adoptar a fi de promocionar una sexualitat saludable

Al llarg de la sessió es va plantejar una sèrie de recomanacions per millorar l'atenció a la salut sexual de les minories poblacionals. Els i les participants coincidiren a considerar l'empatia com la proposta metodològica principal. Així mateix, es va recomanar adoptar una perspectiva intercultural per interpretar les pràctiques i representacions dels i les “altres”, ja que fa possible desactivar l'elaboració d'explicacions socioculturalment esbiaixades i etnocèntriques. A la llum de la seva pràctica mèdica, Anna Cabot esmenta el riure com una manera de connectar amb la gent. Per la seva banda, Mawa N'Dayé posa l'accent en la necessitat de desviar-nos de la rigidesa dels protocols, d'adoptar una actitud de negociació i procedir a una atenció més individualitzada. Respecte a això, Flavia Limone remarca els efectes que té en l'atenció sanitària concebre la figura de l'immigrant com a estranger, és a dir, l'encarnació de l'alteritat. En delimitar l'“altre” i el “nosaltres” s'introdueix un biaix essencial: l'“altre” representa els que venen a la consulta i són membres d'un grup delimitat i diferenciat (visió genèrica i

homogènia dels usuaris i les usuàries extracomunitaris), mentre que el “nosaltres” són els que encarnen els subjectes de la vivència quotidiana (visió més individualitzada, singular dels usuaris i les usuàries autòctons). En paraules de Flavia Limone, *“venir al médico aquí, siempre me resultó más duro. Percibía una sensación de mayor frialdad o menor calidez por parte del profesional. Entonces, me interrogué sobre por qué me ocurría esto sistemáticamente. Caí en la cuenta de que probablemente aquí, siendo venezolana, se me consideraba como un miembro más de un grupo. Al no ser tratada desde mi singularidad, sentía una menor fuerza empática en la relación con mi médico.”*

Des del punt de vista dels i les participants, el fet que el nostre sistema sanitari segueixi un model d'organització assistencial i força medicalitzat obstaculitza desenvolupar intervencions sociosanitàries que aportin respostes eficients i sensibles socioculturalment a les necessitats de la població: *“Com parlar de sexualitat en els cinc minuts de què disposem per consulta?”*. Per tant, a més d'un canvi metodològic (ús de l'empatia i aplicació de la perspectiva intercultural), es demana invertir-hi més recursos, tant econòmics com humans.

D'altra banda, Mawa N'Dayé suggereix que per implementar qualsevol programa de prevenció de malalties de transmissió sexual dirigit als col·lectius d'immigrants és imprescindible començar per assolir un bon coneixement de la sexualitat d'aquestes poblacions. D'acord amb la seva experiència professional, *“el sexe no és tabú si se'n parla en els espais definits per a l'educació sexual, que facilitin que la gent pugui exposar la seva experiència. En el cas dels homes que estan més sols aquí, és molt més difícil abordar la qüestió. I val a dir que si fem sessions grupals, el discurs que emergeix és diferent al que obtindríem en sessions individuals”*. Mawa N'Dayé aconsella donar un gir discursiu a les activitats de prevenció de la sida. Afirmar que la millor manera d'aconseguir frenar-ne l'expansió no és abordant el tema amb una descripció tècnica de la malaltia i de les formes d'evitar el seu contagi, posant l'èmfasi en els perills i la necessitat de passar revisions mèdiques en cas d'haver mantingut relacions sexuals sense mesures de protecció. Ans al contrari, per tal de conscienciar sobre les formes de transmissió de la sida i la importància de detectar el seu contagi amb la major rapidesa possible (no només per evitar-ne l'expansió sinó també per reduir els efectes degeneratius en l'organisme de les persones VIH positives i millorar la seva qualitat de vida), cal començar per parlar de la sexualitat de les persones, de les seves experiències i percepcions. Per conèixer la sexualitat dels col·lectius d'immigrants cal esbrinar les seves representacions sobre la intimitat i el que és públic, el seu imaginari d'allò prohibit i els seus somnis i les seves fantasies. Finalment, Mawa N'Dayé insisteix que *“existeixen mecanismes per fer parlar la gent sobre la seva sexualitat. Cal aprofitar-los i adaptar-los a la gent a qui dirigim les nostres intervencions”*.

Per a Àngels Martínez és fonamental treballar el tema de la immigració des d'una perspectiva general, dirigint-nos a tota la població, tot i tenir una mirada transversal que capti les singularitats a fi d'enriquir les nostres intervencions. El que cal evitar és *“la compartimentalitat, ja que al cap i a la fi hem de tractar el mateix i hem d'aplicar l'empatia amb tothom que vingui a la consulta”*. Cristina Prieto matisa el que s'ha dit anteriorment i afegeix que cal tenir compte les dificultats afegides de la immigració. En concret, cita la manca de la xarxa de suport (*“els falta la comunitat”*) i l'exigència de tenir els “papers” en regla a fi de garantir la seva permanència a la societat d'instal·lació. A més, atrau l'atenció vers “la situació de trànsit” que comporta el primer temps d'assentament, perquè és un dels períodes de més fragilitat. De fet, afegeix, *“nosaltres també estem en trànsit respecte a ells, per tant, també necessitem adaptar-nos”*. Aquí, Cristina Prieto suggereix que *“hem de posar fil a l'agulla”*, és a dir, treballar els nostres prejudicis respecte a la població nouvinguda, autoanalitzar les ulleres a través de les quals ens la mirem i aprendre a descodificar els seus significants.

En la línia dels comentaris de Mawa N'Dayé esmentats anteriorment, Kiku Auqué insisteix que adoptar una “perspectiva poblacional” (és a dir, que tingui en compte les necessitats de la població, comptant amb la mateixa població per definir-les), està lluny de consistir en protocolitzar l'atenció sanitària. Cita l'exemple de la utilització de programes informàtics que van pautant la intervenció mèdica a les consultes, amb les preguntes que els i les professionals de la salut han de formular per cada cas clínic. Segons diu, s'ha humanitzar l'atenció mèdica. Cal començar millorant les condicions de treball dels i les professionals i tractant bé els usuaris i les usuàries del sistema.

3.4. Sobre la relació entre les institucions públiques i el treball comunitari

Entre els i les participants es va establir un consens clar quant a la necessitat de desplegar un treball en xarxa en què intervinguin les institucions públiques i les entitats i associacions, i que articuli ambdós nivells: el social i el sanitari. A més, s'insta a favor de l'establiment d'equips interdisciplinaris pel que fa l'acció sanitària. A tall d'exemple se cita la idoneïtat d'un equip integrat per professionals de pediatria, ginecologia, infermeria, sexologia i treball social.

Segons Cristina Prieto, les ONG i les associacions són agents socials clau per identificar els paràmetres que ens ajuden a esclarir situacions en cas de sospita de maltractament i a prevenir la violència domèstica. Per a Mawa N'Dayé, la col·laboració de les ONG i associacions és essencial per evitar embarassos no planificats, especialment en el període d'assentament, i prevenir malalties de transmissió sexual. El mateix Mawa N'Dayé considera escaient coresponsabilitzar

les comunitats de la salut sexual dels seus membres. Respecte a això, esmenta que l'agent de salut comunitària pot fer la tasca de donar coneixements a la comunitat.

El treball comunitari es considera imprescindible pel que fa a l'acció sociosanitària en el camp de la sexualitat. El missatge és clar: *“És des de la comunitat des d'on hem de treballar, per ajudar-los a entendre els canvis que origina el procés de la immigració”*. Aquí no es tracta únicament d'acollir les persones nouvingudes, element primordial per fomentar la convivència social. El treball comunitari és la manera d'afrontar el problema de la solitud i l'aïllament, alhora que afavoreix fer sortir a la llum el potencial actiu de les persones immigrades.

4. L'atenció a la salut mental en el context de la immigració: dificultats i reptes

Introducció a càrrec de Soledad Bermann, psicòloga a l'Hospital Psiquiàtric de Martorell

Soledad Bermann inicia la seva presentació formulant una petició als i les participants: si bé considera important aturar-nos a avaluar les dificultats que implica atendre la salut mental d'una població amb una major heterogeneïtat sociocultural, cal posar l'èmfasi en elaborar propostes de treball per avançar en el terreny de l'atenció a la salut mental. *“Fent una mica d'autocrítica, ens costa molt concretar. Ens resulta més fàcil generalitzar: parlem de cultura a un nivell més teòric i ens és difícil discernir les conseqüències per a la nostra pràctica professional, i plantejar-la en el si de les nostres activitats i intervencions. Una sessió de debat no és suficient per resoldre les qüestions que ens preocupen. Del que es tracta és de crear més espais de convivència, no només d'immigrants, sinó també entre professionals.”* Dit això, Soledad Bermann tracta de donar una resposta a les preguntes que formen l'agenda d'aquesta quarta sessió: 1) quin és el panorama actual de l'atenció a la salut mental dirigida als diversos col·lectius d'immigrants a Catalunya?, 2) existeix una psicopatologia específica de l'immigrant?, 3) quina és la raó de ser de la creació de centres especialitzats en l'atenció a la salut mental per a immigrants en el marc d'un sistema sanitari universal? Estem tendint cap a xarxes paral·leles d'assistència sanitària? Es tracta d'una atenció privilegiada en comparació amb l'atenció a la salut mental proveïda a la xarxa ordinària dels serveis sanitaris públics?, i 4) cal tenir coneixements etnològics per interpretar i tractar les afeccions de la població immigrant extracomunitària? Què vol dir aplicar una perspectiva transcultural? És necessària?

Des del punt de vista de la presentadora, el repte més gran que se'ns presenta és la dificultat de determinar el pes de la cultura en els comportaments humans, *“especialment perquè aquests comportaments tenen relació amb una multiplicitat de factors, entre els quals destacarien les condicions de vida”*. Així, i en referència a la segona pregunta de l'agenda de la sessió, Soledad Bermann constata un cert consens al voltant de dos elements vinculats específicament a la salut mental dels usuaris i les usuàries immigrants: *“la migració com a factor de risc [...] i l'aplicació de l'enfocament transcultural a l'atenció a la salut mental”*.

Per a Soledad Bermann, la principal raó de ser dels centres especialitzats en atenció a la salut mental d'immigrants –i que constitueix la diferència respecte als centres de salut mental de la xarxa d'atenció ordinària– rau en què s'hi aborda el problema psicològic amb l'univers simbòlic del malalt i s'individualitza més l'atenció. Això pot ser així perquè els i les professionals que hi treballen han rebut una formació especialitzada i han assolit les competències adients per atendre la

població immigrant de procedència variada, així com pel fet que es disposa de més temps per consulta. Segons Soledad Bermann, els centres especialitzats poden *“contribuir a crear dependència o un gueto en la mesura que no tenen una limitació en el temps. Un exemple seria el Centre Minkowska a París, on els professionals mantenen els seus pacients per justificar el seu treball i perpetuar el contracte amb les institucions públiques que financen el centre”*. Respecte a això, afegeix que, en comparació amb l’atenció que reben els usuaris i les usuàries de la xarxa ordinària de salut mental, *“rebre tractament psicològic de manera regular és un privilegi”*. Així doncs, afirma ser més partidària d’informar els i les professionals de salut sobre els universos simbòlics en què s’expressa la malaltia mental –particularment rellevant, a fi de detectar les somatitzacions– i d’aconseguir que els i les professionals s’autoanalitzin a fi de *“treballar els seus propis prejudicis de manera objectiva, neutral i sense culpabilitat”*.

A parer seu, tot coneixement etnològic és bo. *“El problema és si es tanca el malalt en una cultura, si se l’obliga a afiliar-se a un grup social en concret”* i, per tant, si es cau en l’error de reificar la cultura. Per a Soledad Bermann, l’atenció especialitzada resulta més adient en el tractament de *“problemàtiques específiques”*. En el cas de fer una clínica exclusivament per a la població immigrant, expressa el seu temor que s’arribi a encasellar-los en un grup de risc.

Com a propostes d’acció futura en el terreny de la salut mental, considera prioritari introduir una sèrie de canvis en l’organització de l’assistència. Respecte a això, ressaltava tres aspectes que caldria tenir en compte, ja que modifiquen els elements estructurals del quadre clínic aplicat tradicionalment aquí: 1) les diferències en la concepció del temps, 2) el fet que la major part de la població immigrant prové de societats més col·lectivistes que la nostra i per tant, requereix habilitar espai, temps i recursos formatius per dur a terme psicoteràpies on s’integrin els i les acompanyants, i 3) el repte que suposa superposar l’enfocament de la psiquiatria transcultural en el panorama divers i fragmentat de l’atenció a la salut mental.

Debat

4.1. La salut mental, assignatura pendent en atenció primària

Tal com va manifestar la major part dels i les participants, la salut mental és l’assignatura pendent dels nostres serveis d’atenció primària. Kiku Auqué és contundent: *“El model català en salut mental és bàsicament assistencial i molt medicalitzat, sobretot en tot l’àmbit psicosocial”*. Els serveis de salut mental de la xarxa d’atenció primària són qualificats com a *“d’una deficiència absoluta, no només per a la població pobre sinó per a tota la població d’atenció generalitzada”*. La qüestió pren una envergadura més preocupant: *“Com arreglar el problema dels*

immigrants si la salut mental al nostre país és deficient per a tothom? I si ho fem, com fer-ho? Perquè tots ho necessitem”.

Com a propostes de millora de la xarxa ordinària dels serveis de salut mental es va assenyalar que cal aportar més recursos tècnics, en particular contractar més psicòlegs i psicòlogues, per satisfer la demanda existent, així com ampliar els recursos psicosocials destinats a la comunitat. A la manca general de recursos tècnics i socials per a la salut mental, Àngels Martínez considera oportú afegir que *“es compta escassament amb la comunitat, la qual al cap i a la fi pot ser una bona aliada per generar els recursos tant de recolzament social com emocional”*. A Ousseynou Niang també li sembla rellevant donar recursos a la comunitat, ja que les dificultats per dur a terme un treball comunitari responen als problemes econòmics, laborals i socials que té la gent. És també important proporcionar a la comunitat educació sanitària per tal que s'estengui una visió de la salut més enllà de l'absència de malaltia i més propera al concepte de benestar global de la persona. Així mateix, considera que al si dels centres de salut mental es requereix un canvi en l'estil de treball.

Per a Yolanda Osorio, és adient dur a terme canvis en l'organització sanitària; com per exemple, l'ampliació del temps per consulta, la reducció de les ràtios d'usuaris per professional mèdic o els horaris d'atenció al públic. Reivindica que més enllà dels recursos, cal introduir canvis socials i polítics, especialment per evitar medicalitzar les necessitats de tipus més social i econòmic:

“Los que trabajamos en el sistema sanitario, tengo la impresión de que pretendemos encontrar la solución a todo. Entramos en el tema de que necesitamos más recursos, más recursos. Yo no digo que no sea verdad que necesitamos más recursos, pues es cierto que no contamos con los suficientes profesionales para cubrir la demanda en salud mental. Pero considero peligroso que nos limitemos a los recursos sanitarios y no nos planteemos si no habría que ir un poco más allá, demandar un cambio sociopolítico porque, si no, lo que hacemos es psiquiatrizar, psicologizar y medicalizar, en definitiva, todas las carencias que hay a otros niveles.”

Segons Soledad Bermann i Àngels Martínez, és necessari formar grups terapèutics i realitzar un treball en xarxa en diferents àmbits: sanitari, social i comunitari.

D'altra banda, Isabel Riveiro manifesta que discutir sobre el que està passant des de la multiplicitat de punts de vista de les diverses disciplines i professionals i mantenir el debat obert, lluny de ser una font de frustració, se'ns ha de presentar com la manera d'evitar quedar empresonats en les conclusions fàcils. *“Porque definir los problemas y las soluciones desde cada uno de los profesionales que estamos aquí, nos hace cautivos de la definición y de la solución que damos,*

además de ‘quedar presos’ de las soluciones que han sido dadas a nivel político.” Segons ella, els centres sanitaris no estan pensats per atendre els problemes de naturalesa múltiple que planteja l'usuari o l'usuària immigrant. En canvi, els serveis que estan oferint diverses ONG o entitats semblen donar-hi una resposta millor. Isabel Riveiro remarca el fet que els serveis es generen per una demanda existent que els serveis d'atenció general no satisfan.

En referència a aquest punt, Sonia Lahoz es pregunta si *“tendir a establir xarxes paral·leles no respon a la tranquil·litat dels professionals en atenció primària”* més que no pas a una necessitat veritable. Al llarg de la seva experiència professional, Eva Marxen, ha tingut també la sensació que el i la professional d'atenció primària tendeix a derivar usuaris i usuàries d'origen immigrant a centres d'atenció especialitzada com el Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial als Immigrants i Refugiats (SAPPIR), on treballa, com a forma de “descàrrega”. Aquest fet, l'atribueix sobretot a una saturació dels serveis i a una manca de recursos en els centres de salut mental.

Respecte a això, tal com apunta Rodolfo Alegre, el dispositiu de la Ronda del Mate² del Casal Argentí on treballa es va crear precisament per donar resposta a un problema existent en el servei sanitari públic: la necessitat de passar pel metge de família i les llargues llistes d'espera per accedir a un servei de psiquiatria i psicologia, així com la subordinació del treball terapèutic del psicòleg o la psicòloga al vist-i-plau del psiquiatre o la psiquiatra. A parer seu, la visita al metge no pot tractar-se com si fos un tràmit burocràtic i s'ha de respectar l'autonomia de les dues funcions, la del professional de la psiquiatra i de la psicologia.

Pel que fa el Servei d'Atenció a la Salut Mental dels Immigrants (SATMI), Yolanda Osorio el considera com un espai provisional fins que la resta dels centres de salut mental puguin satisfer la demanda d'atenció psicopatològica de la població immigrant. Els i les professionals que treballen al SATMI no són partidaris de psicologitzar la immigració, ni es mostren favorables a la creació de guetos. Ans al contrari, consideren la seva intervenció com una acció positiva perquè consideren que la igualtat passa, de vegades, per l'equitat (és a dir, assignar més o menys recursos en funció del grau de privacions dels diferents grups socials).

Pel que fa al servei d'atenció psicològica als i les immigrants que ofereix des de fa sis anys l'Associació Oassis, Inés Zubeldia exposa que en un primer moment els i les professionals del centre van iniciar un estudi sobre les diferències en salut mental. Des de fa quatre anys duen a terme un grup terapèutic que té com a objectiu proporcionar un espai de trobada i de paraula a fi d'enfortir les

² La Ronda del Mate del Casal Argentí consisteix en un espai de trobada i de paraula, a mode de teràpia de grup, dirigit als i les immigrants, coordinat per un psicoanalista, per tractar problemes diversos que afronten els i les participants en la seva quotidianitat.

potencialitats dels i les participants. La iniciativa es du a terme amb gran entusiasme dels i les professionals, en particular perquè suposa un aprenentatge mutu. A partir d'aquests grups, Inés Zubeldia ha constatat els problemes que té la població immigrant per relacionar-se amb les institucions d'aquí, en particular pel que fa als diferents codis culturals d'interacció social (per exemple, el to de veu, la mirada). Així mateix, esmenta que treballen basant-se en el model dels dols migratoris del psiquiatra Joseba Atxotegui, al qual afegeixen la qüestió de la imatge de la societat d'origen idealitzada, el rol social de la família i el tema de la religió. També destaca la conveniència de tenir *“una formación en diferencia cultural y la escucha empática”*. Assenyala, però, les dificultats que té l'associació per desenvolupar millor la seva tasca, a causa de la manca de finançament.

4.2. Concepcions de la salut mental en el context de la immigració

Segons Adil Qureshi, el primer que cal fer és tenir clar el model de societat que esperem construir. Segons ell, els problemes que té la població immigrant són molt variats. D'acord amb la seva experiència professional considera més adient procedir a un tractament que tingui com a fita la transculturalitat, incloent aquest tipus d'abordatge en el si de la psicoteràpia i capacitant els i les professionals en competència cultural.

Blanca Martínez distingeix entre una psicopatologia específica dels usuaris i les usuàries immigrants, que es manifesta amb símptomes de depressió i ansietat, i una psicopatologia de les víctimes de violència i tortura, que es manifesta amb trastorns de caire adaptatiu i dissociatiu. Segons la seva experiència, els pilars bàsics per a una bona atenció a la salut mental són una acollida càlida, una relació directa amb la persona (*“algo tan sencillo como que no haya una mesa entre el terapeuta y la persona”*) i tenir un respecte absolut per la història narrada per la persona, evitant emetre qualsevol judici de valor.

Segons Yolanda Osorio, els i les immigrants presenten patologies similars a les de la població autòctona. En tot cas, el que es percep és una expressió de la patologia diferent, en funció de la cultura d'origen, i més dificultat per seguir els tractaments. Aquesta psiquiatra afirma que, a parer seu, els problemes que implica la immigració es vinculen fonamentalment a l'exclusió social i les condicions de vida a la societat d'instal·lació. Adil Qureshi afegeix, a la situació de pobresa, els problemes de racisme i de manca d'acceptació de la població immigrant extracomunitària que preval en la nostra societat.

A la llum de la seva experiència professional a la Creu Roja, Inmaculada Hernández constata que en els últims anys s'han incrementat els símptomes i els quadres psicopatològics molt complicats. Aquest increment és atribuït a l'empitjorament de

les condicions de vida de la població immigrant. En conseqüència, considera imprescindible el paper de la salut comunitària, en particular pel que fa al treball de prevenció. Per a Inmaculada Hernández, la prioritat del treball en salut mental hauria de basar-se en la prevenció de la manifestació dels problemes, trastorns i símptomes.

Ousseynou Niang es mostra reticent a conceptualitzar els problemes de salut mental dels i les immigrants vinculant-los al seu origen cultural. Per a aquest agent de salut, les psicopatologies de la població immigrant responen a les condicions de vida del moment actual, en la societat en què viuen. Literalment, afirma: *“Què és això de psicopatologia senegalesa? Estàs aquí. Son psicopatologies que viuen aquí”*. Jesús Edison es mostra escèptic davant de les nombroses definicions de *cultura*, adverteix sobre els riscos de justificar-ho tot en nom de la diferència cultural. A fi d’il·lustrar els canvis que introdueix l’experiència migratòria en l’univers simbòlic dels i les immigrants, narra una vivència personal. Amb els anys que porta fora de Colòmbia, la visió que té del seu propi país ha variat: *“Colombia ahora me produce una sensación de vértigo, comparada con la sensación de más tranquilidad que experimento en España. Esta percepción es nueva, producida desde que vivo en España”*. Per a Jesús Edison l’important és que els i les professionals de salut mental considerin la manera en què l’ésser humà viu la malaltia i tinguin present com s’hi relaciona socialment (per exemple, si li falta o no recolzament social, si té l’estima de les persones properes). Així mateix, afegeix la necessitat d’humanitzar la relació clínica, *“especialmente cuando se cae tan habitualmente en el estatus quo de clase media a la cual pertenece la clase médica”*. De forma similar, Rodolfo Alegre considera clau, en el treball psicoterapèutic, tenir present com cadascú s’enfronta i viu la seva problemàtica personal.

En paraules de Lucía Sanjuan es fa *“un uso perverso de la cultura cuando se entiende a ésta como un compartimiento estanco y cuando consideramos todo lo que no sabemos resolver como cultural”*. Tanmateix, manifesta que hi ha elements que cal entendre en clau cultural i percep que entre els i les professionals de la salut mental es dóna una dificultat de formació per diferenciar els factors culturals dels socials. En la mateixa línia, Cristina Prieto recalca que si bé és un error *“cosificar la cultura en un pack”*, a la pràctica no es pot negar tampoc *“el dilema que produce la cultura”*. És a dir, s’ha de considerar que cada demanda formulada de manera individual es dóna en un entorn familiar i cultural determinat.

En referència a l’atenció de la salut mental en el context de la immigració, Isabel Riveiro assenyala la rellevància de saber tractar els elements culturals. La immigració implica distanciar-se respecte de la xarxa de recolzament social de la societat d’origen, així com una alteració de l’univers simbòlic i de la percepció de la identitat personal. En conseqüència, comporta una exigència d’adaptació social i

psicològica, que els i les professionals de la salut han de saber treballar. Alineant-se amb els plantejaments exposats per Isabel Riveiro, Eva Marxen avisa del perill de fetitxitzar la cultura dels usuaris i les usuàries d'origen immigrant. Afegeix que tot treball psicoterapèutic ha de dur-se a terme de manera ètica, i que l'escolta empàtica és clau.

D'altra banda, Isabel Riveiro expressa la seva preocupació envers la catalogació mateixa de l'usuari i la usuària immigrant, és a dir, planteja la qüestió de com estem contribuint a construir les identitats de qui considerem immigrant, *“sobre todo porque aquí la asignación de la categoría de inmigrante parece no caducar nunca”*. Segons Roser Pérez cal defugir dels models d'interpretació dels problemes de salut com ara la “síndrome d'Ulisses”, perquè no són sinó un exemple d'“etiquetatge” de les minories poblacionals i de psicologització dels seus problemes. A més, afegeix que són models que posen sobre la taula només les diferències, i que silencien la similitud entre els grups socials. Lola Aparicio remarca la necessitat de tenir en compte les conseqüències que pot comportar un diagnòstic en termes de salut mental. No és només una qüestió d'estigma social, sinó que també pot comportar la pèrdua del lloc de treball, la qual cosa és particularment preocupant per a la població d'origen extracomunitari, ja que la seva permanència a la nostra societat està subjecta a la tinença d'un contracte laboral vigent.

En la seva intervenció, Lola Aparicio manifesta que la prevenció i la rehabilitació són aspectes de la salut totalment desatsos pel nostre sistema sanitari. Passa el mateix amb tot el que s'associa a problemes socials, és a dir, el que s'escapa dels interessos estrictament biomèdics i farmacològics. D'acord amb els resultats de la seva tesi doctoral sobre les desigualtats de classe en salut a Catalunya, Roser Pérez comentava que si comparem les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 1994 amb les de l'any 2002 s'observa un increment elevat del consum de tranquil·lizants i somnífers. Aquest increment sembla simptomàtic de la medicalització dels problemes de caire més social, així com de la tendència a tractar aquests problemes de forma individual i a psicologitzar-los. D'aquí que consideri necessari realitzar un treball des de i amb la comunitat. No es tracta només d'evitar una psicopatologització dels problemes socials, sinó de denunciar els abusos del sistema i efectuar canvis socials, econòmics i polítics.

Per acabar, Jesús Edison suggereix un canvi d'òptica per tractar el tema de la immigració: *“Debemos pasar de hablar de la inmigración como problema a considerarlo como un tema”*. En aquest sentit, pot plantejar-se no només la qüestió de la psicopatologia de la població al·lòctona sinó també la de la població autòctona davant de la instal·lació de persones nouvingudes.

5. Llista de participants

Rodolfo Alegre, psicòleg. Casal Argentino.
Estanislao Alonso, director del Pla Director d'Immigració i Cooperació.
Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
Montserrat Antonín, professora. EUI Guimbernat.
Lola Aparicio, psicòloga. SATMI.
Kiku Auqué, metge de família. Departament de Salut de Girona.
Soledad Bermann, psicòloga i sociòloga. Hospital Psiquiàtric de Martorell.
Anna Cabot, metgessa. Hospital de Mataró.
Mercè Canet, infermera. Hospital Vall d'Hebron.
Mónica Cívico, Associació SURT.
Jesús Edison, pedagog. Agència de Salut Pública.
Carmen González, advocada. Casal Argentino.
Carne Guash, Associació Ibn Batuta.
Inmaculada Hernández, psicòloga. Creu Roja.
Adriana Kaplan, antropòloga. Universitat Autònoma de Barcelona.
Sonia Lahoz, psicòloga. Universitat de Barcelona.
Flavia Limone, psicòloga. Fundació Morín.
Kàtia Lurbe, sociòloga. Universitat Autònoma de Barcelona.
Àngels Martínez, sexòloga del Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (SASSIR) de l'EAP Raval Sud. Barcelona..
Blanca Martínez, psicòloga. EXIL.
Eva Marxen, art-terapeuta. SAPPIR.
Laura Mascarella, antropòloga i infermera. Grup de recerca URUT.
Elvira Méndez, Associació Salut i Família.
Eliana Mongui, agent de salut comunitària. CAP Drassanes.
Mawa Ndiaye, Associació Catalana de Residents Senegalesos.
Ousseynou Niang, agent de salut comunitària. CAP Drassanes.
Cristina Nieto, Associació Salut i Família.
Carne Ollé, ginecòloga del Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (SASSIR) de l'EAP Raval Sud. Barcelona.
Yolanda Osorio, psiquiatra. Servei d'Atenció al Migrant en Salut Mental (SATMI).
Hakima Ouabarab, agent de salut del Programa de Salut Comunitària. Unitat de Malalties Tropicals, EAP Raval Sud. Barcelona.
Roser Pérez, sociòloga. Escola d'infermeria de la Creu Roja.
Genisa Prat, Programa de Mediació Intercultural de Desenvolupament Comunitari.
Adil Qureshi, psicòleg. Hospital Vall d'Hebrón.
Ester Ramos, Associació SURT.
Isabel Riesa, agent de salut del Programa de Salut Comunitària. Unitat de Malalties Tropicals, EAP Raval Sud. Barcelona.
Isabel Rivero, psicòloga. Universitat Oberta de Catalunya.
Marissa Ros, infermera. Pla Director d'Immigració.
Lucia Sanjuan, metgessa i antropòloga. Universitat Oberta de Catalunya.
Fatou Secka, mediatra intercultural i agent de salut comunitària.
Anna Zaragoza, infermera. CAP Drassanes.
Inés Zubeldia, psicòloga. Associació OASIS.