
**Immigració i atenció sanitària:
l'accessibilitat dels immigrants marroquins
a l'atenció primària**



AJUNTAMENT DE LA GARRIGA



**Immigració i atenció sanitària:
l'accessibilitat dels immigrants marroquins
a l'atenció primària**

Míriam Sallent i Cáceres

TREBALL GUANYADOR DEL
I PREMI JOAN COSTA I RIERA DE RECERCA

La Garriga 2006



AJUNTAMENT DE LA GARRIGA



I PREMI JOAN COSTA I RIERA DE RECERCA

La Garriga 2006

El projecte de creació del Premi Joan Costa i Riera sorgeix el 2005 d'un grup d'amics i familiars del traspasat Joan Costa i Riera. Aquest premi pretén garantir la continuïtat dels valors personals i professionals del sociòleg garriguenc, així com transmetre l'estima que tenia pel seu poble natal.

Així doncs, a partir d'una iniciativa popular que ha aplegat persones d'ideologies, maneres de fer i pensament ben diferents, unides per l'amistat, l'estima i el record d'en Joan Costa i Riera, l'Ajuntament de la Garriga va rebre la idea i a través de l'Àrea de Cultura i juntament amb una comissió representant de familiars i amics d'en Joan han anat desenvolupant aquest projecte per tal que esdevingui una realitat.

El Premi Joan Costa i Riera de recerca és un premi que neix de la voluntat popular. Els valors que li donen contingut són molt importants en uns moments en què la societat actual viu immersa en una desorientació en molts àmbits. Per tant, fer un esforç per al manteniment i desenvolupament d'aquests valors ens sembla prou important, alhora que es dóna al municipi de la Garriga una nova eina de difusió i de qualitat.

També tenim el ple convenciment que intentant mantenir en la memòria col·lectiva un tarannà dialogant i un compromís social com el que tenia en Joan Costa i Riera, contribuirem a fer de la Garriga una societat millor.

Enric Roça i Torndelacreu
Regidor de Cultura i Participació Ciutadana
de l'Ajuntament de la Garriga



Immigració i atenció sanitària: l'accessibilitat dels immigrants marroquins a l'atenció primària

Salut
Immigració
Serveis sanitaris
Atenció primària

1. INTRODUCCIÓ	1
2. IMMIGRACIÓ I SALUT	2
2.1. DRETS SANITARIS I POBLACIÓ IMMIGRANT	2
2.1.1. <i>Tractament sanitari i immigració</i>	2
2.1.2. <i>Desinformació de la població immigrada</i>	7
2.1.3. <i>Vulnerabilitat i població immigrant</i>	8
2.2. ACCESSIBILITAT I ADAPTACIÓ DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT AL SISTEMA SANITARI	9
2.2.1. <i>Problemes generals d'accessibilitat</i>	9
2.2.2. <i>Aspectes legals relatius al tractament sanitari de la població immigrada</i>	11
2.2.3. <i>Restriccions en l'accés als serveis sanitaris</i>	13
2.2.4. <i>Menes de restriccions externes</i>	14
2.2.4.1. <i>Barreres legals i institucionals</i>	14
2.2.4.2. <i>Barreres extra institucionals o informals</i>	15
2.3. COMUNICACIÓ I POBLACIÓ IMMIGRANT	16
2.3.1. <i>La relació assistencial</i>	16
2.3.2. <i>Les estratègies comunicatives</i>	19
2.3.3. <i>La comunicació entre el metge i el pacient</i>	20
2.3.4. <i>La llengua</i>	22
2.3.5. <i>La comunicació com a eina terapèutica</i>	22
2.4. LA FIGURA DEL TRADUCTOR O DEL MEDIADOR INTERCULTURAL	24
2.5. FACTORS QUE INFLUEIXEN EN L'ESTAT DE SALUT DELS COL·LECTIUS D'IMMIGRANTS I EN LA SEVA ASSISTÈNCIA	26
2.5.1. <i>La relació metge-pacient</i>	26
2.5.2. <i>Situació de regularització, nucli social i familiar</i>	27
2.5.3. <i>Canvi geogràfic i condicions d'habitatge</i>	27
2.5.4. <i>Situació laboral, menes de feines i condicions de treball</i>	27
2.5.5. <i>Hàbits alimentaris</i>	27
2.6. RECOMANACIONS GENERALS PER AL TRACTAMENT SANITARI EN EL MARC DE LA DIVERSITAT	29
2.7. LA IMMIGRACIÓ MARROQUINA	31
2.7.1. <i>Especificitats de la població marroquina</i>	31
2.7.2. <i>Família i societat al Marroc: abans i ara</i>	31

2.7.2.1. Estructura social	31
2.7.2.2. Rols masculins i femenins	33
2.7.2.3. El sistema sanitari marroquí	34
2.7.3. <i>Concepcions de la salut i de la malaltia en la cultura marroquina</i>	35
2.7.3.1. Religió, cultura i educació	36
2.7.3.2. Religió i alimentació	37
2.7.3.3. Nocions de salut i de malaltia	38
2.7.3.4. Medicina i tractaments propis	38
3. OBJECTIUS	40
4. MÈTODE	44
4.1. MOSTRA	44
4.2. PROCEDIMENT	47
4.3. CONSIDERACIONS METODOLÒGIQUES	53
5. RESULTATS	55
5.1. HÀBIT EN RELACIÓ AL SISTEMA SANITARI	55
• Síntesi de resultats	59
5.2. EFICÀCIA DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC	62
5.2.1. <i>ACCESSIBILITAT AL SISTEMA SANITARI</i>	62
5.2.2. <i>COMPETÈNCIA DELS PROFESSIONALS</i>	69
5.2.3. <i>CONFIANÇA</i>	75
5.2.3.1. <i>CONFIANÇA PERSONAL</i>	75
5.2.3.2. <i>CONFIANÇA SITUACIONAL</i>	78
• Síntesi de resultats	80
5.3. COMUNICACIÓ ENTRE ELS DOS INTERLOCUTORS	81
• Síntesi de resultats	91
5.4. CONCEPCIÓ DE LA MALALTIA	93
• Síntesi de resultats	96
6. DISCUSSIÓ	97
7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	106
ANNEXOS	109



1. INTRODUCCIÓ

Tradicionalment, la societat catalana ha estat una societat receptora de migrants; un centre d'atracció i confluència de persones de diversa procedència geogràfica. Fins la dècada dels anys setanta la major part de la immigració que arribava a Catalunya procedia d'altres zones del territori espanyol. Tanmateix, a partir de la dècada dels vuitanta, aquesta immigració interior s'ha vist substituïda pel creixement de la immigració exterior amb persones procedents de països amb un baix nivell de desenvolupament econòmic. A més, al llarg de l'última dècada, la quantitat de persones que arriben procedents d'aquests països ha crescut d'una manera sense precedents.

Ja instal·lats, els immigrants i les seves famílies d'aquesta nova onada migratòria es veuen sovint abocats a diverses situacions de desavantatge i d'exclusió social, com la precarietat legal, la segregació urbana o l'accés en condicions de desigualtat a l'escolarització, a la sanitat i a altres recursos bàsics. Entre aquestes situacions, les relacionades amb els serveis sanitaris, centren l'atenció del present treball.

En una anàlisi de diverses qüestions sobre immigració i salut, A.A.D.D. (2003b), pensen que en una primera etapa del procés migratori, solen donar-se situacions relacionades principalment amb l'estat de salut de les persones immigrades. Mentre que en una segona etapa, durant el procés d'adaptació a la nova situació, poden aparèixer altres situacions relacionades amb deficiències socials i econòmiques, amb limitacions en l'accés o l'ús dels serveis de salut, com el ressorgiment de malalties d'infeccions latents -com la tuberculosi-, trastorns relacionats amb dèficits o descompensacions nutricionals, incompliment de tractaments farmacològics, visites de control de l'embaràs, trastorns psicoafectius, etc. Al llarg d'aquest període, si no s'institueix una situació de desigualtat social i econòmica, l'immigrant tendeix a igualar-se en molts aspectes a la població del país, com en la utilització dels recursos de salut, en els patrons de morbiditat o en les activitats preventives (Rodríguez, González, & Herrero, 1999) .

La investigació sobre els diversos aspectes relacionats amb la immigració i la sanitat és una àrea d'interès creixent, i és un fenomen conegut l'existència de desigualtats en salut i en l'accés i la utilització dels serveis en funció del país d'origen (Jansà & Borrell, 2002; Sundquist, 2001). Concretament, la immigració de tipus econòmic ha estat

relacionada amb un pitjor accés als serveis de salut, fet que no s'explica només pel seu menor nivell social i econòmic (Stronks, Ravelli & Reijneveld, 2001). Aquests estudis sobre desigualtats socials s'han realitzat des d'àmbits molt diversos, com l'epidemiologia, l'economia, la sociologia i l'administració pública. Tots, però, convergeixen a reconèixer l'existència d'importants desigualtats socials en la salut, fins i tot en països amb un major nivell de benestar (Borrell, 1996).

Tot i aquests estudis que hem esmentat, l'evidència científica que aprofundeixi en algunes d'aquestes situacions és pràcticament inexistent a l'Estat espanyol i escadussera en la majoria de països europeus, a excepció del Regne Unit. Així, una revisió recent sobre els estudis realitzats a l'estat espanyol sobre immigració i salut feta per Jansà & Garcia (2004) ens mostra que alguns d'aquests estudis s'han centrat en l'estat de salut o en les malalties que afecten amb major freqüència aquesta població, mentre que són pocs els que se n'ocupen de qüestions com les diferències en l'accés a serveis sanitaris i en la qualitat d'aquests.

Tant A.A.D.D. (2003b) com Jansà & Garcia (2004) comenten les àrees que han centrat l'interès dels estudis en salut i immigració per tal d'informar de les principals prioritats en salut dels immigrants estrangers a l'estat espanyol. En concret, Jansà & Garcia (2004) destaquen:

- La salut percebuda i la salut mental
- La salut maternoinfantil
- Utilització i accés als serveis sanitaris
- Salut bucodental
- Vacunacions
- Tuberculosi
- VIH-sida i altres infeccions de transmissió sexual

Els autors esmenten alguns estudis relacionats amb els aspectes anteriors que tenen a veure amb la salut, tant física com mental, dels immigrants, però pel que fa a la utilització i a l'accés als serveis sanitaris tan sols se citen dues fonts d'informació: l'informe Espanya 2003, segons el qual es recullen dades sobre les escasses dificultats que tenen els immigrants en l'accés als serveis de salut. Segons aquest informe, el 82% dels immigrants sap a qui recórrer per informar-se sobre allò que necessita per obtenir informació sanitària i tendeix a considerar fàcil el tracte que en

general rebia del personal dels serveis de salut. També se cita l'estudi de Cots, Castells, Ollé, Manzanera, Varela & Vall (2000) en el qual s'observen diferents patrons d'utilització dels serveis de salut entre la població immigrant i l'autòctona.

L'informe elaborat pel Ministeri de Sanitat i la Johns Hopkins University, el 1996 anuncià com una de les prioritats per a futures investigacions les necessitats de dur a terme estudis que aportessin informació fiable sobre l'estat de salut d'immigrants i minories ètniques, així com també estudis sobre els serveis de salut proveïts per a aquest sector poblacional (Navarro, Benach, & C.C.D.S.E., 1996). És important obtenir dades sobre els serveis sanitaris i mèdics proveïts per a aquests col·lectius ja que redunda en el disseny d'unes polítiques de salut pública més eficients que contribueixin a fer minvar les desigualtats socials en la salut.

Precisament, amb la finalitat d'aprofundir en les possibles desigualtats en l'àmbit de la salut en la població immigrant, el present estudi se centra en un àmbit concret d'actuació, l'atenció sanitària, a fi d'analitzar en quina mesura el col·lectiu d'immigrants disposa d'igualtat d'accés als serveis sanitaris com a recurs bàsic i quines són les peculiaritats que els professionals de la salut haurien de conèixer a l'hora d'aproximar-se a aquests col·lectius -concepcions de la salut i de la malaltia, aspectes culturals, hàbits, etc. Obtenir major informació sobre aquesta qüestió ens ha de permetre derivar-ne diverses recomanacions per als professionals de la salut que ens facin encarar decididament els reptes amb què ens confronta el moviment migratori.

Per abastar aquest propòsit hem triat d'estudiar diversos aspectes de la relació dels usuaris amb els serveis sanitaris tot fent una comparació entre una mostra de població autòctona i una de població immigrada originària del Marroc ja que és un dels col·lectius immigrants majoritaris. El nostre treball s'organitzarà de la manera següent:

En primer lloc, presentem un estat de la qüestió on s'intenta explicar, des de tots els aspectes possibles, la situació, els hàbits i els costums que tenen les persones immigrades en el seu país d'origen i la realitat amb la qual es troben quan arriben al país d'acollida. Seguidament, exposem els diferents objectius, tant generals com específics, que ens hem proposat a l'hora de dur a terme la present investigació. En tercer lloc, comentem el mètode utilitzat, és a dir, fem una breu explicació de la mostra que hem usat per obtenir la informació, fem una descripció de la metodologia emprada en aquest estudi i fem algunes consideracions metodològiques que ens ha suggerit la

realització de la investigació. En quart lloc, i després de l'anàlisi de les dades obtingudes, fem una anàlisi dels resultats extrets basant-nos en les quatre dimensions en què hem dividit l'estudi: hàbits dels nostres informants en relació al sistema sanitari, eficàcia del sistema sanitari, comunicació entre els metges i els pacients i concepció de la malaltia per part dels pacients. La dimensió de l'eficàcia del sistema sanitari està dividida en els subgrups següents: accessibilitat al sistema sanitari, competència atribuïda als professionals, confiança personal i confiança situacional. Cadascuna de les quatre dimensions principals conté una síntesi dels resultats obtinguts. Finalment, la investigació s'acaba la discussió d'aquests resultats.

2. IMMIGRACIÓ I SALUT

2.1. DRETS SANITARIS I POBLACIÓ IMMIGRANT

Conèixer els aspectes jurídico-legals que envolten l'assistència sanitària als immigrants és important per a qualsevol estudi sobre immigració i salut, ja que permet emmarcar les mancances en l'accessibilitat i el dret a l'assistència sanitària, així com la detecció de pràctiques sanitàriament i legalment reprovables en l'atenció a immigrants. Per aquest motiu en aquest apartat tractarem tant el marc legal en el qual se situa el dret a l'atenció sanitària, com diversos aspectes sobre la vulnerabilitat que comporta el desconeixement dels seus drets sanitaris per part de les persones immigrades.

2.1.1. Tractament sanitari i immigració

La Llei General de Sanitat estableix com a principis generals l'eficàcia, la racionalització, l'organització, la coordinació i la integració dels recursos sanitaris públics. L'objectiu d'aquests principis és fer efectives les prestacions sanitàries i mantenir alts nivells de qualitat.

Cal tenir present, segons Perera *et al.* (2004: 60), que «no es pot tractar el tema de la sanitat pública amb la mirada centrada de manera exclusiva en la població immigrada; com si aquesta població visqués en una realitat diferent de la de la població autòctona. Caldria no perdre de vista la realitat global de les persones de la comunitat, ja que pensar en termes exclusius d'immigració ens duria a la idea equivocada que allò que succeeix és propi de les persones d'un determinat grup».

Així doncs, tota persona, autòctona i/o immigrada, tan sols perquè té la condició d'ésser humà, té el dret de rebre una assistència sanitària pública d'urgència i/o de rutina davant de malalties o d'accidents, i de la continuïtat d'aquesta atenció fins a la situació d'alta mèdica. Però poder accedir a la sanitat pública no només significa rebre atenció sanitària, sinó que a més, tal i com s'ha mencionat anteriorment, aquesta atenció ha de ser de qualitat.

En el nostre context, cal plantejar la integració dels immigrants amb vista a la seva possible sedentarització definitiva en les societats d'acollida. Segons Felk (2003: 127), «les lleis i les mesures que pretenen afavorir la integració de la població immigrada corren el risc de no assolir els seus objectius si no van acompanyades d'una comprensió atenta de les identitats culturals i lingüístiques de les poblacions en vies d'integració».

Aquest autor també observa que la identitat cultural comporta la relació del subjecte amb uns usos lingüístics determinats. A través d'aquesta relació, el subjecte es percep a ell mateix i és percebut pels altres i pel seu entorn com a pertanyent a una cultura determinada. El sentiment de pertinença lingüística és molt rellevant, ja que els intercanvis socials que reforcen la identitat cultural s'exerceixen a través de la llengua. I en darrer terme pensa que «la identitat cultural no ha de ser considerada homogènia i única. En un mateix subjecte poden coexistir diverses identitats culturals, i això pot ser viscut com un enriquiment. Ara bé, si les condicions d'integració es degraden, aquesta actitud positiva pot transformar-se i donar lloc a actituds tancades i regressives» (Felk, 2003: 127).

Aquestes persones immigrades plantegen alguns problemes especials, com és el de l'idioma, que requereixen més atenció i dedicació, encara que sigui de temps, perquè es facin entendre i puguin entendre els professionals sanitaris a les visites i a les consultes. En aquest aspecte, diversos autors com Perera *et al.* (2004: 84) apunten que «això no vol dir que se'ls hagi de dedicar una atenció diferent de la de la resta de les persones que acudeixen als centres sanitaris. Reclamen, com a molt, una mica de paciència però no hi ha d'haver cap mena de por dir les coses tal com són». Aquests mateixos autors exemplifiquen el que acabem d'observar per entendre-ho més fàcilment: «si s'ha de cridar l'atenció, per exemple, sobre la higiene personal, que es faci sense perjudici ni temor a ser tractats de racistes, sinó de la mateixa manera que es faria amb qualsevol altra persona. És el mateix quan es tracti de cridar l'atenció per l'incompliment de l'horari acordat. És clar que aquest incompliment no sempre és responsabilitat directa d'aquestes persones, ja que a vegades es deu a factors que podem considerar aspectes diferencials en relació amb les que tenen una situació legal -autòctons i immigrants-». Mentre que, en principi, tothom té dret a demanar unes hores a la seva feina per anar de visita al metge sense temor de perdre el lloc de treball, per a molts immigrants aquest dret és inexistent. Dins de la situació precària de

contractació i de condicions laborals d'aquestes persones, anar al metge representa perdre diners. Aquesta és una qüestió extremament delicada quan es parla de sous molt limitats, o del més temut de tot, que és el risc de perdre la feina.

2.1.2. Desinformació de la població immigrada

La població immigrada quan arriba a un país diferent al seu és possible que se senti desemparada en determinats aspectes a causa de la manca d'informació amb què es troben. Perera *et al.* (2004: 82-83) afirmen que «quan els immigrants arriben al nostre país topen amb un enorme desconeixement sobre quins són els seus drets pel que fa a l'accessibilitat a la sanitat a partir de l'empadronament perquè ningú no els hi ho explica. La principal informació que reben aquestes persones immigrants sobre els seus drets és, bàsicament, el que es diuen o es comenten els uns als altres. Però existeix una realitat ben crua: si els que duen més temps al territori desconeixen aquests drets i deures, de quina manera poden informar altres immigrants?»

Segons aquests autors (Perera *et al.*, 2004: 83) «no hi ha un centre d'acollida ni mitjans d'informació clars i específics per a aquestes persones immigrades i sovint reben la informació en els centres sanitaris, a través d'un membre dels serveis socials o a l'Ajuntament després de fer una consulta».

També asseguren que «un dels altres problemes greus afegit a la manca d'informació és la lentitud de la tramitació de la targeta sanitària. Aquest procés té una durada aproximada de sis mesos. Durant la seva gestió, els medicaments receptats pel metge han de ser íntegrament pagats per les persones que els necessiten. Cal dir que abans aquest cost havia estat assumit des del propi Ajuntament però actualment no.

En alguns casos en què la necessitat d'aquests medicaments és urgent, els implicats solen anar a l'Ajuntament a explicar el seu cas, i des d'allà se'ls torna a derivar als serveis socials, moltes vegades sense arribar a cap solució».

2.1.3. Vulnerabilitat i població immigrant

Sembla que la manca de formació i de sensibilització dels professionals sobre el procés migratori pot generar un dèficit en la qualitat del servei ofert a aquesta població (A.A.D.D., 2003b: 18), amb la conseqüent insatisfacció de les seves demandes i la conseqüent cronificació i l'extensió de la simptomatologia presentada pels pacients. Aquest mateix informe assegura que «d'aquesta manera es pot arribar al que podríem anomenar medicalització cronificada. Aquest és un procés en el qual els professionals, des de l'atenció primària, buscant un diagnòstic orgànic que moltes vegades no existeix, recorren a diverses exploracions complementàries sovint innecessàries i a derivacions injustificades a nivells especialistes sense obtenir els resultats esperats. Llavors els usuaris, que no troben una resposta efectiva a les seves demandes, cauran en la hiper-freqüentació dels centres, amb el conseqüent risc de iatrogènia (creació d'una complicació deguda a l'efecte tòxic o nociu d'una teràpia determinada). Tot això comporta una gran insatisfacció dels usuaris i dels professionals i un augment dels costos entre altres coses» (A.A.D.D., 2003b: 18).

Segons Novoa (2004) «les tipologies dels pacients difícils que van diàriament a les consultes són cada vegada més diferents. Ha aparegut la figura del denominat "pacient difícil", que és aquell que adquireix emocions negatives, com angoixa i incomoditat o que té una patologia desconcertant. Davant aquesta situació, és important detectar el pacient que genera dificultat per treballar mitjançant el diàleg. Es tracta doncs, de millorar la relació amb els pacients i detectar situacions difícils des del punt de vista de les eines de comunicació i de relació metge – pacient...».

Aquesta autora afirma que «en els darrers anys hi ha hagut un augment de pacients difícils a causa, entre altres aspectes, de la manca de temps a les consultes i al fenomen de la immigració. Hi ha pacients complicats, com els immigrants, que per desconeixement de la llengua i per la diferència de costums, generen situacions que poden arribar a ser obertament conflictives».

Però cal insistir que dins la nostra cultura també existeix la figura "del pacient difícil"; per tant, no s'ha d'atribuir aquest concepte només a la població immigrant. Les dificultats que experimenten molts professionals sanitaris en la relació amb pacients d'altres orígens apareixen en el tipus de comunicació que s'estableix. La manca de

comunicació també afectarà la identificació i la comprensió correcta de la demanda, la continuïtat i l'adherència al tractament per part del pacient i, en definitiva, l'eficàcia terapèutica en termes generals. Part d'aquestes dificultats podrien ser explicades per la manca de competències lingüístiques, per diferències culturalment significatives, o per aspectes situacionals característics del primer període d'instal·lació de l'immigrant, entre d'altres.

La cultura sol ser el factor que apareix generalment en primer terme. Així doncs, i per tal de no atribuir a la cultura un pes excessiu en relació a les dificultats que es presenten, es fa necessari destriar quins elements són realment culturals (en el sentit de creença o tradició) i quins elements pertanyen al registre econòmic i social, o formen part de les vicissituds lligades al procés migratori. Conèixer les implicacions sociosanitàries i psicològiques de la migració, així com certs aspectes bàsics de la cultura dels pacients, sembla necessari per tal d'afavorir la comunicació entre professionals i pacients i per tal de millorar la qualitat de l'assistència d'aquest col·lectiu. La formació i sensibilització de professionals que treballen amb la diversitat esdevé una línia de treball indispensable per tal d'assolir aquest objectiu, fet que apunta a la necessitat d'incloure coneixements sobre les cultures d'origen de la població immigrant en els plans formatius (i, en qualsevol cas, de formació contínua) del personal sanitari. Una formació que hauria de completar la referida a la diversitat cultural, a les creences i als comportaments, així com plantejar la reflexió sobre la pròpia praxi, hauria de servir així mateix per a la millora de les habilitats relacionals amb pacients immigrants i autòctons, tenint en compte que dins tota societat l'heterogeneïtat individual preval sobre l'homogeneïtat cultural. És a dir, totes les persones es poden adherir de la mateixa manera a determinades pràctiques, creences o valors, encara que no siguin de la mateixa procedència.

2.2. ACCESSIBILITAT I ADAPTACIÓ DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT AL SISTEMA SANITARI

2.2.1. Problemes generals d'accessibilitat

Segons Perera, Serra, Vieytes & Vila (2004: 76), l'accessibilitat només es pot entendre en un sentit: que tothom pugui emprar en condicions d'igualtat els mateixos serveis i

recursos amb els mateixos horaris i amb una normativa comuna. Pensar en una altra sanitat, "adequada" a les persones immigrades, és promoure els tractes diferenciats, quan l'objectiu és l'invers, la no distinció de les polítiques i de les accions sanitàries. Asseguren que hi ha uns passos previs que s'hauran de fer per part de les dues parts implicades com és que es pugui aprendre i ensenyar els uns als altres per acabar entenent i fent-nos entendre. Apropar-nos i conèixer les cultures respectives, les formes de procurar-se el benestar quant a salut, les pautes diverses sobre l'alimentació... Afirmen que no s'ha d'imposar res, sinó que hem d'apropar progressivament a aquestes persones les pautes establertes perquè s'acabi fent una sanitat semblant per a tothom. Els pacients demanen i, tant com sigui possible, exigeixen aquest tracte indiferenciat. Els problemes no són presents únicament per als immigrants en situació irregular que no tenen accés al sistema sanitari sinó també per a tots aquells que es troben en situació regular A.A.D.D. (2003b: 15). Mantenien que algunes de les causes que generen problemes en el món sanitari són factors relacionats amb la cultura i les tradicions dels països d'origen com ara:

- la manca de puntualitat,
- l'ús de la targeta sanitària utilitzada per més d'un immigrant,
- l'incompliment d'horaris i de les visites concertades,
- la incomprensió del tractament,
- la periodicitat del tractament,
- el seguiment del tractament,
- la interpretació errònia per ambdues bandes (a partir de referents culturals i simbòlics diferents),
- la poca receptivitat al canvi per part dels professionals, amb tendència a tractar els diferents col·lectius de manera homogènia.

Segons A.A.D.D. (2003a: 109) entre els factors que més influeixen perquè l'experiència de salut de la població d'immigrants estrangers sigui pitjor que la de la població autòctona, trobem tres grans àmbits d'especial incidència:

- a) l'accessibilitat real del col·lectiu d'immigrants als serveis sanitaris independentment del marc jurídic vigent en el moment,
- b) la relació que es pugui establir entre el professional sanitari i l'usuari immigrant estranger,

- c) la presència de determinats problemes de salut específics que afecten o poden afectar tant l'individu com el seu entorn familiar i la comunitat.

Si analitzem aquests tres aspectes, segons el text citat, podem arribar a les següents observacions:

▲ Per facilitar l'accessibilitat de tots els immigrants estrangers al sistema sanitari públic d'una manera normalitzada i independent de la seva situació administrativa, caldria incorporar a l'atenció i al tracte amb els immigrants estrangers, el tractament d'aspectes diferencials com ara les possibles dificultats de comprensió i de comunicació entre els immigrants estrangers i els professionals dels serveis sanitaris, o el desconeixement, per part de l'usuari, de l'organització del sistema sanitari.

▲ Pel que fa a la relació entre el professional sanitari i l'usuari immigrant i l'atenció, cal afavorir la creació d'un vincle que permeti la continuïtat assistencial i la resolució completa del problema de salut que pateix l'immigrant.

▲ Les concepcions diferents de salut i malaltia que tenen aquests col·lectius i la inseguretat derivada de la seva situació. Ambdós aspectes seran explicats més endavant.

2.2.2. Aspectes legals relatius al tractament sanitari de la població immigrada

Per poder analitzar l'ús real de l'atenció sanitària pels immigrants cal conèixer la legislació sanitària espanyola. La llei orgànica 4/2000, actualitzada a la 8/2000, a l'article 12, fa referència al dret a l'assistència dels estrangers que es troben a Espanya, en quatre situacions diferenciades:

a. Els estrangers que es trobin a Espanya inscrits al padró del municipi on resideixin habitualment, tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.

b. Els estrangers que es trobin a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària pública d'urgència davant la contracció de malalties greus o accidents, qualsevol que sigui la seva causa, i la continuïtat d'aquesta atenció fins a la situació d'alta mèdica.

c. Els estrangers menors de 18 anys que es trobin a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.

d. Les estrangeres embarassades que es trobin a Espanya tindran el dret a l'assistència sanitària durant l'embaràs, part i postpart (Perera *et al.*, 2004: 62-63).

Segons els autors citats, en algun sentit aquest article de l'esmentada llei garanteix uns mínims a aquestes persones en el camp de la sanitat d'aquestes persones.

En altres documents (A.A.D.D., 2003b: 23-25) també s'observa que «la llei 21/2000 d'àmbit autonòmic, i la llei 41/2002 d'àmbit estatal, ambdues reguladores dels drets d'informació concernents a la salut i a l'autonomia del pacient, i a la documentació clínica, obliguen les institucions sanitàries i els seus professionals a facilitar informació sanitària àmplia i entenedora a tots els usuaris, i això inclou els usuaris estrangers, en igualtat de drets. I és responsabilitat de l'administració crear els mitjans perquè això pugui ser així».

Tot i que la llei contempla el dret a l'assistència sanitària pública de les persones immigrades en situació irregular, amb l'únic requisit d'empadronar-se al municipi d'acollida, moltes d'aquestes persones desconeixen aquest dret. La via de coneixement principal és la del boca a boca. De totes maneres, des dels serveis socials els faciliten la documentació necessària perquè puguin ser ateses correctament per un professional al CAP (Perera *et al.*, 2004: 86).

La situació administrativa, regularitzada en cas d'obtenir el permís de residència, no té res a veure, doncs, amb el dret a la prestació sanitària. «L'empadronament el realitzarà l'Ajuntament corresponent únicament comprovant que la persona realment resideix a la localitat, independentment de la seva situació administrativa. Existeix, però, la por que s'identifiqui la seva situació irregular quan inicien els tràmits d'empadronament. Per tant, resulta imprescindible explicar-los la necessitat de dur a terme aquests tràmits administratius fent-los saber que la situació irregular no els impedirà obtenir l'empadronament. A més, caldrà que els Ajuntaments no posin traves i que disposin d'un document d'identitat vàlid. A continuació citem les tres situacions a través de les quals es garanteix a les persones immigrades l'accés a la sanitat pública:

▲ Els estrangers que es trobin a Espanya inscrits en el padró del municipi en què resideixin habitualment, tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.

▲ Els estrangers que es trobin a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària pública d'urgència en cas de malalties greus o d'accidents, qualsevol que sigui la seva causa, i a la continuïtat d'aquesta atenció fins a la situació d'alta mèdica.

▲ Els estrangers, qualsevol que sigui la seva situació administrativa, tenen dret als serveis i a les prestacions socials bàsics» (A.A.D.D., 2003b: 24-25).

2.2.3. Restriccions en l'accés als serveis sanitaris

Els immigrants es poden trobar amb la sèrie de dificultats que hem esmentat anteriorment a l'hora d'accedir als serveis de salut i a la informació sanitària. Aquest fet repercuteix en la seva salut, en la qualitat de l'atenció que se'ls presta i en el bon ús d'aquests serveis. Per tal d'explicar aquests dèficits en l'accessibilitat, s'observen dos tipus de restriccions: les restriccions internes i les restriccions externes (A.A.D.D., 2003b: 18)

«Pel que fa a les primeres, també conegudes com les pròpies de l'individu, cal destacar:

- l'autopercepció de la salut
- la falta d'informació dels recursos de què es disposa
- altres prioritats com el treball o l'habitatge abans que la seva salut; demandes més per a assistència a malalties que per a activitats preventives
- les experiències prèvies negatives amb els serveis, que influiran en l'ús que en faci l'individu en el futur
- els dèficits de comunicació (idioma) i educatius (analfabetisme).

Quant a les segones, és a dir, les externes, són causades tant per aspectes legals i administratius com per diferències culturals que provoquen que l'immigrant es trobi

amb dificultats per accedir als serveis de salut com per exemple, la manca del domini dels idiomes pont per part dels treballadors dels centres sanitaris, la qual cosa dificulta extraordinàriament la comunicació i pot provocar certa actitud discriminatòria d'alguns treballadors que no senten l'obligació d'atendre una població que consideren "sense drets".

Quan l'immigrant arriba al país d'acollida sovint no és ben rebut o, en el millor dels casos, és tractat d'una manera massa paternalista, la qual cosa no li permet fer un ús complet dels seus drets reals. En aquest sentit seria necessari informar l'usuari del funcionament del sistema sanitari, dels seus drets, dels seus deures i dels requisits per accedir-hi».

2.2.4. Menes de restriccions externes

2.2.4.1. Barreres legals i institucionals

Existeixen unes restriccions externes causades per aspectes legals i administratius que poden provocar que l'immigrant es trobi amb dificultats per accedir als serveis de salut. Respecte a això, Bermann (2003: 43) observa que «abans de la llei 4/2000 d'estrangeria, els immigrants procedents de països extra-comunitaris només podien accedir a l'assistència sanitària en cas d'urgència. Fins la reforma de la llei, la manca de cobertura sanitària normalitzada i legal produïa conseqüències com:

- a. fomentar l'ús dels serveis d'urgències en substitució dels serveis habituals, directament i indirectament,
- b. excloure els immigrants sense cobertura sanitària dels programes de prevenció, d'educació i d'informació sanitària,
- c. provocar dependència de circuits de beneficència,
- d. l'exclusió de serveis com l'atenció especialitzada, la provisió de medicaments i les proves complementàries.

Les reformes legals successives han millorat l'assistència sanitària dels immigrants (residents i indocumentats) i han augmentat considerablement l'accessibilitat als serveis sanitaris i el seu ús normalitzat. Abans de la promulgació de la nova llei, ja s'havia universalitzat l'assistència als menors de divuit anys en igualtat de condicions

amb la població autòctona. La llei també equipara l'atenció a les urgències i a les dones embarassades. En la resta de casos, la llei marca el requisit de demostrar que la persona resideix habitualment a l'estat espanyol mitjançant un certificat d'empadronament, que és el document administratiu necessari per iniciar la tramitació de la targeta sanitària individual (TSI)».

2.2.4.2. Barreres extra institucionals o informals

Bermann (2003: 44-45) enumera els aspectes següents que limiten les possibilitats d'ús del sistema sanitari per part de la població immigrada:

▲ «la burocràcia i les disfuncions estructurals del sistema que operen amb més intensitat sobre la població immigrant. El poc temps disponible de consulta, les llistes d'espera per visitar-se amb l'especialista o per la realització d'exàmens complementaris, la rigidesa dels horaris de visita, la sobrecàrrega dels professionals i la manca de formació específica incideixen evidentment sobre la població autòctona. Però posseeixen efectes més limitadors sobre el col·lectiu immigrant, a causa de la precarietat de les seves condicions de vida, del domini limitat de la llengua, o de la situació laboral, amb jornades de treball molt llargues».

▲ «les condicions socials i econòmiques al país d'acollida que influeixen significativament l'accessibilitat als serveis sanitaris. L'habitatge i el treball, la situació d'irregularitat administrativa o l'escàs poder adquisitiu són aspectes que la persona sol considerar més prioritaris que la seva salut, tot i que tenen efectes pràctics considerables sobre aquesta. Per exemple, el temps necessari de dedicació al control i seguiment de la malaltia quan les condicions laborals el neguen o l'adherència al tractament farmacològic quan les condicions econòmiques no són favorables».

▲ «les dificultats en la comunicació amb els professionals que s'accentuen per les limitacions lingüístiques, les quals tenen una influència capital en la correcta recollida de dades clíniques, en el diagnòstic, en el pronòstic i en el tractament, i en la comprensió global de la problemàtica per part del pacient. D'altra banda, el valor terapèutic d'una bona comunicació entre els professionals i els pacients és d'una vital importància, si més no pel que fa al seguiment de les prescripcions o a la continuïtat del tractament per part del pacient».

▲ «les diferències sobre les representacions i creences sobre la salut i la malaltia, la disposició a reconèixer la malaltia, a buscar-hi un remei, els hàbits i les estratègies en salut, els rols del pacient i del professional, i la terminologia utilitzada en l'àmbit sanitari, que poden induir també a malentesos. Tot això fa necessari un cert grau de descodificació del llenguatge i dels comportaments d'ambdues bandes».

▲ «la ignorància sobre el funcionament efectiu del sistema sanitari i sobre els recursos disponibles, així com la utilització dels serveis d'acord amb el funcionament del país d'origen, són factors que limiten l'ús adequat dels recursos existents a causa del desconeixement de la gratuïtat d'algunes proves o de pràctiques preventives. Altres aspectes generadors d'exclusió en el procés de demanda d'assistència sanitària són la realització de demandes discordants amb la pràctica mèdica dominant i el desconeixement de les rutines administratives bàsiques de la institució sanitària».

▲ «la situació d'irregularitat legal que porta els immigrants a no utilitzar serveis o a no fer alguns tràmits administratius (com l'empadronament) per por de posar-se en evidència en relació amb les autoritats i ser, doncs expulsats. Això condiciona també els seus desplaçaments dins la ciutat, l'accés als centres i l'accés a la informació sobre els centres».

2.3. COMUNICACIÓ I POBLACIÓ IMMIGRANT

2.3.1. La relació assistencial

Cal ressaltar com a específic de l'atenció sanitària a immigrants tot allò que té a veure amb les dificultats idiomàtiques i els obstacles que això genera en el context de la relació assistencial.

«Els elements culturals influeixen de manera decisiva en la comunicació entre el professional sanitari i el pacient, però molts dels processos interactius que es donen en el context assistencial es produeixen al marge de les especificitats culturals. El fet que la qualitat de la relació té conseqüències en el procés terapèutic transcendeix, per exemple, a l'àmbit cultural. Des de la idea de la cultura de la "curació mitjançant la

paraula" s'ha pres consciència de la singular importància de la interacció asimètrica, d'espera i d'esperança, de confiança mútua, en què les expectatives comportamentals dependran del grup cultural de cadascú. Existeix un ampli consens sobre els efectes positius de la relació afectiva entre professional sanitari i pacient: la capacitat de comunicació apareix com el factor més important en tots els estudis sobre satisfacció de l'usuari, que reivindica una informació més clara i precisa així com més temps de consulta» (Bermann, 2003: 62).

D'altra banda aquesta autora observa que «seria un error pensar que una bona relació es limita a generar satisfacció emocional i que allò que realment cura és només la utilització de certes tècniques o de certs tractaments. Una bona comunicació juga un paper vital no només en l'obtenció d'una bona identificació i comprensió del problema, sinó també en la determinació de la mesura en què el tractament és seguit pel pacient» (Bermann, 2003: 62).

Bermann (2003: 62-63) també observa que «el professional vehicula tota una sèrie de normes i valors socials que tenen una expressió directa en la consulta, així doncs, l'actitud del professional davant del sexe o de l'origen ètnic del pacient, la seva "ideologia"..., condicionaran el tipus de relació que s'estableix. Igualment, les expectatives del pacient sobre el professional i la idea prèvia que s'ha fet sobre les característiques d'aquesta relació, determinaran en gran mesura actituds i percepcions. Pot passar que les expectatives i els estils d'interacció siguin prou diversos com per generar malentesos, particularment en relació amb allò que és percebut com una exigència o com a potencialment conflictiu.

Aquesta situació aconsella la utilització d'una figura professionalitzada en aquells casos d'immigrants en què la barrera idiomàtica no permet establir una comunicació prou fiable, encara que mai no podrà substituir la capacitat del professional per observar les necessitats i les demandes dels que són els seus pacients».

Segons A.A.D.D. (2003b: 19), la principal dificultat amb què es troba el metge en l'atenció a l'immigrant és la comunicació, tant per les barreres d'idioma com per interpretar la demanda. Aquests autors pensen que la "queixa" és la porta d'entrada al món del pacient, és la clau que donarà accés al problema. Els estils de vida, els costums, les interpretacions del món dibuixaran el perfil de la demanda. Asseguren

també que per poder llegir la queixa s'haurà d'observar, escoltar i preguntar el que es desconeix de la seva cultura, però cal mantenir una actitud dinàmica, ja que és fàcil caure en els estereotips. Convé tenir en compte que la cultura es renova i evoluciona a casa dels immigrants: si els adults conserven una visió més congelada, els joves desenvolupen sistemes de combinació de les dues cultures més o menys establerts i útils. I en darrer lloc consideren que el pacient ha d'estar segur que es respecten els seus valors, encara que no siguin compartits: "comprendre sense jutjar". Tot això fa que l'entrevista sigui dues o tres vegades més llarga del que és l'habitual, és per això que la demanda de temps és la principal necessitat per a l'atenció a l'immigrant.

«El professional ha de millorar l'eficàcia dels missatges emesos i guanyar-se la confiança dels pacients. Si la comunicació entre professionals i usuaris resulta de vegades complicada, aquest fet s'accentua quan es tracta de comunicar-se amb persones que entenen la vida d'una altra manera, tenen valors ètics i morals diferents i sovint no parlen o no entenen la nostra llengua. S'han d'evitar actituds de rebuig o d'indiferència, fugir dels prejudicis, mostrar interès i respecte per tot allò que ens resulta diferent, ser equànimes amb els drets i els deures dels usuaris, mostrar empatia; són conductes que poden ajudar els professionals a millorar la comunicació». (A.A.D.D., 2003a: 116)

«Molts dels errors comesos tenen el seu origen en una falta de comunicació. El metge no comprèn el que vol dir el pacient o no aconsegueix transmetre-li el seu propi missatge» (Lowenstein, 2001).

Segons aquest autor, «aquesta manca d'entesa produeix frustració tant en el metge com en el pacient, amb conseqüències com la desmoralització, la insatisfacció per part del pacient, la ineficàcia de la teràpia. És probable que un diagnòstic correcte depengui més de l'anamnesi (indagació dels antecedents familiars, fisiològics, etc., d'un malalt, de cara a la diagnosi) que de l'exploració i dels estudis complementaris. Això és particularment cert en medicina general, on la comprensió dels símptomes del pacient adquireix un caràcter de primordial importància».

Per símptoma s'entenen les sensacions que el pacient percep com a anormals. Lowenstein observa que «la comprensió del significat de les paraules que diu el pacient es basa en el fet d'escoltar amb atenció, d'aclarir els significats a través del diàleg i d'evitar el tractament de selecció».

Per tant, la descripció dels símptomes és una forma de comunicació i proporciona la informació sobre la qual el metge basa la seva comprensió del pacient. Els experts assenyalen la importància de la comunicació metge-pacient. El pacient que estableix una bona relació amb el seu metge té més en compte els seus consells sanitaris i segueix millor la medicació prescrita, la qual cosa sempre repercuteix de manera positiva en l'evolució de la malaltia.

2.3.2. Les estratègies comunicatives

Segons Larsen-Freeman & Long (1994), la producció i la comprensió de la parla es poden considerar com una tria dinàmica d'estratègies dins d'una determinada situació que es poden dividir en dues àrees àmplies: estratègies d'aprenentatge i estratègies de comunicació. Tant les estratègies d'aprenentatge com les de comunicació són recursos que utilitzen els aprenents per aprendre una segona llengua i per comunicar-s'hi en la segona llengua quan es troben amb dificultats.

Selinker (1972) considera que ambdues estratègies estan íntimament relacionades. Totes dues responen a una capacitat o competència estratègica de l'individu que posa en marxa una sèrie d'operacions i d'habilitats per obtenir els objectius propis d'una comunicació satisfactòria quan el coneixement de la llengua utilitzada és inferior al necessari per aconseguir de comunicar en els termes habituals.

Les estratègies comunicatives salven les dificultats en proporcionar al parlant formes alternatives d'expressió i són un conjunt d'habilitats o de processos interns que els aprenents posaran en marxa per aprendre una llengua i també són recursos que utilitzaran per comunicar-s'hi en la segona llengua quan es troben amb dificultats. En definitiva, en una estratègia d'aprenentatge l'aprenent intenta arribar a la competència a llarg termini, mentre que en una estratègia comunicativa, intenta resoldre una dificultat momentània de comunicació (Serrat, 2004).

2.3.3. La comunicació entre el metge i el pacient

Un dels paràmetres que serveixen per mesurar la qualitat de l'assistència sanitària és la comunicació existent entre els metges i els pacients quan no comparteixen una llengua comuna, la qual cosa genera obstacles i dificultats en el context de la relació. «La comunicació amb una persona que no parla l'idioma, o el parla amb dificultats, serà sempre molt més complexa i la presència d'intèrprets no garanteix moltes vegades que la informació arribi de la manera correcta» (Bermann, 2003: 63).

Quan no es comparteix l'idioma, la relació metge-pacient depèn d'altres maneres de fer-se entendre i sempre està supeditada a les habilitats d'uns i altres per comprendre's. D'una banda, trobem les estratègies comunicatives i, de l'altra, els traductors o mediadors. Si ens fixem en les estratègies comunicatives, observarem que els metges, per tal d'aconseguir una informació que els sigui útil per poder dur a terme un bon diagnòstic de la malaltia se serviran d'un determinat tipus d'estratègies, mentre que els pacients se serviran d'unes altres per obtenir que el metge els faci bé el control, el seguiment i la cura de la malaltia. És possible que algunes de les estratègies comunicatives siguin emprades per tots dos.

Bermann (2003: 63-64) assegura que, si analitzem la figura del traductor o mediador intercultural, observarem en que sol ser un membre de la família o de la comunitat que porta més temps instal·lat en el nou país i en coneix l'idioma. Afirmar que això sol ser font de problemes i errades, ja que les traduccions són freqüentment poc fiables, vulneren la privacitat del pacient abocat a explicar la seva intimitat enfront de compatriotes o de fills escolaritzats, que poden arribar a convertir-se en l'únic interlocutor davant dels professionals sanitaris en situacions de vegades complexes¹. «Comprendre's és doncs, la clau de tota relació d'aquest tipus, principalment quan del què s'està parlant és de tractaments, d'entendre i de situar les dolences» (Perera *et al.*, 2004: 74).

Els metges són els que tenen un domini del vocabulari mèdic, és a dir, d'un llenguatge especialitzat en un determinat àmbit i hauran de fer tot el possible per poder obtenir la informació que els sigui necessària per poder dur a terme la seva feina. Els pacients (interessats en la seva cura) són els que pateixen les malalties i no disposen del

¹ Vegeu també el § 2.4. La figura del traductor o del mediador intercultural

coneixement del vocabulari mèdic. Si el pacient no sap explicar-se bé o té algun problema, sorgeix una dificultat que el metge, a través dels seu coneixement, haurà de superar per poder realitzar satisfactòriament la seva feina. Però aquesta dificultat encara és més gran si, a més a més, s'hi afegeix que la llengua del pacient i la del metge no és la mateixa.

Segons A.A.D.D. (2003b: 23) «ambdós interlocutors s'hauran d'implicar i utilitzar diferents estratègies per poder obtenir i donar informació perquè els ajudi i els faciliti la resolució del diagnòstic ja que la comunicació entre l'usuari del sistema sanitari i el professional és la base de l'acció sanitària. Això comporta la recollida de dades, la vehiculació d'informació, la negociació entre pacient i professional sobre els objectius de salut, l'educació sanitària i la prevenció i l'establiment de la funció relacional en el marc de l'entrevista clínica.

En el cas dels immigrants, especialment els que provenen de països amb llengua i codis culturals diferents (elaboració diferent dels conceptes de salut, malaltia, vida - mort, relacions parentals, de gènere...), el procés d'aproximació mútua és molt més difícil i el dèficit de comunicació esdevé un risc (errors d'interpretació bilaterals, errors en els tractaments, sensació d'incomprensió, desencís, desconfiança, abandó dels tractaments i incompliment de les cites)». En el cas dels pacients i a causa de la difícil comunicació a l'hora d'expressar el dolor, pot ser que aparegui una accentuació de l'angoixa, tal com veurem en el punt 2.5.1. *La relació metge-pacient*.

2.3.4. La llengua

La principal dificultat està implicada en la comunicació: «les dificultats idiomàtiques tenen a veure amb l'eina essencial de qualsevol relació entre persones i, evidentment, entre metge i pacient»(Bermann, 2003: 63). Perera *et al.* (2004: 73) es pregunten «si no es poden garantir uns mínims en la comunicació entre les persones, com podem estar segurs que els professionals estan intervenint d'una manera correcta o que es garanteix un mínim d'eficàcia?». Segons aquests autors (*ibidem*) «és possible que, als professionals de la salut, després d'una visita en què han estat amb persones immigrades que no comparteixen cap idioma amb ells o amb els professionals d'infermeria, els quedi el dubte de si aquestes persones han entès realment el que se'ls ha dit.

Quasi sempre han de recórrer a altres tipus d'estratègies comunicatives com el llenguatge dels gestos o de les imatges per fer-se entendre. El professional pot arribar a tenir la impressió que aquestes persones estan assentint amb la mirada i amb moviments del cap, quan en realitat no estan entenent-los en res. I sempre els queda el dubte de si faran allò que se'ls ha dit».

2.3.5. La comunicació com a eina terapèutica

Moore (2005) afirma que «la comunicació és una de les eines terapèutiques més eficaces que pot utilitzar el metge».

Segons Leal (2003: 54-55) «Ecoltar i parlar són fets complexos. El pacient parla incitat pel metge o espontàniament. És important no perdre de vista que la comunicació metge-pacient està en tot moment condicionada per les experiències prèvies de cada un dels interlocutors en situacions anàlogues».

Aquest autor també observa que «la paraula és un codi en el qual hi ha col·locat un significat, per això és fonamental, com ja hem comentat, conèixer la tradició i el present cultural de la comunitat en què s'exerceix la medicina. La paraula ha de ser vista en tota la seva transcendència. El malalt parla de la seva malaltia, parla de sí mateix, del seu món, del seu cos i de la seva cosmovisió al mateix temps. I hem de ser capaços de fer una lectura paral·lela d'aquests nivells de significació. Les seves

paraules, els seus gestos i els seus silencis ens porten cap a un relat on el pacient parla de la seva malaltia, de la seva intimitat i de la seva particular visió del món exterior. Tot i haver escoltat molts individus, aquest fet ha de continuar produint una implicació emotiva dels professionals. El metge ha de ser sensible a l'experiència de l'anamnesi».

Segons Moore (2005), els objectius de l'entrevista mèdica són tres:

- a. establir un vincle emocional adequat amb el pacient,
- b. obtenir la informació necessària per arribar a un diagnòstic,
- c. realitzar el pla del tractament conjuntament amb el pacient.

L'evidència demostra que la majoria dels pacients agraeixen l'interès i la preocupació dels professionals, i per a una gran majoria de la població immigrant és molt satisfactori que els ajudin en la seva formació.

D'altra banda i també sota la perspectiva de Moore, els objectius generals serien:

- ▲ valorar la importància d'establir una relació terapèutica amb el pacient per fer una pràctica clínica efectiva,
- ▲ augmentar el nivell de competència per a les relacions interpersonals en l'àmbit de la medicina,
- ▲ prendre consciència de les pròpies capacitats i dificultats per a l'entrevista dels pacients.

2.4. LA FIGURA DEL TRADUCTOR O DEL MEDIADOR INTERCULTURAL

La comunicació entre l'usuari i el professional del sistema sanitari és la base de l'acció sanitària; és allò que permet l'establiment de la relació assistencial. En el cas dels immigrants, especialment dels que provenen de països amb llengua i codis culturals diferents, el procés d'entesa mútua és més difícil i existeix la possibilitat de dèficits en la comunicació. El/la mediador/a cultural pot facilitar aquesta comunicació.

A.A.D.D. (2003b: 23) ens diuen que «el perfil de mediador/a és el d'una persona que forma part del col·lectiu amb què ha de mediar, coneix la llengua i els codis culturals (costums, tradicions, religió...) tant propis com del país d'acollida. Així mateix, ha de conèixer els recursos i els circuits sanitaris. El/la mediador/a ha de ser una persona equilibrada, respectada i amb cert lideratge dintre del seu col·lectiu i amb capacitat dialogant i negociadora. I en el millor dels casos, amb un mínim domini dels conceptes i del llenguatge sanitari. D'una banda, el sistema sanitari està encara sorprès per la multiculturalitat i la "multiprocedència", tot i que en procés d'adaptació. La funció, per delicada, demana professionals. És arriscat delegar-ho a familiars (sovint s'utilitza els nens pel seu bon coneixement de la llengua "d'acollida"), a amics o a voluntariat mal preparat».

D'altra banda, A.A.D.D. (2003b: 23) observa que «la funció del mediador va molt més enllà de la simple traducció. La informació sanitària que és "filtrada" per un mediador, una persona que entén i respecta la pròpia cultura, és sempre més ben entesa i acceptada. Es tracta de posar en contacte dos mons, aproximar-los, fer-los entenedors en les dues direccions. I amb freqüència, donades les diferències culturals, negociar i arribar a pactes. El mediador sempre s'haurà de mantenir en una estricta posició neutral, i no podrà en cap cas modificar ni deformar la informació».

En general la mediació, seguint els autors citats, comporta:

- ▲ un treball preventiu
- ▲ la mediació com a resolució de conflictes (abandó del tractament d'una malaltia transmissible, rebuig d'una exploració o d'una tècnica necessàries, en

cas de malaltia greu, mutilació parcial de genitals femenins, circumcisió fora de la xarxa sanitària...).

«L'ajut de mediadors culturals o idiomàtics pot ser útil per a la comunicació, però amb la condició que es respecti la confidencialitat del pacient. A la llarga, potser la millor solució és fomentar l'alfabetització i l'aprenentatge idiomàtic dels immigrants, per tal que aquests no depenguin de cap mediador» (A.A.D.D., 2003b: 116).

El procés de mediació és segons A.A.D.D. (2003b: 23) "transitori", ja que serveix bàsicament en la fase d'arribada recent i de primers contactes, però la seva funció no pot enquistar-se en els equips assistencials, en la mesura en què l'elaboració de l'experiència per aquests, ha de conduir a que puguin resoldre els problemes de mediació.

2.5. FACTORS QUE INFLUEIXEN EN L'ESTAT DE SALUT DELS COL·LECTIUS D'IMMIGRANTS I EN LA SEVA ASSISTÈNCIA

El mateix procés migratori suposa un risc per a la salut. De manera sintètica comentem alguns dels factors que caldria conèixer per caracteritzar millor quines són les situacions de risc per a l'individu i la comunitat i assolir una major eficiència en l'atenció sanitària.

2.5.1. La relació metge-pacient

Durant la relació metge-pacient en una consulta mèdica, el metge ha de tenir en compte diversos punts a l'hora prescriure un tractament als seus pacients immigrants procedents d'una altra cultura.

«Cal tenir en compte que les demandes i les necessitats de l'immigrant nouvingut solen ser bastant acusades. Probablement aquest "excés de demanda" és un dels aspectes que pot provocar cert rebuig en el professional, que no se sent capaç de donar una resposta adequada a situacions de tanta necessitat en què l'aspecte orgànic es barreja amb necessitats de contenció psicològica i amb circumstàncies de precarietat socioeconòmica. El sentiment de no saber pot ser molt frustant per al professional i angixant per al malalt. Una actitud d'escolta comprensiva pot ser molt beneficiosa i tranquil·litzadora pel pacient, al mateix temps que genera un clima de confiança necessari de cara a un desenvolupament satisfactori de la relació, ja que l'angoixa s'accentua en situació de migració a causa de les dificultats de comunicació» (Bermann, 2003: 63).

A més a més, segons A.A.D.D. (2003b: 22), el metge ha de ser flexible tant com sigui possible, i en la mesura del possible, per exemple, davant el pudor de molts immigrants a l'hora de despullar-se o deixar-se explorar per un metge del sexe contrari, però sense que això vagi en contra de la igualtat de gènere.

2.5.2. Situació de regularització, nucli social i familiar

Segons A.A.D.D. (2003b: 13-14) les mancances en l'àmbit de la sanitat suposen una agressió a l'estat psíquic i físic de l'individu: dèficits de l'autocura, la incomprensió respecte a la nova cultura... Entre d'altres, els factors que influeixen en l'assistència dels immigrants són: el desconeixement per part dels professionals de l'estructura familiar a què pertany l'immigrant, la constitució del nou nucli, les relacions familiars deixades, etc.».

2.5.3. Canvi geogràfic i condicions d'habitatge

El propi canvi del país, amb característiques climàtiques diferents, les condicions d'habitatge i de l'entorn..., és un factor de què depenen molts problemes sanitaris i certes condicions favorables a la contracció de malalties i al risc de transmissió. En molts casos, aquestes situacions estan relacionades amb condicions laborals precàries.

2.5.4. Situació laboral, menes de feines i condicions de treball

«La inestabilitat del treball, la clandestinitat, la irregularitat, les relacions d'explotació o la manca de qualificació, i els tipus de treball suposen greuges econòmics, factors d'estrès i d'elevat risc d'accidentalitat» (A.A.D.D., 2003b: 14).

2.5.5. Hàbits alimentaris

En el cas específic dels musulmans, s'han de tenir en compte les prescripcions alimentàries establertes per la religió².

Malgrat que les dietes tradicionals poden estar perfectament equilibrades, segons Bermann (2003: 32-33), la situació de migració comporta una sèrie de riscos socials i econòmics que poden interferir negativament en els hàbits nutricionals. Les famílies immigrades necessiten un temps inicial per localitzar recursos en el seu entorn que els

² Vegeu també el § 2.7.3.2. Religió i alimentació.

permetin desenvolupar, sense gaires limitacions, els seus coneixements alimentaris previs.

«Els canvis de la dieta impliquen, d'altra banda, la consideració com a grup de risc en relació als aspectes nutricionals de nens petits (0-2 anys) per dietes no adequades a l'edat, afavoridores de raquitisme, de l'obesitat i de l'anèmia ferropènica (manca de ferro a l'organisme), entre d'altres» (Bermann, 2003: 34).

Segons Bermann (2003: 32), cal tenir en compte, però, que «el valor simbòlic de la cultura atorgat a alguns aliments, la qual cosa fa que alguns no responguin tant a una necessitat orgànica com a una vinculació amb una concepció determinada de la vida i del món».

2.6. RECOMANACIONS GENERALS PER AL TRACTAMENT SANITARI EN EL MARC DE LA DIVERSITAT

Finalment, existeixen un seguit de recomanacions generals per al tractament sanitari i per poder afrontar les dificultats proposades per A.A.D.D. (2003b: 27) que poden aparèixer en una consulta mèdica. Aquestes recomanacions facilitarien les relacions entre el metge i el pacient en el marc de la diversitat cultural que avui en dia és tan present en la nostra societat:

1. Facilitar l'acollida de l'immigrant al nostre sistema sanitari, així com informar-lo dels requisits per accedir-hi i la seva correcta utilització. Cal fer-los entendre la necessitat de dur a terme els tràmits administratius d'empadronament per tal d'obtenir la targeta sanitària, fent-los saber que la seva situació irregular no els impedirà obtenir-la.
2. La població immigrada ha de ser atesa de manera integral des de l'atenció primària de salut sense fer cap diferència amb els ciutadans autòctons. L'atenció particular només hauria de ser utilitzada com a suport per tractar patologies importades poc freqüents en el nostre medi.
3. Cal obtenir dades, a partir de registres i d'estudis epidemiològics específics, per conèixer les necessitats de la població immigrant a cada zona i homogeneïtzar els protocols assistencials sobre la base de les proves científiques davant dels problemes específics de la població immigrant.
4. Caldria reestructurar i flexibilitzar els circuits assistencials dels centres i en conseqüència el temps d'atenció, per aconseguir atendre la demanda de l'immigrant amb major efectivitat.
5. L'administració hauria de proporcionar recursos materials, tècnics i humans als serveis assistencials que atenguin sectors importants d'aquests col·lectius mentre durin les situacions d'excepcionalitat provocades pel procés migratori.
6. Cal adequar culturalment els materials d'informació i d'educació sanitària mentre duri el procés d'integració de l'immigrant a la societat d'acollida. Cal fomentar el treball sanitari i educatiu així com la negociació cultural com la

millor estratègia per lluitar contra determinats costums o determinades pràctiques d'alguns col·lectius com a contrapartida a determinades actituds simplistes, restrictives o criminalitzadores que es donen també al món sanitari.

7. Cal estimular la formació dels professionals en l'atenció a la diversitat i enfront dels problemes de morbiditat específics dels diferents col·lectius immigrants.
8. És necessari optimitzar els recursos de mediació o facilitar-ne la incorporació per tal de millorar el coneixement i l'entesa mútua i d'afavorir les demandes des d'una estratègia que afavoreixi l'accessibilitat.
9. Els professionals hauran de vetllar per la detecció i el tractament d'aquelles situacions de fragilitat social que poden constituir un risc per a la salut dels col·lectius immigrants. En aquest sentit, és important establir una coordinació eficaç entre els serveis socials i sanitaris, especialment en els llocs d'atenció nuclear (serveis d'urgències, atenció primària, atenció farmacèutica, serveis socials...).
10. Des del profund respecte de la legalitat, i recolzant-nos en la bioètica i en la deontologia, cal fer el màxim esforç sanitari, educatiu i social que permeti l'obertura de les fronteres culturals d'ambdues parts i la plena integració dels immigrants en la societat d'acollida en el camí d'un futur ètnicament més ric i plural.

2.7. LA IMMIGRACIÓ MARROQUINA

2.7.1. Especificitats de la població marroquina

En termes més generals parlem d'immigració però en concret ens volem referir a la població marroquina. Durant els darrers anys la immigració marroquina a Catalunya ha augmentat considerablement, i, si bé la presència de persones procedents de l'altra ribera del Mediterrani no és recent, la cultura d'aquest sector de la població roman bastant desconeguda per a la població autòctona. El desconeixement i les conseqüències que s'hi associen fan notar la necessitat d'apropar-se, sense prejudicis ni estereotips, a la realitat d'aquest col·lectiu, tan proper i tan llunyà alhora en les percepcions de molts professionals que s'hi veuen diàriament confrontats.

Pel que a les dades disponibles sobre la població marroquina a Catalunya, cal dir que són aproximades, ja que varien en funció de la situació legal de la persona. Pel que fa a la població amb permís de residència el 2002 a Catalunya, hi havia un total de 103.211 marroquins comptabilitzats amb permís de residència (Font: Ministerio del Interior).

2.7.2. Família i societat al Marroc: abans i ara

2.7.2.1. Estructura social

L'estructura social existent al Marroc és diferent de la nostra. Bermann (2003: 14-16) explica que «al Marroc, l'estructura social que organitzava les relacions de parentiu i entre els sexes era d'ordre patriarcal, és a dir, patrilineal (la filiació era paterna, la descendència passava de pare a fill) i de jerarquia rígida. Malgrat tot, les transformacions socials i econòmiques viscudes pel país els darrers 40 anys han anat modificant les estructures familiars i el rol tradicional de la dona, encara que amb enormes disparitats entre les zones rurals i les urbanes, així com entre classes socials. Normalment, la família a l'àmbit rural, o en poblacions emigrades de la ciutat, poc o gens urbanitzades, s'organitzava al voltant de cèl·lules de referència. D'una banda hi havia l'*ayla* (gran família) que, formada pel pare, la mare, els fills solters, els fills casats amb les seves mullers i fills i, fins i tot, les ties solteres per via paterna, funcionava com

una unitat socio-econòmica sota l'autoritat de l'home més vell. De l'altra la *hamula* (clan), que estava formada per tots els qui procedien del mateix avantpassat per via paterna i que, normalment, agrupava diverses *ay/a*. Totes dues cèl·lules implicaven un compromís mutu i una poderosa relació d'interdependència i de protecció. Així, les dones àrabs conservaven sempre el seu propi cognom familiar i mai no el substituïen pel del seu marit en casar-se, ja que aquest costum servia per recordar al marit que la seva muller estava sota la protecció de la seva família i del seu clan. Les relacions estaven fortament jerarquitzaes: entre els homes, segons l'edat, la generació o el rang de naixement, així com entre les dones integrades al patrillinatge. Els homes tenien autoritat sobre les dones sense consideració de l'edat, i per tant els fills podien ser, fins i tot, tutors de les seves mares. La tendència a l'endogàmia de les famílies tradicionals, materialitzada en el matrimoni de les seves filles amb els seus cosins per via paterna, tenia el seu origen en la necessitat de conservar unit el patrimoni familiar».

La mateixa autora explica que «l'estructura social tribal preexistent va ser modificada per la instauració de l'ordre islàmic a partir de la invasió dels àrabs durant el segle VII. Es va concedir el dret a les dones, el qual minvava la unitat del patrimoni familiar: si la filla podia heretar, aquesta herència passaria als seus fills, els quals jurídicament formarien part de la família del seu pare i, en conseqüència, la seva part sortiria del patrimoni familiar. Així, o bé es transgredia el reglament alcorànic o bé s'acceptava la progressiva destrucció de la tribu. Casar les filles amb els cosins oferia una solució alternativa i amb això la tendència a l'endogàmia es va reforçar fins al punt que el matrimoni entre cosins va acabar esdevenint un dret no escrit del cosí a casar-se amb la filla del seu oncle patern o bé, a donar el seu consentiment per tal que ella es pogués casar amb un altre pretendent».

Després d'explicar la situació tradicional al Marroc, observa que «en l'actualitat, si bé la Constitució marroquina garanteix els mateixos drets i responsabilitats a homes i dones, el Codi d'Estatut Personal i Successori propi del Marroc, codi de família conegut com la *Mudawana*, consagra l'estatus inferior de la dona, limitant els seus drets i relegant-la a un estatus secundari. La *Mudawana* regula les relacions entre els cònjuges en les àrees del matrimoni, del repudi, de la custòdia, de les relacions familiars i de l'herència. A partir del 1992, es va endegar un debat sobre la reforma de la *Mudawana* en relació a tres temes principals: la tutela matrimonial, el repudi i la poligàmia. Es van fer esmenes a la tutela matrimonial en el sentit de validar el certificat

matrimonial únicament si també hi figurava la signatura de l'esposa, mentre que abans només calia el consentiment del seu tutor. Per validar el repudi, que és la prerrogativa del marit a trencar el matrimoni, d'ara endavant també es necessita la presència simultània de les dues parts o, com a mínim, el deure de notificar-ho a la dona. Les esmenes realitzades dificulten en darrer terme l'aplicació del principi de la poligàmia, exigint que l'espòs demani el consentiment de la primera esposa i avisi la segona. Actualment, el codi de família continua pendent de reforma atenent a les reivindicacions d'igualtat entre homes i dones d'una part important de la societat pel que fa al canvi de l'edat legal de matrimoni (per a les noies) de 15 a 18 anys, a l'eliminació de la tutela matrimonial de les dones adultes, a l'eliminació del repudi i la introducció del divorci legal, a la regulació i la desincentivació de la poligàmia, i a la revisió dels procediments reguladors de la custòdia dels fills».

2.7.2.2. Rols masculins i femenins

Els rols que l'estructura social marroquina estableix per a cada sexe fa que «el model familiar de la societat marroquina continua atorgant un rol preeminent a la maternitat de tal manera que la dona és valorada principalment com a mare i, sobretot, de fills de sexe masculí. En aquest sentit, la finalitat del matrimoni és sobretot la procreació, desenvolupar una família, engrandir la comunitat dels creients (*umma*) i assegurar la continuïtat del llinatge» (Bermann, 2003: 16-18).

Bermann també observa que «tradicionalment s'ha donat una estricta delimitació dels espais femenins i masculins, molt reglamentats en el passat, però que en l'actualitat tendeix a esvaïr-se. La dona, relegada a l'àmbit domèstic, freqüentava molt rarament l'espai públic. El contacte amb el sexe oposat es limitava als membres de la seva família. Aquesta separació entre sexes s'opera des de la infantesa, el nen està submergit en l'univers femení durant la primera infància, fins al moment de la circumcisió als sis o set anys, en què el pare s'encarrega de la seva educació i passa a formar part del món dels homes, el món de "fora" segons la tradició de la separació dels sexes a l'espai social».

D'altra banda, també ens diu que els «homes i dones tenen els mateixos drets laborals, si bé l'accés de la dona al món laboral resta limitat. S'ha revocat un article del codi civil que exigia el consentiment del marit perquè la dona pogués treballar, encara

que se'ls prohibeix portar a terme treballs que comprometin la vida familiar com feines en horari nocturn, o que impliquin cert perill. El codi civil ha regulat el treball de dones i menors per tal de protegir la seva salut: les dones treballadores gaudeixen d'una baixa maternal de dotze setmanes. En qualsevol cas, els tipus de treball que les dones realitzen són de menor qualificació i estan més mal remunerats que els dels homes. D'aquesta manera el percentatge d'atur és major entre les dones».

2.7.2.3. El sistema sanitari marroquí

Bermann (2003: 26) afirma que «durant les últimes dècades s'han fet al Marroc esforços importants per millorar la sanitat. La política de prevenció sanitària i les campanyes de vacunació nacional han conegut un desenvolupament significatiu, millorant la situació epidemiològica de les malalties transmissibles. La planificació familiar i l'ús de mètodes anticonceptius ha augmentat de forma sensible en el decurs dels últims anys. El nombre de metges i d'infermeres també ha augmentat de forma important. En termes generals, els indicadors de base de l'estat de salut de la població han evolucionat regularment amb una tendència positiva. No obstant, i a pesar d'aquests destacats progressos, es parla d'una situació de desatenció molt greu, i encara avui, la sanitat al Marroc es troba comparativament endarrerida en relació a d'altres països del seu entorn com Algèria o Tunísia (Font: PNUD: Human Development Report 1999)».

L'organització del sistema sanitari funciona de manera diferent pel que fa a la població rural o a la població urbana. Bermann (2003: 27-28) assegura que «les diferències entre zones urbanes i zones rurals són extremament importants. La població rural no es troba prou coberta. Només un 47% dels habitants de zones rurals viuen a menys de sis quilòmetres d'un establiment de la xarxa pública (quan, a més, no n'hi ha cap de privat). Un 14% de la població de les zones rurals, no té cobertura mèdica de cap mena i el sistema de cobertura assegurat pels equips mòbils i els infermers itinerants no funciona adequadament. Gairebé la meitat del personal mèdic es concentra a Rabat i a Casablanca. A més a més, la xarxa hospitalària es troba majoritàriament a les regions nord-est i central, quan un 63% dels metges del sector públic treballen als hospitals i només un 30% ho fan als centres d'assistència de base».

També assegura que «el sector privat es concentra en les principals zones urbanes i, per tant, la població rural depèn quasi totalment del sector públic per a la prestació de serveis. Els centres de salut ofereixen generalment serveis gratuïts, però els aspectes associats, com el transport, la medicació, les radiografies, les analítiques i fins i tot les propines pels professionals, produeixen costos que impedeixen l'accés a l'assistència sanitària als sectors més desfavorits de la població». Aquesta autora afirma que «els principals problemes del sector estan constituïts per: les diferències entre les zones rurals i les zones urbanes, la desigualtat en l'oferta, la distribució dels serveis, l'accés, la ineficàcia dels serveis sobretot a nivell de base, la situació en el sector farmacèutic, la baixa despesa en salut per habitant, la manca de recursos per finançar el cost creixent dels tractaments i la centralització de la gestió administrativa» (Bermann, 2003: 28).

El sistema de salut pública té una credibilitat bastant limitada entre la població, cosa que explicaria en part, la baixa utilització que se'n fa. Els tractaments curatius són pràcticament inexistents, no hi ha medicació, les esperes són molt llargues i l'actitud del personal és percebuda com poc receptiva (Bermann, 2003: 29).

2.7.3. Concepcions de la salut i de la malaltia en la cultura marroquina

Actualment arriben al nostre país un gran nombre d'immigrants marroquins buscant noves oportunitats de feina i de millores en la seva qualitat de vida. La seva cultura, la seva religió i els seus costums són diferents dels del país d'acollida; això els fa més vulnerables a tota una sèrie d'afeccions tant físiques com psíquiques.

Segons Bermann (2003: 20), l'Islam anima el creient a preservar la seva salut, tenir cura del cos i a evitar els comportaments nocius, i l'incita a la recerca d'un remei per guarir-se quan es posa malalt. Segons l'Islam el guariment depèn de Déu i els metges i els remeis són els seus mitjans. L'Alcorà distingeix entre malalties orgàniques i malalties psicològiques (que allunyarien de Déu), on la malaltia, més que un càstig, constitueix una prova de fe i serveix al creient per expiar els seus pecats. Del malalt s'espera que sigui pacient i suporti l'adversitat, alhora que per a ell les prescripcions religioses es troben alleugerides.

«Avui en dia encara és present l'existència d'una tradició preislàmica màgico-religiosa que és viva en sectors rurals amb difícil accés a l'educació. Dins el registre de la malaltia orgànica, trobem una àmplia gamma de remeis tradicionals. El consum d'infusions, entre d'altres, és una de les pràctiques més freqüents en el tractament d'afeccions lleugeres abans d'acudir a la consulta mèdica³» (Bermann, 2003: 20-21).

2.7.3.1. Religió, cultura i educació

La religió és una variable que modela el procés salut/malaltia/atenció a qualsevol col·lectiu segons A.A.D.D. (2003b: 14). Ens cal conèixer la influència de la religió en els col·lectius d'immigrants, pensen. Els professionals no poden ignorar el fet que aquests col·lectius formen part d'una cultura, amb una educació i una religió diferents de la nostra. Convindria tenir nocions sobre el que suposa l'Islam, quines són les principals tradicions dels col·lectius que s'atenen. Desconèixer en quina època és preceptiu el Ramadà o quin és el grau de la pràctica religiosa d'un individu en particular pot dificultar o impedir l'acompliment d'un tractament mèdic, d'exploracions diagnòstiques o del seguiment d'un procés clínic, asseguren.

Segons Lagoa (2002), el primer pilar que s'ha de tenir en compte és «avançar en la comunicació i en la comprensió de tots els aspectes que formen part de la cultura del país de procedència dels immigrants resulta clau perquè aquests pacients rebin una correcta assistència sanitària. Per salvar les dificultats de comunicació és necessari que el metge disposi de més temps, un element que manca en l'actualitat».

El segon pilar sobre el qual s'ha de sustentar una atenció adequada segons Lagoa és «la comprensió de l'entorn cultural d'on procedeixen els immigrants. El metge ha de ser entrenat per entendre les característiques diferencials de l'àmbit cultural. El que es pretén és curar el malalt, no imposar-li la nostra manera de viure. El respecte per la filosofia de vida d'aquests pacients és la primera condició perquè s'apropin als seus problemes de salut. Perquè l'immigrant no representi cap problema de salut pública ha de rebre assistència en les mateixes condicions que una persona autòctona».

³ Vegeu també el § 2.7.3.4. Medicina i tractaments propis.

2.7.3.2. Religió i alimentació

Pel que fa als hàbits alimentaris, les persones estan sotmeses a factors naturals, sociopolítics i també psicològics i morals. En aquest sentit, es prefereixen i es consumeixen i prefereixen els aliments que millor s'adaptin al medi natural i social, així com a les pròpies concepcions religioses.

A l'Alcorà es troben una sèrie de prescripcions relatives als aliments prohibits (*haram*: no lícits o impurs) i als aliments permesos (*halal*: lícits o purs) per la llei de Déu.

Bermann (2003: 32-33) ens diu que un nombre elevat de normes d'alimentació es relacionen amb la carn. Es fixen en els animals lícits i/o prohibits, en la forma de matar animals i com i quan han de ser consumits. La prohibició de consumir porc inclou tots els seus derivats. També observa que «la carn, a més del seu valor nutricional, posseeix un valor simbòlic accentuat per la religió. El sacrifici i la carn estan presents en els principals moments de la vida com per exemple el canvi de domicili, l'agraïment d'un favor diví, els naixements i les principals festivitats religioses com l'Aid El Kebir, o festa del xai, que recorda la devoció d'Abraham preparat per sacrificar el seu fill Ismael».

Segons aquesta autora «la cuina marroquina és una cuina mediterrània. La base alimentària és la típica mediterrània: cereals, llegums, verdures, fruites i carn (excepte porc).

Hi ha dues prescripcions alcoràniques indicadores del comportament religiós individual de les persones d'origen marroquí que viuen entre nosaltres. D'una banda el consum d'alcohol, i de l'altra, la carn de porc i de tots els seus derivats. Entre aquells que no s'adhereixen de forma completa a aquestes prescripcions, la ingesta d'alcohol es dona amb més probabilitat que el consum de porc. Tanmateix, hi ha qui s'absté de menjar porc, però no es preocupa de saber si la carn consumida (d'altres animals) és lícita o no, mentre que alguns intenten mantenir un estil de vida, pautes alimentàries incloses, el més semblant possible al del seu país d'origen».

2.7.3.3. Nocions de salut i de malaltia

Perera *et al.* (2004: 66) ens diuen que «els conceptes de medicina profilàctica, vacunacions per a la prevenció, medicació continuada o per als tractaments crònics... tan importants en els sistemes de la sanitat pública d'aquí, semblen no existir en les nocions de salut/malaltia entre la majoria de les persones immigrades en general».

Pensen que la medicació s'entén, entre les persones immigrades, com un remei de curació ràpida de la malaltia i sovint es constata que als primers senyals de benestar o amb la disminució dels símptomes, es suspensen els tractaments. Moltes d'aquestes qüestions són presents també entre la població autòctona en menor proporció (Perera *et al.*, 2004: 68).

Aquests autors mantenen que entendre les nocions de salut i de malaltia, el seu concepte de sanitat, els seus hàbits generals relacionats amb aquest tema, permetria poder donar una atenció mèdica, almenys al principi, propera a aquestes nocions i expectatives. El coneixement de l'altre seria un primer pas que permetria posteriorment activar unes propostes educatives sanitàries per poder-lo apropar als sistemes sanitaris existents als territoris d'acollida (Perera *et al.*, 2004: 69).

Així doncs, i com bé observa Lagoa (2002) «el metge ha de tenir en compte quins són els aliments prohibits en la cultura de procedència dels pacients en confeccionar les dietes, o quins són els càncers més freqüents en determinats contextos».

2.7.3.4. Medicina i tractaments propis

El concepte de medicina, de medicació continuada, etc., desconeguts, en un principi, pels immigrants, fan que alguns usin remeis populars del seu país d'origen. De fet, ells ho reconeixen però en menor grau que abans. Com ja hem mencionat, davant determinades molèsties (mal de cap, trastorns digestius...), sembla ser que és freqüent la preparació d'herbes i el seu consum amb una finalitat de curació. Això no està massa lluny dels remeis populars que també es coneixen i s'usen en la societat catalana.

En el tractament dels casos diagnosticats, segons A.A.D.D. (2003b: 10) «cal personal sanitari i mitjans per poder atendre les necessitats sanitàries i per evitar recaigudes, i cal fer un seguiment dels plans d'intervenció que estan en marxa, per tal de controlar

l'evolució dels pacients quan ja estan restablerts, ja que massa sovint aquests, per desconeixement, per temor o pel recel de no sentir-se ben acceptats i compresos, entre altres coses, no acudeixen als serveis sanitaris quan comencen a tenir símptomes. Aquesta demora en les visites i en els tractaments, no només és pròpia de la cultura marroquina sinó que també és fa extensible a la població autòctona».

3. OBJECTIUS

Tal com acabem de veure, els punts fonamentals per comprendre la relació de la població immigrada amb el sistema sanitari de la societat d'acollida són el compliment dels seus drets sanitaris, l'accessibilitat a aquest sistema, com a manifestació concreta del compliment dels drets esmentats, la presa en consideració dels factors específics que influeixen en l'estat de salut dels col·lectius immigrants, i les condicions de comunicació que facilitin l'accés al sistema sanitari i, més específicament, el desenvolupament de la comunicació en la relació metge-pacient.

Per valorar la facilitat d'accés i d'ús del sistema sanitari de les persones immigrades hem cregut convenient analitzar-la des de quatre dimensions diferents relacionades entre elles⁴: hàbit d'assistència a la consulta del metge, eficàcia del sistema sanitari, comunicació entre el metge i el pacient i concepció de la malaltia.

Pel que fa a la primera dimensió, intentem valorar l'hàbit d'anar al metge, l'ús de les medicines alternatives, el seguiment de la medicació receptada pel metge, l'automedicació i el coneixement de les contraindicacions en la ingestió de diferents medicaments.

- Mitjançant l'anàlisi d'aquesta dimensió esperem obtenir informació que avaluï el fet que l'assistència de la població immigrant a l'atenció primària és superior a la de la població autòctona, tal com mostren els resultats d'alguns autors (Stronks *et al.*, 2001). Per altra banda, també pretenem explorar si hi ha diferències en el consum de medicaments, aspecte poc conegut i de gran rellevància per dissenyar programes informatius si fos necessari.

Quant a la segona dimensió, intentem analitzar l'eficàcia de l'atenció que reben els usuaris en els centres assistencials, tenint en compte tres aspectes: l'accessibilitat al Centre d'Atenció Primària, la competència del personal mèdic i la confiança que hi dipositen els pacients.

Per estudiar l'accessibilitat al Centre d'Atenció Primària, tenim en compte l'atenció rebuda per part del centre tant personalment com telefònicament, l'eficàcia en l'atribució d'hores de visita, el compliment de les hores concertades, el compliment

⁴ Vegeu el § 4. Mètode

dels torns de les visites, la possible existència de discriminació vers les persones immigrants, la satisfacció de les demandes dels usuaris i l'atenció i la durada del temps que el metge dedica a atendre els pacients.

- L'anàlisi d'aquest aspecte permetrà valorar el tracte rebut pels subjectes immigrants en els centres assistencials i establir per comparació si és el mateix que reben els subjectes autòctons. Tot i que no tenim coneixement de cap estudi del nostre entorn que faci referència a aquest aspecte, la nostra predicció, de tipus exploratori, apunta que no hi haurà diferències de tracte entre els dos grups de subjectes.

Per fer una valoració del personal mèdic, hem demanat als nostres informants si creuen que els metges són conscients dels escassos coneixements d'alguns pacients i del fet que certes interpretacions del que es diu a la consulta poden no ser compartides, i mirem d'obtenir la seva opinió sobre la resolutivitat, la professionalitat i la competència dels metges i sobre la seva manera de tractar els pacients immigrants; també els hem preguntat si han demanat canvi de metge alguna vegada.

- A través de l'anàlisi d'aquest aspecte, valorarem l'actuació dels professionals dels centres de salut. Suposem, tot i que no tenim coneixement de cap estudi en aquesta línia, que els subjectes immigrants seran tractats de manera similar als subjectes autòctons per part dels metges de capçalera, i fins i tot, preveiem que l'actitud dels metges cap als seus pacients immigrants serà més paternalista.

La confiança del pacient en el metge pot ser personal i situacional. Pel que fa a la primera, hem preguntat directament per la confiança que diposita el pacient en el metge, i també per la seguretat que li ofereix i si els subjectes van a la consulta acompanyats per algú, per qui i per quina raó. Pel que fa a la segona, valorem l'existència d'intimitat durant les consultes mèdiques i hem demanat si alguna vegada els pacients s'han sentit incòmodes durant la consulta.

- Així doncs, a través de l'anàlisi d'aquest darrer aspecte, pretenem observar si, tal com suggereix Bermann (2003: 45) hi ha determinats aspectes associats a la immigració que comporten que el pacient immigrant no atorgui tota la

confiança a la persona, al tractament o a la tecnologia que posa el sistema sanitari a la seva disposició.

Pel que fa a la tercera dimensió, la comunicació, tractem aspectes com que hi hagi una llengua compartida entre metge i pacient, l'escolta activa i l'entesa entre tots dos, les possibles alternatives per suplir els dèficits de comunicació verbal, l'ús d'un llenguatge especialitzat o proper a l'usuari per part del professional, la comprensió de l'ús i de la finalitat dels medicaments per part del pacient i el seu seguiment del tractament prescrit.

- Com comenten alguns autors (Bermann, 2003; A.A.D.D., 2003b), les dificultats de comunicació entre els immigrants i els professionals sanitaris és previsible que s'accentuin donades les diferències culturals i les limitacions lingüístiques de determinats col·lectius d'immigrants. Per tant, en aquesta dimensió esperem trobar diferències entre els dos grups.

Quant a la darrera dimensió, la concepció de la malaltia per part dels subjectes interrogats, hem intentat analitzar què entenen per malaltia i si entenen les afeccions mentals com a malalties pròpiament dites.

- Tenint en compte les diferències culturals i seguint el suggeriment de Bermann (2003), esperem trobar diferències entre els dos grups de la mostra.

En síntesi, el propòsit principal d'aquest estudi se centra en les possibles desigualtats que poden patir les persones immigrants en l'accés i la utilització dels serveis sanitaris no especialitzats –atenció primària–, amb un èmfasi especial en les possibles dificultats comunicatives entre el professional sanitari i el pacient. Més concretament, descriurem i analitzarem algunes de les diferències en l'accés i la utilització del sistema sanitari entre una mostra d'immigrants marroquins i una de població autòctona.

En síntesi, el propòsit principal d'aquest estudi se centra en les possibles desigualtats que poden patir les persones immigrants en l'accés i en la utilització dels serveis sanitaris no especialitzats –atenció primària–, amb un èmfasi especial en les possibles

dificultats comunicatives entre el professional sanitari i el pacient. Més concretament, descriurem i analitzarem algunes de les diferències en l'accés i utilització del sistema sanitari entre un col·lectiu d'immigrants marroquins i la població autòctona.

4. MÈTODE

4.1. MOSTRA

Quan ens vam plantejar quines eren les dificultats que podien existir en una consulta mèdica quan el pacient és un immigrant més o menys recent, vam considerar que no era suficient analitzar la relació dels pacients immigrants amb el sistema sanitari, sinó que vam suposar que no només ells poden tenir dificultats a la consulta del metge. Algunes de les dificultats no depenen de la comunicació lingüística, sinó que hi ha altres factors que poden pertorbar la bona entesa entre el metge i el pacient i que també poden aparèixer en les consultes amb pacients autòctons. A més, òbviament, si només haguéssim tingut en compte els immigrants, no hauríem pogut analitzar si les dificultats amb què es troben només les pateixen ells o si són pròpies del funcionament habitual del sistema sanitari. Per tant, per dur a terme la recerca vam seleccionar una mostra amb dos grups. Un dels grups estava format per persones autòctones, és a dir, pacients que sempre han viscut a Catalunya o a Espanya, i ens havia de servir com a grup control. Mentre que l'altre grup estava format per persones immigrants marroquines, concretament, persones que han hagut d'emigrar del seu país per motius de tipus econòmic.

La mostra de població sobre la qual volíem treballar havia de ser prou significativa per al nostre estudi. És per aquest motiu que vam pensar que cada grup havia d'estar format per 30 persones com a mínim. Per poder equilibrar diverses de les variables que hem tingut en compte, finalment, la mostra es compon de 63 persones, 32 autòctons i 31 immigrants⁵.

63 subjectes	
32 autòctons	31 immigrants

En la composició de la mostra vam seleccionar algunes variables que volíem controlar: el sexe, el nivell d'estudis i l'edat. Ara bé, tot i que en el present treball, aquestes

⁵ Expliquem més endavant que ens va ser impossible reunir una mostra de 32 immigrants amb totes les condicions que havíem previst.

variables s'han tingut en compte com a variables controlades, en estudis posteriors poden tenir-se en compte com a variables independents.

Pel que fa al sexe, els dos grups de la mostra havien d'estar formats pel mateix nombre de persones de cada sexe és a dir, un 50% d'homes i un 50% de dones.

Quant al nivell d'estudis cada grup de la mostra (autòctons i immigrants), havia d'estar format per la mateixa quantitat de persones amb estudis universitaris i sense estudis universitaris.

En darrer lloc l'altra variable que vam controlar va ser l'edat. Les edats dels nostres entrevistats estarien compreses entre els 24 i els 55 anys. És a partir dels 24 anys que els subjectes ja tenen suficient independència per anar al metge sense la companyia de ningú en el cas que no tinguin dificultats de llengua, de manera que ja podien explicar-nos la seva pròpia experiència. L'altre extrem de l'interval amb què vam delimitar la mostra va ser de 55 anys perquè no volíem treballar amb un grup d'edat més avançada per evitar trobar-nos amb problemes que comencen a adoptar un altre caire; per altra banda, pensàvem que obtenir pacients immigrants d'aquest interval d'edat amb estudis universitaris ens podia resultar difícil. De fet, les dificultats ens van aparèixer en no poder localitzar un home d'entre 49 i 55 anys d'edat amb estudis universitaris del grup pertanyent a la població immigrant. A partir del marge d'edat que acabem de presentar, vam fer 4 grups; són els següents:

Intervals d'edats
24 – 34
35 – 41
42 – 48
49 – 55

Com podem observar, la divisió entre els quatre grups d'edat no és la mateixa. El primer grup està format per un marge d'edat amb 10 anys de diferència i els altres tres grups estan formats per intervals d'edat de 6 anys. El motiu d'aquesta diferència és que vam suposar que els pacients d'aquestes edats podien anar acompanyats al metge amb algú i vam optar per fer-lo més extens. El motiu d'aquesta diferència és que vam suposar que els pacients d'aquestes edats podien anar al metge acompanyats d'algú i vam optar per fer-lo més extens. Si el subjecte anava acompanyat al metge, això podia influenciar el seu comportament de manera que no

actués de la mateixa manera que si anés sol. Vam decidir que dividiríem les persones de cada grup de la mostra segons l'edat que tinguessin en el moment de fer l'entrevista i no segons l'any de naixement de cadascú.

A continuació mostrem la taula que recull tots els aspectes que hem comentant fins ara:

Taula 1. Característiques de la mostra

Procedència	Sexe	Nivell d'estudis	Edat	Nº
Autòcton	Dona	Universitari	24-34	2
			35-41	2
			42-48	2
			49-55	2
		No universitari	24-34	2
			35-41	2
			42-48	2
			49-55	2
	Home	Universitari	24-34	2
			35-41	2
			42-48	2
			49-55	2
		No universitari	24-34	2
			35-41	2
			42-48	2
			49-55	2
Immigrant	Dona	Universitari	24-34	2
			35-41	2
			42-48	2
			49-55	2
		No universitari	24-34	2
			35-41	2
			42-48	2
			49-55	2
	Home	Universitari	24-34	2
			35-41	2
			42-48	2
			49-55	1
		No universitari	24-34	2
			35-41	2
			42-48	2
			49-55	2

63

Podem observar que només hi ha una persona representant els homes immigrants amb estudis universitaris entre 49 i 55 anys. És perquè no es va poder localitzar una altra persona amb aquestes característiques per poder-li fer .

4.2. PROCEDIMENT

El procediment utilitzat per obtenir la informació relativa als objectius del nostre estudi ha seguit, en síntesi, els passos següents: utilització i modificació d'un qüestionari previ realitzat per a una assignatura de doctorat, entrevistes pilot prèvies, preparació d'un qüestionari tancat i d'una entrevista semiestructurada, transcripció i anàlisi de les entrevistes.

Com hem dit a l'inici d'aquest treball, la curiositat sobre la relació metge-pacient en situacions de dificultat comunicativa ens va dur fer alguns treballs de doctorat sobre aquest tema. De manera que ja comptàvem amb un qüestionari previ centrat en la relació metge-pacient, elaborat a partir d'un estudi realitzat per Duarte Clíments & Aguirre-Jaime (2003) en el qual es valora la relació existent entre les infermeres i els pacients. Els ítems que usen aquests autors estan basats en les dimensions sobre qualitat percebuda, analitzada segons el model SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) [citat per Duarte Clíments & Aguirre-Jaime, 2003] i se centren en els següents aspectes:

- a) Accessibilitat: facilitat de contacte, facilitat d'accés físic i telefònic, temps d'espera i horari adequat.
- b) Capacitat de resposta: fer les coses en el temps degut, agilitat dels tràmits...
- c) Fiabilitat: fer les coses bé a la primera, exactitud.
- d) Comunicació: comprensió del llenguatge, escolta, demanar opinió a l'usuari.
- e) Cortesia: amabilitat del personal, consideració vers l'usuari.
- f) Competència: coneixements i habilitats del personal per realitzar el servei, coordinació interna de l'organització.
- g) Seguretat: seguretat física, increment o disminució en el moment d'estar en contacte amb el servei, intimitat.
- h) Credibilitat: nom i reputació de l'empresa, ser de confiança.
- i) Tangibilitat: evidència física del servei, instal·lació, materials, decoració, equip.

En el qüestionari previ, dels aspectes que acabem de comentar, vam adaptar-ne alguns i en vam afegir d'altres segons els nostres interessos. De manera que, després d'un procés de reorganització, vam seleccionar els següents aspectes com a eixos del nostre estudi:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| a) Accessibilitat | e) Comunicació |
| b) Capacitat de resposta | f) Competència |
| c) Hàbit | g) Seguretat |
| d) Confiança | h) Concepció de la malaltia |

A partir d'aquests factors i per poder dur a terme la confecció del qüestionari tancat per a l'assignatura del doctorat, vam realitzar un esquema amb totes les preguntes que consideràvem que podien relacionar-se amb cada un dels factors. Cada una de les preguntes anava acompanyada de totes les respostes possibles, que posteriorment ens van servir per confeccionar les respostes tancades per a cada una de les preguntes del qüestionari.

En començar a treballar en el projecte d'investigació present, vam creure convenient partir d'aquesta proposta de qüestionari. En primer lloc, vam confeccionar una taula amb tots els ítems desenvolupats, és a dir, tenint en compte totes les preguntes a les quals volíem obtenir resposta. Per altra banda, per poder realitzar el que ens havíem proposat, també ens calia documentar-nos a través de la bibliografia existent fins al moment i, a més a més, vam creure oportú realitzar una entrevista pilot a dues persones immigrants. Per poder realitzar les entrevistes pilot, ens vam posar en contacte amb una noia marroquina de Roses que ja coneixíem i amb una altra noia marroquina de Girona que havia col·laborat amb nosaltres en un projecte anterior. L'entrevista que els vam fer va consistir en un seguit de preguntes sense delimitar-ne les respostes; és a dir, podien respondre el que elles creguessin oportú. També les vam avisar que la conversa seria gravada per poder-hi treballar posteriorment, però en tot moment vam mantenir el seu anonimat. Les preguntes eren les que ja teníem fetes des de la realització del treball del primer any de doctorat que acabem d'esmentar. La conversa que vam mantenir va ser enregistrada amb una gravadora de veu amb la finalitat de poder treballar amb les dades posteriorment i de saber si les preguntes que teníem estaven ben confeccionades o si al contrari, faltaven certs punts que no havíem

tingut en compte. Després de fer el buidatge de tota la informació obtinguda amb les entrevistes pilot, vam procedir a l'ampliació i modificació de les preguntes que ja teníem per obtenir totes les preguntes que formarien part del qüestionari.

Tot i que la primera intenció era elaborar un qüestionari tancat, amb les respostes preparades, vam acabar decidint que per extreure més informació era més convenient realitzar una entrevista formada per diferents parts. El primer bloc de l'entrevista estava format per un seguit de preguntes personals, un qüestionari que ens serviria de control per saber les característiques de les persones. A continuació mostrem aquestes preguntes de caire personal que es van fer als pacients entrevistats:

Pacient autòcton o immigrant
Edat
Sexe
Estat civil
Situació laboral
Quina és la seva llengua materna
Quina altra llengua o llengües parla
És alfabet o analfabet
Quins estudis té
Ha realitzat alguna vegada algun curs de català per a adults
Quin nivell té
En quina llengua s'adreça al metge
A quin CAP va

Seguidament, hi havia un qüestionari que englobava les dimensions d'accessibilitat i de capacitat de resposta del centre sanitari amb un seguit de preguntes a les quals els entrevistats només podien respondre: "sí, sempre", "sovint", "alguna vegada", "no, mai". A partir d'aquesta primera fase l'entrevista era gravada amb la finalitat de recordar tot el que ens deien els nostres entrevistats per poder treballar posteriorment amb totes les dades que ens oferien.

La tercera part consistia en una entrevista semiestructurada i estava formada per preguntes entorn de la resta de les dimensions que hem mencionat (hàbit, confiança, comunicació, competència, seguretat i concepció de la malaltia). A cadascuna

d'aquestes dimensions hi corresponien determinades preguntes, però, a diferència de les dues primeres dimensions (accessibilitat i capacitat de resposta), no tenien respostes tancades, sinó que l'entrevistat podia respondre i explicar la seva experiència quan es troba en una consulta mèdica.

Un cop vam tenir les entrevistes definitivament confeccionades,⁶ havíem d'establir quin seria el procés que seguiríem per obtenir les 64 entrevistes que ens havíem proposat realitzar. Tal com hem dit, el primer bloc, és a dir, el qüestionari, format per les preguntes personals, era l'única part que no era gravada; tota la resta era gravada amb una gravadora de veu, tot garantint l'anonimat dels entrevistats.

El següent pas que havíem de seguir, òbviament, era buscar les persones que formarien les nostres mostres de població tant l'autòctona com la immigrant. Una de les coses que teníem clares era que en el moment de fer les entrevistes, havíem de proporcionar als nostres pacients comoditat, seguretat i confiança per obtenir les dades que ens havíem proposat d'aconseguir.

Obtenir la mostra de població autòctona no va comportar gaires problemes perquè l'ajut de familiars, amics, professors, companys de feina i coneguts, va facilitar-nos molt la feina. La mostra de població immigrant, en canvi, va ser més difícil d'aconseguir. A més a més d'haver de tenir en compte totes les variables, se'ns va afegir el problema de no conèixer gairebé immigrants marroquins. Tan sols una persona era coneguda; amb la resta hi vam establir contacte a través dels presidents de l'Associació de marroquins de Figueres, de Roses i de Girona, i, pel que fa a la major part dels informants immigrants, a través de l'Escola d'Adults Les Bernardes de Salt. Una altra de les dificultats afegides era que aquesta part de la població immigrant havia de tenir un nivell de català o de castellà suficient per poder mantenir una conversa en aquestes llengües i explicar les seves experiències. Quedava la dificultat de trobar el bon moment per a l'entrevista amb persones que, en un principi, desconfiaven de les preguntes que els faríem, tot i que els presidents de les diferents associacions ja els havien posat en antecedents. Els llocs on es quedava per poder fer les entrevistes eren poc adients. Va ser per aquest motiu que vam decidir demanar ajuda a l'Escola d'Adults Les Bernardes. A partir de llavors, va ser més fàcil poder obtenir els immigrants que ens calien per acabar la part de les entrevistes i vam

⁶ Vegeu annexos

aprofitar que l'escola ens cedia les seves instal·lacions per poder fer-les, la qual cosa ens va facilitar molt la feina ja que finalment disposàvem d'un lloc on no hi hagués gaire fressa per fer els enregistraments.

La feina de les entrevistes també es veia dificultada perquè molts dels pacients no volien acabar-les perquè consideraven que eren massa llargues i alguns, tot i haver-hi quedat amb anterioritat per indicar-los quins eren els passos que s'havien de seguir, es feien enrera quan posàvem damunt la taula la gravadora; pensaven que l'entrevista en aquell moment deixava de tenir un caire anònim. Llavors l'enregistrament s'havia de parar i havíem de parlar amb ells i explicar-los que tan sols gravàvem la veu o que quedava poc per acabar l'entrevista.

Després de la realització dels enregistraments, vam transcriure les entrevistes. Un cop vam tenir feta la transcripció de les entrevistes, vam començar a fer el buidatge de totes les respostes que ens havien donat. El buidatge es va fer pregunta per pregunta. Va ser fàcil crear les variables a partir de les preguntes personals que formaven la primera part. De manera similar, les respostes que formaven part de la segona part, corresponent al qüestionari tancat, també van ser relativament fàcils de buidar, ja que les opcions de resposta eren, en la major part dels casos, quatre i cadascuna tenia un valor.

Va ser molt complicat atribuir els valors de les variables a partir de les preguntes obertes, ja que s'havien d'agrupar les respostes de les 63 entrevistes, sobre les quals s'havia de decidir si les respostes que no eren formalment la mateixa contenien el mateix tipus d'informació, per tal d'agrupar aquesta informació en el menor nombre de respostes possibles. En alguns casos, la dispersió de la informació o la seva riquesa ens proporcionava dades complementàries, que vam aprofitar per ampliar, qualitativament, els resultats quantitius il·lustrats a les gràfiques –vegeu l'apartat 5-.

Després de tenir totes les preguntes agrupades segons el tipus de resposta i les corresponents variables creades –un total de 101 per cada entrevista realitzada, vam passar-les al programa informàtic SPSS. Aquest programa permet fer múltiples combinacions entre les diferents variables del nostre estudi, però en el present treball tan sols hem combinat la variable procedència amb totes les altres variables, excepte les que feien referència a les dades personals.

Paral·lelament al procés de buidatge de les entrevistes, vam reorganitzar les dimensions del nostre estudi ja que agrupar-ne algunes clarificava la presentació i l'entesa de la informació obtinguda. Així doncs, les 8 dimensions que teníem en un primer moment (accessibilitat, capacitat de resposta, hàbit, confiança, comunicació, competència, seguretat i concepció de la malaltia), van quedar reestructurades de la manera següent:

→ Hàbits en relació al sistema sanitari			
→ Eficàcia del sistema sanitari públic	→ Accessibilitat al sistema sanitari		
	→ Competència atribuïda als professionals		
	→ Confiança	→ Personal	
		→ Situacional	
→ Comunicació entre el metge i el pacient			
→ Concepció de la malaltia			

La finalitat d'aquesta reestructuració era reduir les dimensions a tractar, ja que algunes de les preguntes realitzades a les entrevistes tenien la mateixa intenció però estaven enfocades des de diferents punts de vista i vam creure convenient agrupar-ne les respostes. Aquesta organització de les dimensions havia de facilitar l'entesa dels objectius del nostre estudi.

Així doncs, en cadascuna de les quatre dimensions pretenem analitzar:

Pel que fa a l'hàbit, si els pacients tenen el costum d'acudir al seu centre sanitari amb certa freqüència.

Quant a l'eficàcia del sistema sanitari públic, i en cadascun dels tres subgrups ens proposem valorar: en l'accessibilitat al sistema sanitari, si el centre facilita l'accés als seus pacients immigrants en diferents aspectes. En la competència atribuïda als professionals, si els pacients valoren com a competent el seu metge de capçalera, i en la confiança, si els pacients confien en el seu metge de capçalera i en el seu centre de salut.

En referència a la comunicació, si existeix una comunicació satisfactòria entre el metge i el pacient, tot i no compartir la mateixa llengua materna.

En relació a la concepció de la malaltia, si la cultura dels subjectes té alguna implicació directa en la concepció de la malaltia.

4.3. CONSIDERACIONS METODOLÒGIQUES

Quan realitzem un treball, sovint, per no dir sempre, pensem que l'estem fent de la millor manera, però a mesura que l'anem realitzant i més encara, quan l'estem acabant, ens adonem que, segurament, hauríem pogut fer les coses d'una altra manera. De fet, en aquest estudi, ens hem adonat de diferents coses que, de ben segur, amb l'experiència que tenim ara, les faríem diferent i ens facilitarien la feina. Hem considerat convenient comentar alguns dels aspectes que, si comencéssim de nou el treball, modificariem. Creiem que aquesta és una bona pràctica i que, en qualsevol recerca, cal tenir-la en compte, sense desmerèixer el rigor amb què en tot moment hem enfocat l'estudi.

Quan vam fer la divisió de la mostra per grups d'edat diferents vam creure oportú fer el primer grup més extens (de 24 a 34 anys), a partir de la nostra creença que les persones més joves són les que més sovint van acompanyades al metge. La veritat és que no ha estat així. Ens hem trobat amb molta gent que va acompanyada al metge per diferents motius que comentarem més endavant. És per aquesta raó que si haguéssim de tornar a fer l'estudi no faríem aquesta diferenciació i faríem tots els grups iguals.

Tal i com hem comentat a l'apartat 4.1., quan vam fer la divisió per grups d'edat, ens pensàvem que les persones que més ens costaria localitzar serien les persones immigrants de 49 a 55 anys amb estudis universitaris, però concretament pensàvem que no localitzaríem cap dona. Va ser una sorpresa per a nosaltres veure que havíem aconseguit totes les dones immigrants amb estudis universitaris que ens calien però que el que no havíem aconseguit era la totalitat de la mostra representada per homes immigrants amb estudis universitaris. Quan ens en vam adonar, vam posar-nos en contacte amb el Consorci per a la Normalització Lingüística per veure si a través d'ells

i dels seus contactes obteníem la persona que ens faltava per completar la mostra, però no vam tenir sort.

Vam optar per escollir persones immigrants que poguessin mantenir una conversa amb l'objectiu d'aconseguir una entrevista fluida on els pacients poguessin explicar les seves experiències. Crèiem que aquesta opció era correcta, tot i així, algunes de les persones que vam entrevistar ens van assegurar que no parlaven català ni castellà gaire bé i que amb el seu metge parlaven francès. També hi havia persones que ens van assegurar que sabien parlar català o castellà i a l'hora d'entrevistar-los vam veure que no en sabien, però gràcies a altres companys immigrants, que van fer de traductors entre l'entrevistat i nosaltres, l'entrevista es va poder fer ja que feien de traductors entre l'entrevistat i nosaltres. Així doncs, a causa de la manca de temps per realitzar les entrevistes, en alguns casos, ens vam veure obligats a fer-les en una llengua pont, en aquest cas el francès, o amb traductors. Hem constatat que el fet que els subjectes manifestessin poder comunicar-se en català o en castellà no sempre s'adiu amb la realitat, almenys al nivell necessari per respondre a una entrevista amb preguntes obertes.

5. RESULTATS

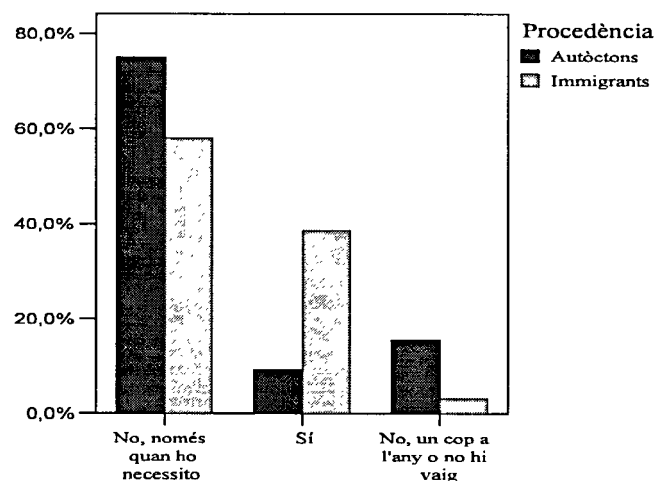
Per desenvolupar aquest punt del treball ho farem a partir de les dimensions que hem comentat a l'apartat anterior (4.2. Procediment), és a dir, analitzarem l'hàbit d'assistència al sistema sanitari, l'eficàcia dels centres de salut, la comunicació existent entre els dos interlocutors en la consulta i finalment, la concepció que tenen els subjectes de la mostra sobre la malaltia.

En primer lloc presentem les gràfiques que hem elaborat de l'anàlisi de les respostes dels entrevistats; tot seguit comentem cadascuna de les gràfiques i, en els casos en què ens ha semblat interessant, introduïm de forma qualitativa les observacions que els subjectes van incloure en les seves respostes.

5.1. HÀBIT EN RELACIÓ AL SISTEMA SANITARI

Hàbit d'anar al metge

Gràfic 1. Té l'hàbit d'anar al metge?

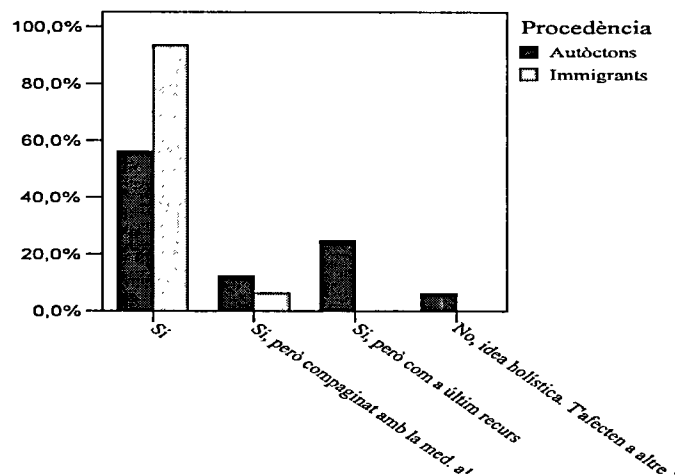


El gràfic mostra que la major part dels subjectes autòctons només va al metge un cop a l'any o quan ho necessiten. Els subjectes immigrants, en un tant per cent més baix que els autòctons, també asseguren que van al metge només quan ho necessiten i un altre tant per cent, que només hi va un cop a l'any. La diferència més clara rau en les respostes del "sí". Gairebé un 40% per cent dels immigrants afirmen que tenen

l'hàbit d'anar al metge de seguida que noten algun símptoma, mentre que els subjectes autòctons ho fan en una proporció molt menor.

Paper de la medicina en la cura de la salut

Gràfic 2. Creu en el paper de la medicina com a cura de la salut⁷

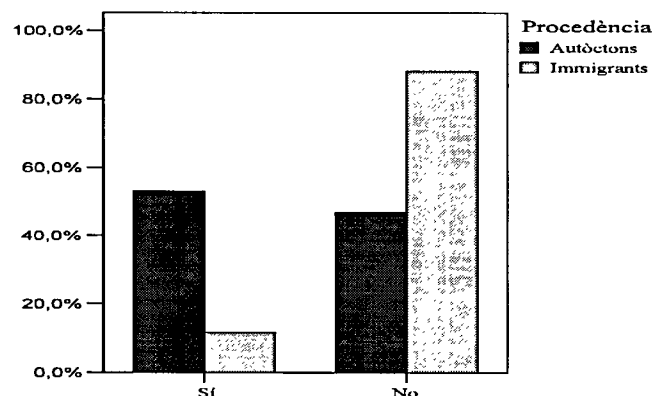


La gran majoria dels subjectes creuen en el paper de la medicina com a cura per a la salut. Ara bé, els subjectes immigrants, en un tant per cent més elevat que els autòctons, creuen en el paper únic de la medicina com a cura de la salut. Un altre tant per cent més baix dels dos grups de la mostra, creuen en el paper de la medicina tradicional però si es compagina amb altres medicines alternatives. Val a dir, però, que és la població autòctona la que té més tendència a usar la medicina alternativa. Només la població autòctona creu en la medicina tradicional com a últim recurs i, un nombre molt baix de la mostra autòctona considera que quan et prens medicines, et solucionen el problema que tens però que t'afecten altres llocs del cos.

⁷ Les variables creades no apareixen clarament a la gràfica. D'esquerra a dreta reproduïm el text íntegre de les variables incompletes: "sí, però compaginat amb la medicina alternativa", "No, idea holística. T'afecten a altres llocs".

Ús de medicines alternatives

Gràfic 3. *Ha provat alguna vegada medicines alternatives?*



Tal i com hem comentat a la gràfica anterior, només un tant per cent molt baix de la mostra creia en el paper de la medicina tradicional, compaginada, però, amb algun altre tipus de medicina. La gràfica ens mostra que és la població autòctona la que alguna vegada ha usat la medicina alternativa. Els subjectes immigrants l'utilitzen en menor proporció.

Els subjectes que van respondre afirmativament a la pregunta que acabem de comentar, els vam preguntar quines eren les medicines alternatives més usades i els dos subjectes immigrants es referien a les herbes remeieres, és a dir, no han provat cap altre tipus de medicines que la tradicional basada en la seva pròpia cultura, mentre que els subjectes autòctons asseguraven que havien provat altres medicines. De fet, la més destacada és l'acupuntura i seguidament, però en menor proporció destaquen l'homeopatia i la fisioteràpia. Un factor que cal tenir en compte és que cap de les persones entrevistades que pertany a la mostra de població autòctona ha assegurat que usava la medicina basada en remeis casolans, és a dir, cap entrevistat ha tingut en compte la cultura tradicional.

Els motius més comuns que van donar els subjectes autòctons quan els vam preguntar què els havia dut a provar un altre tipus de medicina diferent a la tradicional van ser els següents: «perquè la medicació que em va donar el metge de capçalera era molt forta i es pot suplir amb un altre tipus de medicina menys agressiva», «perquè la medicina tradicional no em va solucionar els problemes» i «perquè la sanitat pública triga molt a donar-te l'hora de la visita i els resultats de les proves».

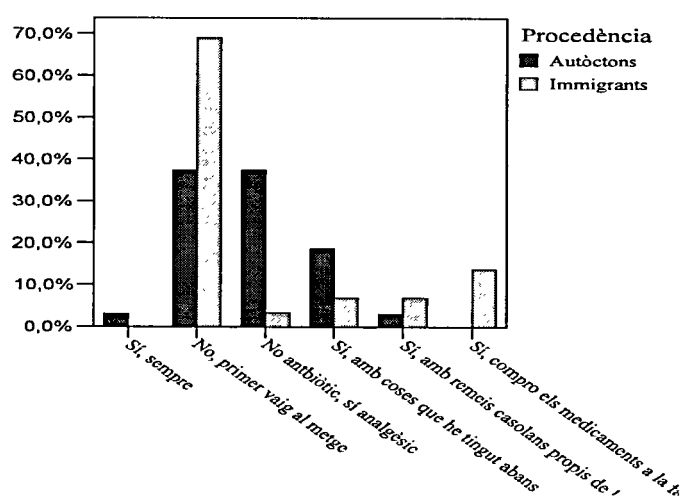
També els vam preguntar si la medicina alternativa havia satisfet les necessitats que es veien insatisfetes amb la medicina tradicional i gairebé la totalitat

dels subjectes autòctons ens van respondre que sí, mentre que els subjectes immigrants ens van assegurar que creien més en la medicina tradicional i que a més a més, no tenien cap mena d'intenció de provar cap tipus de medicina alternativa.

Automedicació

Pel que fa als hàbits d'automedicació, com es pot observar a la gràfica 4, la població immigrant va ser la que va respondre, en un tant per cent més elevat que l'autòctona, que no s'automedicaven mai, que primer anaven al metge. Els autòctons són els que van respondre, en major proporció, que sí que s'automedicaven però que ho feien amb malalties que ja havien tingut abans i que els semblava que eren el mateix. Al gràfic també observem de manera força evident que només els subjectes immigrants són els que van directament a la farmàcia a comprar els medicaments que necessiten sense haver anat abans al metge. També observem que l'automedicació, però en un tant per cent força reduït, és també considerada com a ingestió de remeis casolans de la pròpia cultura.

Gràfic 4. *S'automedica*⁸?

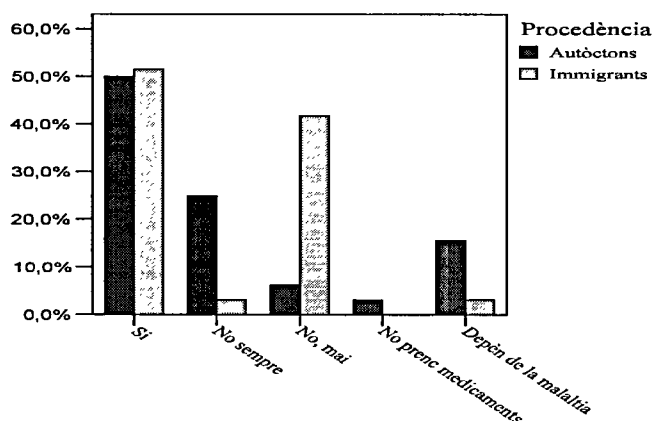


⁸ Les variables creades no apareixen clarament a la gràfica. D'esquerra a dreta reproduïm el text íntegre de les variables incompletes: "sí, amb remeis casolans propis de la cultura", "sí, compro els medicaments a la farmàcia".

Seguiment de la medicació

Quant al seguiment de la medicació (gràfic 5), podem observar un cas bastant curiós. La població immigrant entrevistada reparteix les seves respostes en dues variables; o bé fan el seguiment de la medicació fins al final (51% aproximadament) o bé no el fan mai (42%), mentre que un grup mot reduït assegura que el seguiment el fa depenent de la malaltia que tingui o depèn de les circumstàncies. Pel que fa als subjectes autòctons, la meitat de la mostra afirma que el seguiment el fa sempre (50%) i l'altra meitat de la població considera que o bé el seguiment no el fa mai (5%), que no en tots els casos realitza tot el tractament (25%) o que el seguiment el fa depenent de la malaltia que tinguin (15% aproximadament). Un grup molt reduït assegura que no sol prendre medicaments.

Gràfic 5. *Fa el seguiment de la medicació fins al final del tractament?*

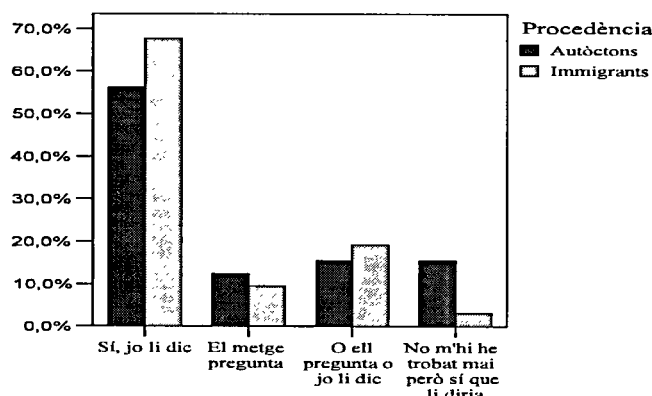


Coneixement del metge de la medicació que pren

Gràfic 6. *Li diu al metge els altres medicaments que es pren?*

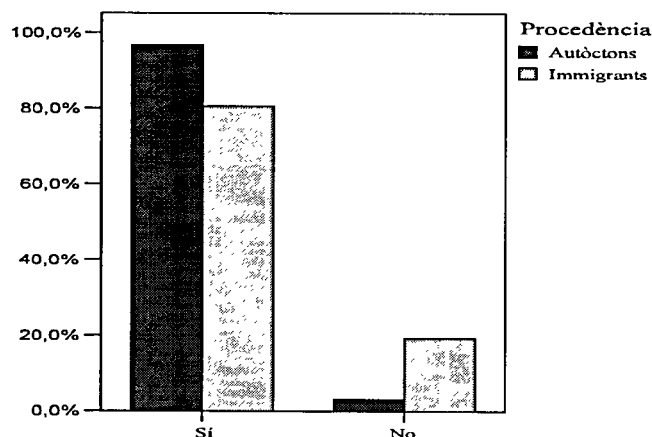
Segons s'observa al gràfic, en la major part dels casos, són els mateixos subjectes els que diuen al metge els altres medicaments que pot ser que s'estiguin prenent en el moment de la consulta. En altres casos, és el metge qui fa la pregunta. D'altres membres de la mostra asseguren que és el metge que pregunta o que són ells mateixos qui diuen els medicaments que s'estan prenent, és a dir, si el metge no ho pregunta (tant pot ser perquè encara no ha arribat el moment de fer la pregunta o perquè se li passi per alt), és el mateix subjecte qui li diu al metge. A la resta dels

casos ens trobem amb subjectes que no s'han trobat mai en aquesta situació, però afirmen que si es donés el cas, sí que li ho dirien al metge.



Coneixença dels efectes negatius de la ingestió d'altres medicaments

Gràfic 7. Sap que pot tenir efectes contraproductius?



Com es pot observar a la gràfica, és evident que gairebé el 100% de la població autòctona sap que prendre's dos medicaments alhora pot ser perjudicial per a la salut ja que els dos medicaments poden interaccionar entre ells. Un tant per cent molt baix assegurava que no sabia que la ingestió simultània de diferents medicaments podia ser perjudicial per a la salut. Pel que fa a la mostra de la població immigrant, la major part dels entrevistats afirmava que sí que coneixia la possible interacció entre els medicaments, tanmateix cal destacar que un 20% dels entrevistats immigrants responia que no ho sabien.

• ***Síntesi de resultats***

Pel que fa a la dimensió de l'hàbit d'assistència al sistema sanitari observem que els subjectes immigrants acudeixen al seu metge de capçalera amb més assiduïtat quan pateixen alguna afecció que no pas els subjectes autòctons. Aquests darrers afirmen que només van al metge quan ho consideren necessari i no pas als primers símptomes. Aquest hàbit d'assistència als centres de salut per part de la població immigrant repercuteix en el fet que gairebé tots els subjectes d'aquest grup de la mostra asseguruen que no s'automediquen i que prefereixen consultar amb el metge allò que s'han de prendre o fins i tot, ho consulten amb el farmacèutic, però no ingereixen medicaments per decisió pròpia tal i com ho fan els subjectes autòctons. Tot i que gairebé la totalitat dels subjectes immigrants assegura confiar en la medicina tradicional, un nombre important afirmen que no segueixen fins al final el tractament que els ha aconsellat el seu metge de capçalera. Entre els subjectes de la mostra autòctona, tot i que són majoria els que confessen que no confien únicament en la medicina convencional, són molt pocs els que diuen no acabar mai el tractament que els ha prescrit el metge i donen respostes matisades ("no sempre [acabo el tractament]", "depèn de la malaltia") en proporcions relativament importants.

Els subjectes que més creuen en el paper de la medicina tradicional com a cura de la salut són els immigrants; els autòctons també hi creuen però amb matisos, és a dir, creuen en la medicina tradicional però compaginada amb altres tipus de medicines alternatives que, segons diuen, augmenten l'efectivitat de la medicina convencional. Les medicines alternatives només són usades per una mica més de la meitat de la població autòctona entrevistada, mentre que els subjectes immigrants, gairebé en la seva totalitat, asseguruen que no les han usat cap vegada.

Els dos grups de la mostra asseguruen que la informació sobre si prenen algun medicament diferent dels que els recreen al centre de salut sempre la demana el metge o l'avancen ells mateixos, de manera que, tal i com afirmen la major part dels informants, és una informació que s'ha de donar i demanar per evitar els possibles efectes contraproductius que es poden donar entre diferents medicaments.

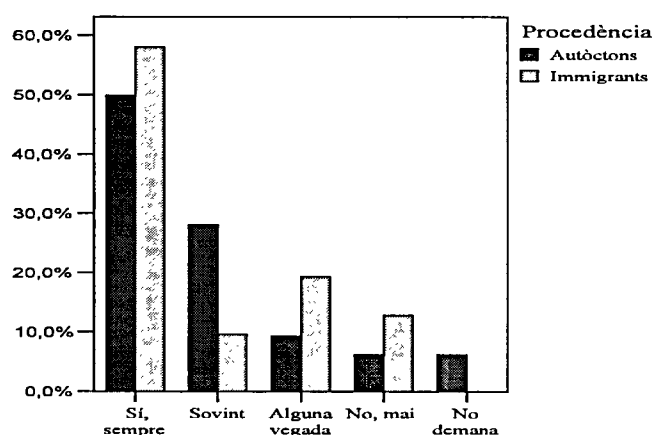
5.2. EFICÀCIA DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC

El punt que tractem a continuació es divideix en tres subgrups segons la temàtica de les preguntes que vam fer als nostres entrevistats. En primer lloc tractarem l'accessibilitat al sistema sanitari, en el segon punt la competència atribuïda als professionals i en darrer lloc, la confiança que té el pacient quan s'ha de dirigir al seu centre sanitari.

5.2.1. ACCESSIBILITAT AL SISTEMA SANITARI

Eficàcia en l'atenció personal del centre sanitari

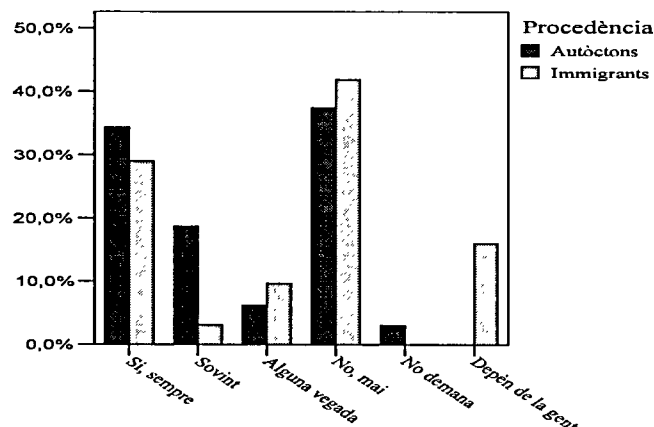
Gràfic 1. Quan va al seu Centre d'Atenció Primària, l'atenen ràpidament?



La gràfica ens mostra que més del 50% del total de la població immigrada i el 50% de la població autòctona enquestada pensa que l'atenció personal que rep en el seu CAP és favorable, és a dir, quan arriben al seu Centre l'atenció és ràpida i no s'han d'esperar gaire estona que la infermera els atengui. Mentre que al voltant d'un 10% afirma que l'atenció que reben no és immediata i que han d'esperar-se molta estona perquè siguin atesos. Sovint i alguna vegada són els valors més neutrals que mostren que l'atenció varia segons el dia.

Eficàcia en les hores de visita proporcionades pel centre sanitari

Gràfic 2. El centre li dona una hora pròxima al dia de la demanda?

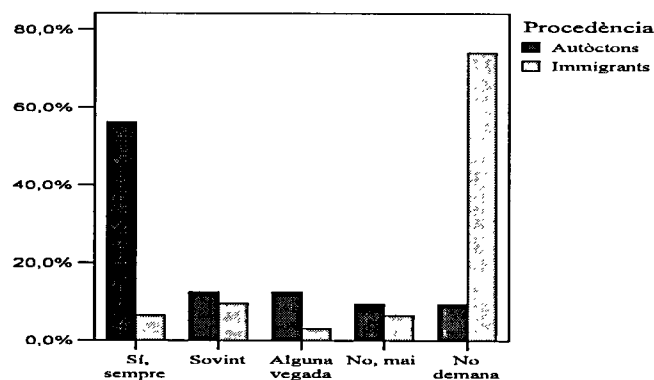


Tot i que la major part dels subjectes de la mostra ens van respondre que l'atenció que rebien en el seu centre sanitari era immediata, tal i com acabem de veure, ens vam trobar amb una altra realitat quan els vam preguntar si les hores que els donaven eren prou aviat o si, al contrari, eren per a uns quants dies més tard. Més del 40% dels immigrants i més del 35% dels autòctons, ens van assegurar que mai els donaven una hora pròxima, és a dir, que s'havien d'esperar un parell de dies com a mínim per poder ser atesos pel seu metge de capçalera. D'altres, concretament més del 33% dels subjectes autòctons i gairebé el 30% dels subjectes immigrants responien que sempre, l'hora que els donaven les infermeres era immediata. Són els subjectes immigrants (17%) els únics que pensen que l'hora que et donen al centre de salut és un factor que depèn directament de la quantitat de gent que hi ha en el centre en el moment que demanes la visita. Tan sols els subjectes autòctons asseguren no demanar l'hora personalment tal i com ens han confirmat a la gràfica anterior.

Eficàcia telefònica del centre sanitari

Tant els subjectes autòctons com els immigrants "alguna vegada" o "sovint" han demanat l'hora per telèfon però els casos més representatius els trobem, per una banda, amb els subjectes immigrants que no demanen l'hora per telèfon, sinó que ho fan personalment, i de l'altra, els subjectes autòctons que tendeixen a demanar l'hora per telèfon més que no pas fer-ho en persona.

Gràfic 3. Quan demana hora telefònicament, el centre l'atén ràpidament?



Eficàcia en les hores de visita proporcionades pel centre telefònicament

Seguidament (gràfic 4), vam preguntar si les hores que els donaven satisfien les seves necessitats pel que fa als horaris de visita que els donaven o si les hores que els proporcionaven eren amb certa distància respecte el dia que les van demanar. Les respostes més comunes entre els subjectes autòctons eren bastant diferents, és a dir, més d'un 33% de la població autòctona asseguraven que les hores que els oferien eren immediates, mentre que un 40% de la població immigrant asseguraven que les hores ofertes eren amb molts dies de diferència respecte el dia que les van demanar. Gairebé la totalitat dels subjectes immigrants confirmaven, tal i com hem vist a la gràfica que acabem de comentar, que no demanaven l'hora per telèfon i que preferien demanar-la personalment en el seu centre de salut. Una part de la població immigrant preferia demanar l'hora a través d'internet abans que fer-ho per telèfon.

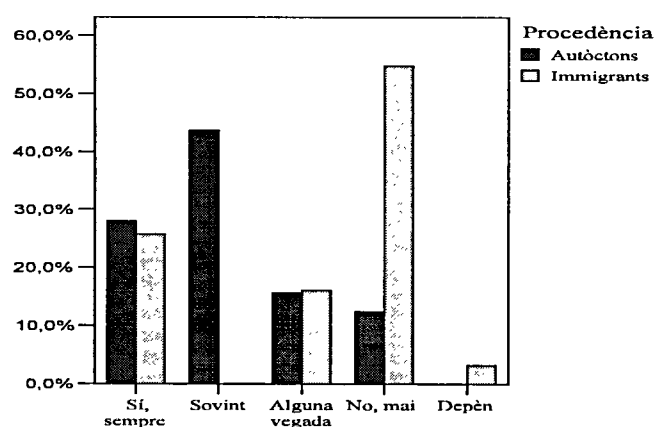
Els subjectes autòctons que afirmen que demanen l'hora per telèfon ho fan, segons diuen ells, per la manca de temps per poder desplaçar-se al seu centre de salut, mentre que els subjectes immigrants no especificaven el motiu.

Compliment de les hores concertades amb el metge

En el gràfic 5 observem que hi ha un tant per cent molt elevat dels subjectes immigrants que creuen que les hores que tenen prèviament concertades amb el seu metge de capçalera no es compleixen mai, mentre que els subjectes autòctons no ho veuen de la mateixa manera, és a dir, hi ha un tant per cent més elevat que creu que les hores es compleixen sovint o sempre.

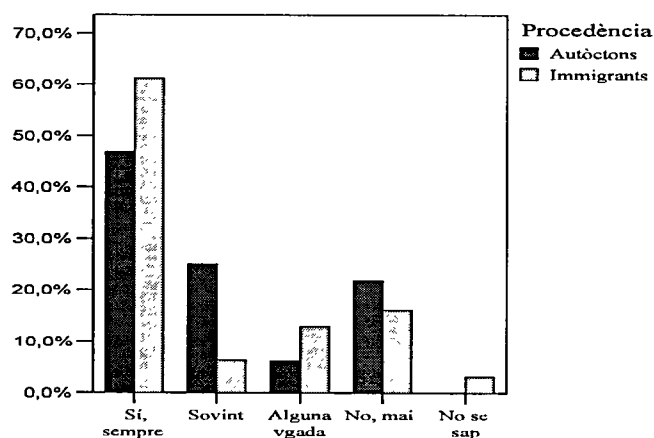
Els subjectes autòctons són els únics que a l'hora de respondre van tenir en compte les visites d'urgències. Creuen que les hores concertades amb el seu metge sempre es compleixen excepte quan es tracta d'una urgència però que de totes maneres consideren normal el fet que passin per davant seu sense hora prèvia. Els dos grups de la mostra ens van afirmar que el temps d'espera és normal ja que el metge dedica més temps del reglamentari a les seves visites, de tal manera que a cada subjecte també li agrada que el metge dediqui el temps suficient perquè ambdós interlocutors es puguin explicar sense tenir en compte el rellotge.

Gràfic 5. *Es compleixen les hores concertades amb el seu metge de capçalera?*



Compliment dels torns de les visites

Gràfic 6. *Es compleixen els torns de les visites?*

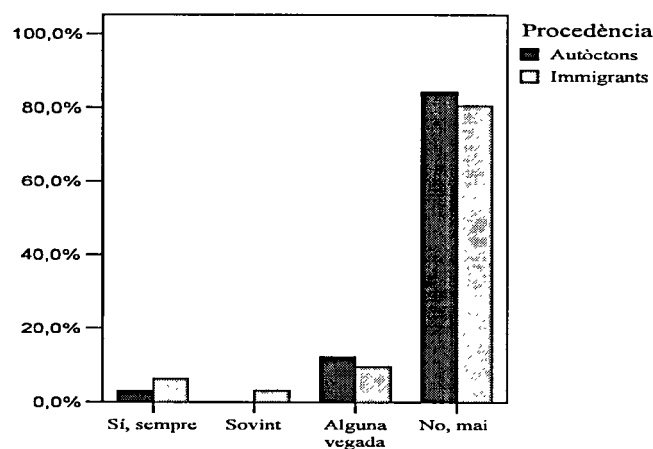


Com podem observar de manera bastant clara a la gràfica, els dos grups entrevistats pensen de manera general que el torn de les visites es manté, és a dir, que no hi ha gairebé ningú que no respecti els torns. Alguns dels subjectes immigrants no han contestat a la pregunta ja que creuen que això és una cosa que no es pot saber, que el metge va cridant la gent i que ningú pot saber si el que passa és amic del metge o li han fet un favor per entrar abans i/o sense hora. Una part de la mostra assegura que alguna vegada o que sovint s'han trobat amb casos on hi ha hagut algú que ha passat per davant de la gent que es trobava a la sala d'espera.

Tan sols un tant per cent molt baix de la mostra entrevistada afirmava que no es respecten els torns. No existeix, segons diuen, un causant directe d'aquest salt de torn, sinó que es reparteix entre el metge, el personal sanitari, el subjecte autòcton i el subjecte immigrant. Hem observat que només els subjectes immigrants creuen que els mateixos subjectes immigrants són els que salten els torns, mentre que no hi ha cap subjecte autòcton que pensi que qui salta el torn és el subjecte immigrant.

Existència de discriminació en el centre de salut

Gràfic 7. *Alguna vegada ha notat o ha sentit discriminació en el seu Centre d'Atenció Primària?*

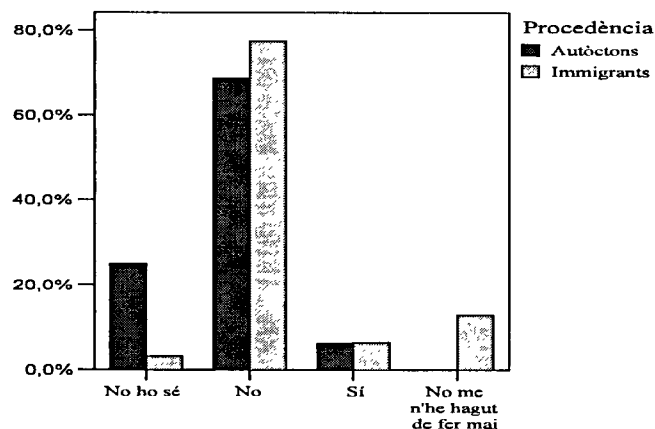


Quan als entrevistats se'ls va preguntar si alguna vegada havien sentit discriminació en el Centre d'Atenció Primària, un gran nombre ens va dir que no, que mai s'havien sentit discriminats, que sempre els havien tractat amb respecte. A la gràfica se'ns mostra que només un tant per cent molt baix, que està molt igualat entre les dues cultures, afirma que en el seu Centre alguna vegada o sovint sí que els han tractat de manera discriminada. Els entrevistats que responen al perfil de "sí, sempre",

s'han sentit discriminats en casos molt especials; no existeix però, un causant directe d'aquesta discriminació, sinó que es reparteix entre el metge, el personal sanitari, el subjecte autòcton i el subjecte immigrant.

Compliment de les demandes dels usuaris

Gràfic 8. Creu que en el seu CAP es tenen en compte totes les demandes dels usuaris?



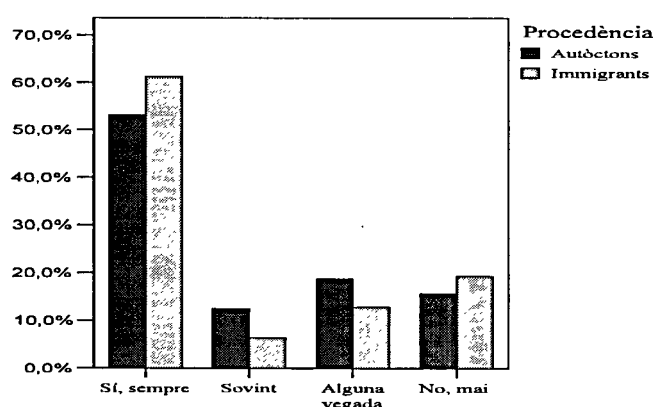
A la gràfica que tenim a continuació podem observar de manera molt clara com gairebé tota la població, tant immigrada com autòctona, pensa que en els Centres d'Atenció Primària no es tenen en compte les demandes dels usuaris, de manera que moltes de les demandes queden insatisfetes. Hi ha un grup menor de la població autòctona, que representa un major nombre que no pas el de la població immigrada, que no sap si el CAP respon de manera satisfactòria a les seves demandes. Un grup reduït, però en aquest cas només de subjectes immigrants, afirma no haver fet mai ús dels serveis del seu centre. D'altra banda, existeix un nombre molt reduït i més o menys igualat de subjectes autòctons i immigrants que assegura que el seu centre satisfà les seves necessitats.

A la població que ens va respondre que el centre no satisfia les seves demandes, els vam preguntar quines eren les mancances que patia el seu centre. La major part de les persones van coincidir en la resposta. Tant els autòctons com els immigrants pensaven que les plaques de raigs-X i els especialistes eren les grans mancances que tenien els centres de salut pública. Gairebé un 20% dels subjectes autòctons va respondre que no sabia quines eren les demandes que no eren satisfetes, mentre que aproximadament un altre 20% va comentar que el que mancava

en els centres de salut era ràpida a l'hora de donar les hores de les visites i d'atendre els seus pacients. Com a curiositat exposarem un dels comentaris que ens va fer un subjecte autòcton quan li vam fer la pregunta: «el que manca en els centres de salut és bon humor».

Satisfacció de la durada de les visites

Gràfic 9. Creu que amb el temps que duren les visites té temps d'explicar-li al metge tot el que li passa?

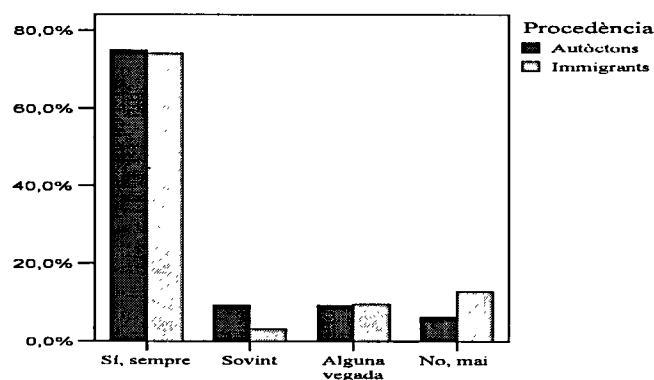


El temps que els metges dediquen a les consultes segons els seus subjectes és satisfactori en un tant per cent bastant elevat en els dos grups de la mostra de la població. Hi ha un grup de la població que considera que els metges, només en determinats moments o en determinades situacions, sí que dediquen el temps suficient però que no ho fan totes les vegades que els subjectes acudeixen a les consultes. Tan sols, un grup reduït creu que el temps que dediquen els metges a les consultes amb els seus subjectes no és suficient.

Satisfacció en la durada que el metge dedica a atendre el subjecte

El temps que els metges dediquen a les consultes segons els seus subjectes és satisfactori en un 75% dels casos dels subjectes autòctons i en gairebé un 75% dels subjectes immigrants. Tot i que aquesta dada és poc representativa en el conjunt, observem que entre les persones que responen que el temps que dediquen els metges a atendre les seves consultes no és suficient, els immigrants hi són en un tant per cent més elevat que els autòctons.

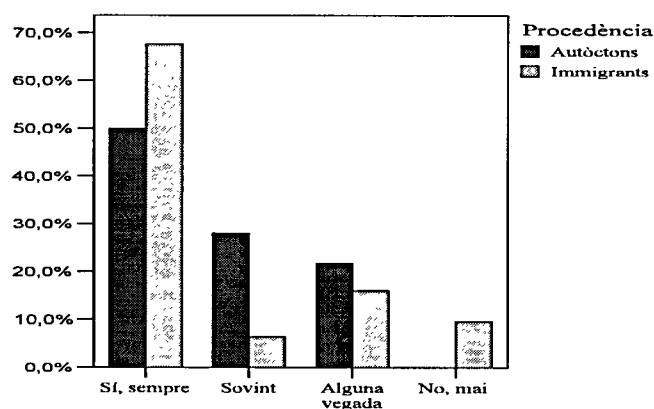
Gràfic 10. *Creu que amb el temps que duren les visites el metge té temps de fer-li el diagnòstic?*



5.2.2. COMPETÈNCIA DELS PROFESSIONALS

Resolutivitat del metge

Gràfic 1. *Creu que el metge és resolutiu i li soluciona els problemes que li planteja?*

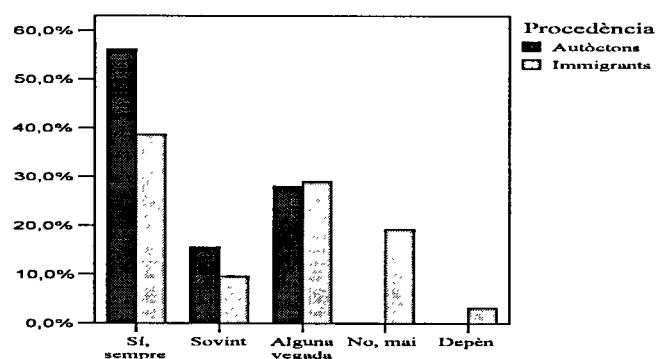


Aquesta gràfica respon a dues preguntes que es van realitzar de manera separada a la mostra. Ambdues preguntes eren bastant iguals pel que fa al contingut que se'n volia extreure però el que s'intentava era observar si existia alguna petita diferència entre les respostes pel que fa a la resolució de problemes i a l'efectivitat del metge, però no ha estat així. Per tant, el comentari de les dues gràfiques serà conjunt ja que els resultats han estat els mateixos.

La major part dels enquestats considera que el metge és resolutiu i que soluciona els problemes plantejats; però també hi ha una part de la població que no ho veu de la mateixa manera. En un tant per cent més baix, una part de la població enquestada considera que ni el metge és resolutiu ni els soluciona els problemes en determinades ocasions o mai. Cal tenir en compte, tal i com es veu a la gràfica, que els únics que pensen que el metge no és resolutiu són els immigrants en un 10%.

Metge oportú

Gràfic 2. Creu que el metge és oportú i fa les coses al seu temps?



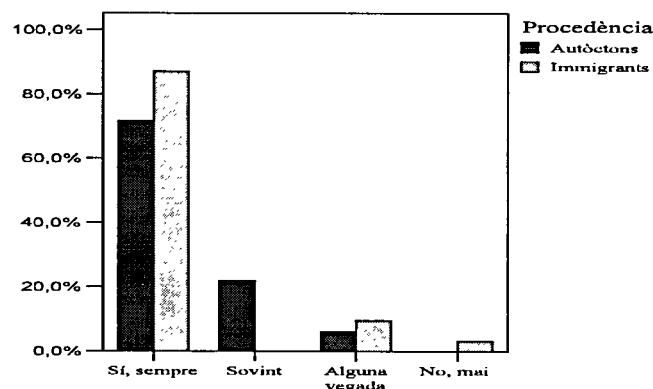
Si el metge és oportú o si fa les coses al seu temps, són les dues preguntes que analitzem de manera conjunta a la següent gràfica. El tant per cent més alt no coincideix amb el de la gràfica anterior, és a dir, el tant per cent més alt pertanyia als immigrants que asseguraven que el metge era resolutiu, i en aquesta gràfica observem que és la població autòctona la que respon afirmativament en un tant per cent més alt a la pregunta de si el metge és oportú. Podem veure que existeix una relació entre les dues gràfiques. Si el metge és resolutiu i si soluciona els problemes que li plantejem, té una relació directa amb si el metge és oportú i si fa les coses al seu temps. Així doncs, en el primer grup de preguntes són els subjectes immigrants els que responen de manera afirmativa, mentre que en el segon cas són els subjectes autòctons.

Tracte del metge

Els subjectes immigrants són els que responen en un tant per cent més alt als dos extrems de respostes, és a dir, responen que el tracte del metge és bo, però

alguns dels subjectes també responen que el tracte del metge no ha estat gaire bo mai, això sí, en un tant per cent més baix tal i com es mostra la gràfica. Les barres també ens indiquen que el tracte que reben els subjectes autòctons ha estat bo sempre, sovint o alguna vegada, però mai ha estat negatiu.

Gràfic 3. *Rep bon tracte per part del metge durant la visita?*

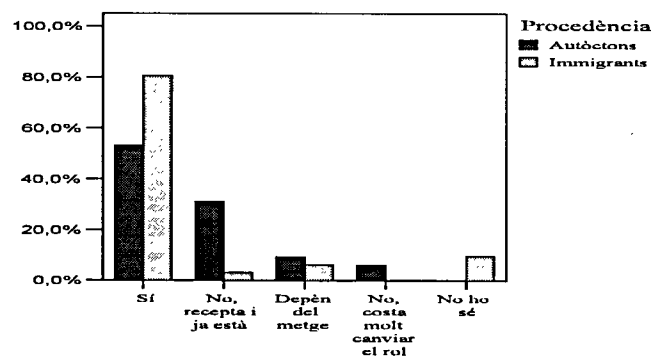


Consciència del metge del desconeixement dels subjectes

La gràfica 4 ens mostra que un 80% dels subjectes immigrants pensa que el metge és conscient del poc coneixement que tenen alguns subjectes sobre la medicina i que les interpretacions entre uns i altres no és compartida. També pensen el mateix més d'un 50% dels subjectes autòctons. Existeix també un 30% aproximadament de la població autòctona i un tant per cent molt baix de la població immigrant que creu que el metge no és conscient d'aquest fet i que es limita a receptar el medicament que pensa que més s'adiu a les seves necessitats o que el metge no és conscient (pel que fa a un altre tipus de variable) perquè li costa molt canviar el rol que ha adoptat des de fa tants i tants anys. Una petita part de cada grup també coincideixen a dir que la consciència sobre el desconeixement o el coneixement depèn de cada metge; hi ha metges que sí que ho tenen en compte mentre que n'hi ha d'altres que no ho tenen en compte.

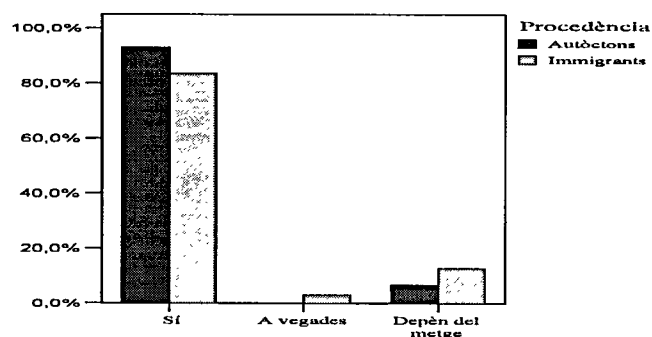
Alguna de les persones entrevistades, tant immigrants com autòctons, ens van comentar que hi ha metges d'avançada edat que encara pensen que la seva figura és intocable. El metge és, asseguren, una persona com nosaltres que ha estudiat una carrera universitària i que és humana i que es pot equivocar.

Gràfic 4. Creu que el metge és conscient del poc coneixement que tenen alguns pacients i que les interpretacions, sovint, no són compartides entre un i altre?



Competència del metge

Gràfic 5. Creu que el metge és competent en la seva feina?

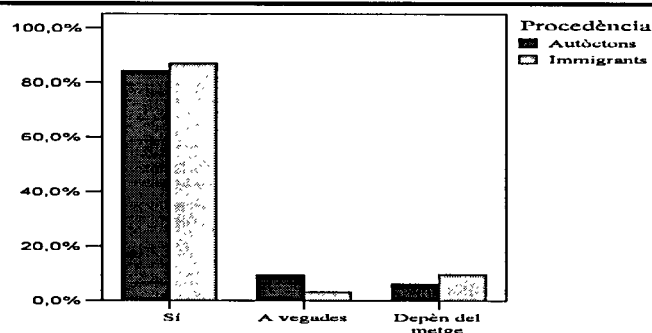


Aquesta gràfica i la següent poden tenir el mateix comentari tot i que la variable "a vegades" no té el mateix nombre de respostes i repercuteix en la variable "sí".

La major part dels entrevistats opinen que el metge és competent en la seva feina. Són els subjectes autòctons els que ho creuen en un tant per cent més alt que els subjectes immigrants. Una petita part d'aquest darrers són els únics que pensen que el metge només és competent a vegades, mentre que un tant per cent molt baix dels subjectes autòctons i immigrants pensen que la competència del metge només depèn del metge.

Professionalitat del metge

Gràfic 6. Creu que el metge és un bon professional?



La major part dels entrevistats opinen que el metge és un bon professional, tot i que hi ha una petita part que afirma que només ho és a vegades i la professionalitat depèn de cada metge. La totalitat dels subjectes immigrants que han respost que no creuen que el metge sigui un bon professional o que no és competent en la seva feina, pensen que el metge no dedica l'atenció necessària a cada pacient i que és molt dur i poc delicat a l'hora d'atendre'ls. Pel que fa a les respostes que ens han donat els subjectes autòctons es poden dividir en quatre grups diferents. En el primer grup, el subjecte pensa que el metge és un bon professional i que és competent en la seva feina perquè li agrada molt la feina que fa. En el segon grup, els subjectes autòctons pensen de la mateixa manera que els subjectes immigrants, és a dir, pensen que l'atenció no és la que es mereixen els subjectes i que el tracte és dur i poc delicat. Pel que fa al tercer grup de respostes, els subjectes creuen que tot depèn del metge que els atén durant la visita, i en darrer terme, pensen que a vegades han demanat una segona opinió a un altre metge perquè en un principi desconfiaven del que els havien dit, però s'han adonat que la segona opinió ha resultat ser la mateixa que els havien donat en una primera instància.

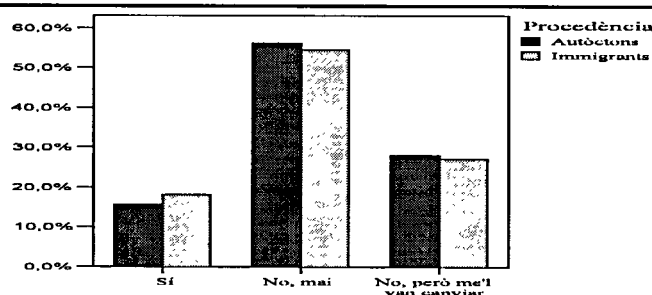
Canvi de metge

Més d'un 50% de la població autòctona i de la població immigrant afirma que mai ha demanat canvi de metge. Més d'un 15% dels autòctons i aproximadament un 20% dels immigrants assegura que alguna vegada ha demanat canvi de metge i gairebé un 30% d'ambdós grups diu que han canviat de metge alguna vegada però que el canvi no l'han demanat ells, sinó que el canvi els ha vingut imposat des del centre de salut.

Gairebé el 70% de les persones immigrades enquestades afirmaven que han canviat de metge per qüestions culturals, és a dir, aquest tipus de subjectes prefereix tenir un metge del seu mateix sexe; concretament, una de les persones entrevistades ens va confessar que preferia una persona del seu mateix sexe per tres motius: «per la meua religió, per la vergonya i perquè una dona té el mateix que jo». La part que resta dels subjectes immigrants asseguren que han canviat de metge per la nova ordre de canvi de metge i no per voluntat pròpia. Els subjectes autòctons asseguren que els ha passat el mateix en major proporció que en el cas dels subjectes immigrants. A més del canvi de metge per la nova ordre, els subjectes autòctons asseguren que han hagut de canviar de metge per les raons següents: perquè el de capçalera no els solucionava els problemes que li plantejaven, per proximitat geogràfica, per la mort del metge que havia tingut anteriorment i per negligència total i absoluta del metge. Un fet que cal tenir en compte és que els subjectes autòctons no han tingut en compte el sexe del metge a les seves respostes, mentre que els subjectes immigrants sí que ho han fet.

A les persones que ens van afirmar que sí que havien demanat canvi de metge, vam demanar-los si se'ls havia ofert la possibilitat de canviar i la major part de les persones enquestades ens van respondre que sí. Tan sols un 20% dels subjectes immigrants van respondre que no i, per tant, van haver de continuar amb el que els havia estat imposat. Un 60% dels immigrants i més d'un 15% dels autòctons asseguraven que havien pogut canviar de metge i que havien tornat al que tenien abans del canvi. Gairebé un 70% i un 20% dels subjectes autòctons i dels subjectes immigrants respectivament afirmaven que sí que havien pogut canviar de metge i que ho havien fet. Més d'un 15% dels subjectes autòctons asseguraven que el canvi de metge se'ls havia ofert però que van decidir no fer el canvi perquè se sentien bé amb el metge que els havia tocat.

Gràfic 7. Ha demanat canvi de metge alguna vegada?



5.2.3. CONFIANÇA

Aquest punt que analitzarem a continuació tracta de la confiança, però hem optat per dividir les preguntes que vam realitzar als nostres entrevistats segons si el seu contingut es referia a la confiança personal o a la confiança situacional (vegeu apartat 4.2.). Quan parlem de la confiança personal ens referim a la confiança del pacient respecte al metge i quan parlem de la confiança situacional ens referim a la confiança que li proporciona el centre.

5.2.3.1. CONFIANÇA PERSONAL

Confiança en el metge

Gràfic 1. *Confia en el seu metge de capçalera?*



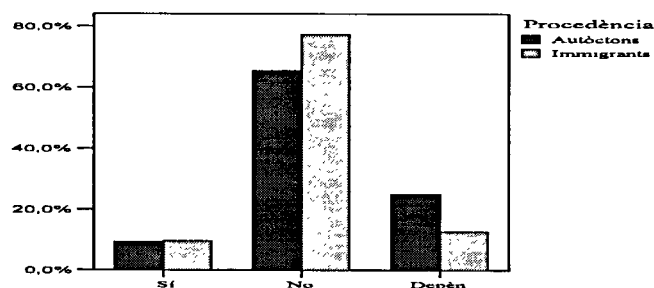
Són els subjectes immigrants, els que en la seva majoria, més confien en el seu metge, però alhora també trobem un petit grup d'aquests mateixos subjectes que no hi confien gens. Els subjectes autòctons no són tan dràstics a l'hora de respondre. La major part sí que confien en el metge en un 62% però un 30% no hi confia del tot, però el grau de confiança, d'alguna manera, existeix. Les persones que ens han assegurat que no confien en el metge és degut al fet que els han canviat el metge moltes vegades, la qual cosa fa, segons ells, que no puguin acabar d'agafar-hi prou confiança perquè costa molt explicar els dolors i les sensacions a una persona desconeguda. La variable "altres" inclou dos tipus de respostes que en el fons volen dir el mateix. D'una banda, ens van respondre que sí que confiaven en el seu metge de capçalera però tan sols per a les coses petites i sense gaire importància, i, de l'altra,

que sí el metge els digués que tenien alguna cosa greu, demanarien una segona opinió a un altre metge.

Per tant, la majoria dels subjectes immigrants i dels subjectes autòctons afirmen que confien en el seu metge per explicar-li tot el que els passa. També consideren que tot i confiar en el metge, a vegades es queden amb dubtes (aproximadament un 30% dels autòctons i un 10% dels immigrants). Però només un tant per cent força baix, assegura no confiar en el seu metge i que, a més a més, a vegades no pregunta sobre els dubtes que té perquè pensa que són «tonteries».

Algú l'acompanya al metge

Gràfic 2. L'acompanya algú al metge de capçalera?



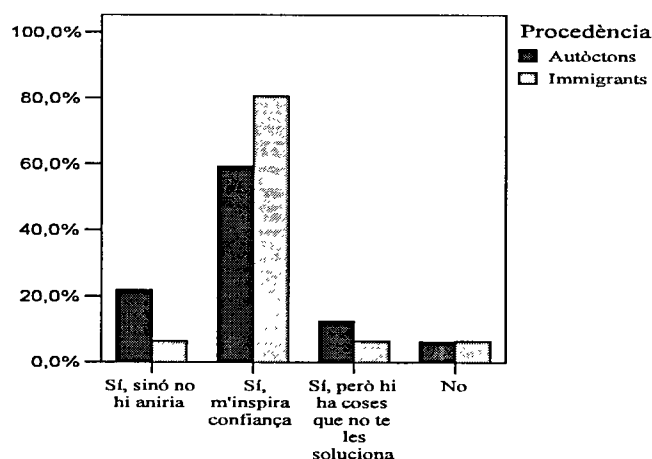
La gràfica ens mostra clarament que pràcticament el mateix nombre de persones de cada grup van acompanyades d'algú al metge; cal tenir en compte que és un tant per cent molt baix. A la major part de la població no els cal anar acompanyats de ningú. El tant per cent més alt, però, pertany a les persones immigrades; és a dir, és aquest grup de població el que és mostra més autosuficient a l'hora d'anar a la consulta del metge. Sembla que són els subjectes autòctons els que, depenent de la situació, van acompanyats d'algú al metge en major mesura que els immigrants, però en tot cas, les diferències són petites.

Quan aprofundírem en aquesta qüestió els subjectes immigrants responien que a l'hora d'anar a la consulta del seu metge prefereixen la presència i la companyia d'un amic o del seu fill. El marit o la mare/pare també és una opció però queda en segon terme. Pel que fa als subjectes autòctons, prefereixen la presència dels pares, de la dona o del marit. Cal destacar un fet força rellevant: els subjectes immigrants, en cap dels casos enquestats, van respondre que preferien la dona perquè fos la persona que els acompanyés al metge en cas que fos necessari.

Pel que fa als subjectes immigrants, cal destacar que la major part respon que el motiu pel qual van acompanyats d'algú al metge és perquè els costa expressar-se, o bé perquè no saben parlar gaire bé el català o bé perquè es volen assegurar que ho han entès tot al final de la consulta. Per tant, el desconeixement de la llengua del metge és un factor que dificulta la relació entre el metge i el subjecte immigrant, ja que els subjectes autòctons no han emprat aquest tipus de resposta a l'hora de contestar a l'enquesta. La resposta que sí que comparteixen ambdós grups, és que sí que van acompanyats al metge depenent de les obligacions familiars o perquè et pots trobar malament si has d'anar a fer-te alguna prova. Els subjectes autòctons són els únics que responen que la companyia dels pares o de l'espòs / esposa és tan sols per l'experiència que poden tenir o perquè la mare / pare es queda més tranquil·la si hi va.

Seguretat que dona el metge quan es té algun tipus d'afecció

Gràfic 3. *Se sent segur anant al metge quan té alguna afecció?*



La major part de la població entrevistada opina que sí que se sent segura anant al metge quan té alguna afecció però cal dir que amb diferents matisos entre uns i altres. Un 60% i un 80% de subjectes autòctons i immigrants respectivament opinen que el metge els inspira confiança. Més d'un 20% dels autòctons i aproximadament un 5% dels immigrants afirmen que si el metge no els oferís seguretat no anirien a la seva consulta. Una mostra més reduïda d'ambdós grups afirma que confien en el metge però que hi ha coses que un metge no te les pot solucionar. Per acabar, existeix una petita part de la mostra on els dos grups asseguren que no se senten gens segurs quan tenen alguna afecció i van al metge.

5.2.3.2. CONFIANÇA SITUACIONAL

Existència d'intimitat

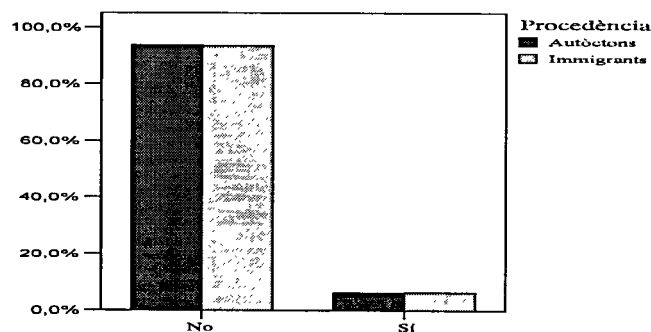
Gràfic 1. *Existeix suficient intimitat per explicar-li al metge tot el que li passa?*



Com podem observar en el gràfic, la major part de la mostra d'ambdós grups opinen que sí que existeix prou intimitat amb el metge per explicar-li tot el que els passa. Bastant menor és el tant per cent que opina que el metge no li transmet suficient confiança per poder explicar-li tots els seus dubtes i temors, mentre que un grup encara més reduït que el que acabem d'esmentar considera que el metge no sempre ofereix la possibilitat d'apropar-s'hi i de tenir-li prou confiança per confiar-li tot el que el subjecte vulgui.

Obligació de fer alguna cosa que no volia o que l'ha fet sentir incòmode

Gràfic 2. *Alguna vegada l'han obligat a fer alguna cosa que no volia o que l'ha fet sentir incòmode per poder fer un bon diagnòstic?*



La gràfica ens mostra clarament que no han obligat mai la majoria dels nostres subjectes a fer alguna cosa que no volien o que els hagi pogut fer sentir incòmodes

per poder fer un bon diagnòstic, és a dir, el tracte que han rebut del metge ha estat dins la normalitat i no s'han hagut d'estranyar per res del que els han fet fer. Un grup molt reduït de la mostra assegura que alguna vegada sí que els han fet fer quelcom que els ha fet sentir incòmodes durant la consulta del metge.

A les persones que ens van respondre de manera afirmativa a la pregunta que acabem de comentar, vam preguntar-los amb quin tipus de situació s'havien trobat i ens van respondre el següent: una de les persones autòctones entrevistades ens va comentar que s'havia sentit maltractada perquè li van fer una «biòpsia de fetge massa a la lleugera». Una altra persona d'aquest mateix grup ens va explicar que es va sentir maltractada perquè, sense prèvia consulta, li van fer fotos d'unes cremades força grans que tenia i el metge, sense el consentiment de la pacient, les va usar en diferents congressos. Un noi que forma part de l'altre grup de la mostra ens va confessar que en una determinada ocasió va anar al centre sanitari a fer-se unes anàlisis i es va trobar en una situació força incòmoda ja que el van obligar a baixar-se els pantalons i el van palpar. Val a dir que ens va explicar que quan li va ocórrer això, acabava d'arribar a Catalunya i no sabia parlar ni el català ni el castellà.

• *Síntesi de resultats*

Quant a l'eficàcia del sistema sanitari i concretament a la seva accessibilitat, hem observat que els dos grups de la mostra opinen que l'atenció personal que reben del seu centre és satisfactòria en la major part dels casos, tot i que hi ha una petita part que discrepa. Tot i això, els subjectes no se senten ben atesos pel que fa a les hores que els donen ja que asseguren que l'espera no baixa mai de dos dies. La major part de la mostra opina que amb el temps que duren les visites té prou temps per exposar i explicar al metge tots els símptomes, dubtes i temors; de la mateixa manera que també creu que el metge disposa del temps necessari per poder fer un diagnòstic correcte i ajustat a les necessitats de cada pacient. El compliment dels torns és una altra qüestió on coincideix la major part de la mostra, és a dir, considera que els torns de les visites segueix un ordre i que ningú se'l salta. També coincideixen a l'hora d'afirmar que mai han vist actes de discriminació o que mai s'han sentit discriminats en el Centre d'Atenció Primària assignat i que les seves demandes no són satisfetes pel que fa a les especialitats i als equips de radiologia.

Els dos grups de la mostra tenen comportaments diferents pel que fa a qüestions com l'atenció telefònica del centre, és a dir, mentre que la major part dels subjectes autòctons opinen que reben una ràpida atenció, els subjectes immigrants asseguren que no tenen el costum de demanar l'hora per telèfon. El compliment de les hores concertades és una altra qüestió on discrepen els dos grups, és a dir, mentre que els subjectes autòctons afirmen que sí que es compleixen, els subjectes immigrants opinen que no, que sempre entren amb retard a la consulta del metge.

Si ens fixem en la competència dels professionals, observem que ambdues parts de la mostra coincideixen a dir, en la major part dels casos, que no han demanat mai un canvi de metge, sinó que els l'han canviat des del mateix centre i que reben bon tracte del metge durant la visita, tot i que una petita part dels subjectes immigrants asseguren que el tracte del metge no és satisfactori. Ambdues parts de la mostra consideren que el metge és competent en la seva feina i que també és un bon professional, tot i que són uns fets que no es poden fer extensibles a tots els metges ja que depenen de cada professional concret.

Si el metge és resolutiu o si és oportú perquè fa les coses al seu temps, són aspectes on els dos grups de la mostra discrepen. Tot i que la majoria dels subjectes responen de manera afirmativa a aquestes preguntes, hi ha una petita part dels informants immigrants que responen negativament, és a dir, són més crítics amb el

sistema sanitari. Mentre que els informants autòctons són els únics que asseguren creure que el metge no és conscient del poc coneixement que tenen alguns pacients i que les interpretacions entre un i altre no són compartides, els subjectes immigrants creuen que el metge si que és conscient d'aquest fet.

Si ens fixem en la confiança, i primerament en la confiança persona, observem que la major part dels subjectes no van acompanyats al metge per cap persona. Un fet que cal tenir en compte, però, és que els immigrants són més autosuficients que els autòctons, és a dir, tot i que una majoria de membres d'ambdós grups asseguren que van sols, els immigrants ho afirmen en una proporció més gran. Gairebé la totalitat dels dos grups de la mostra també coincideixen a afirmar que quan tenen alguna afecció se senten segurs anant al seu metge.

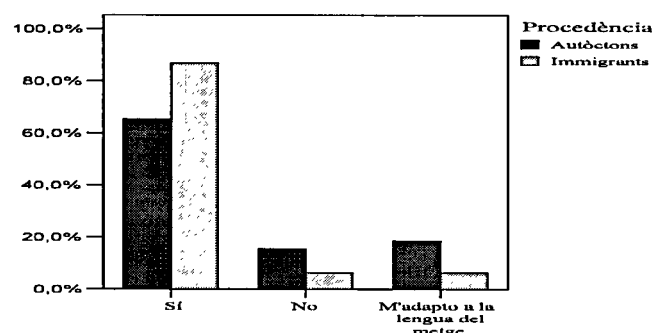
En canvi, els dos grups discrepen pel que fa a la confiança dipositada en el metge de capçalera. Tot i que hi ha una majoria de tots dos grups que hi tenen plena confiança, aquesta majoria és prou sensible entre els subjectes immigrants, mentre que hi ha un nombre rellevant de subjectes autòctons que afirmen que la confiança no és absoluta.

Segonament, si analitzem la confiança situacional, els membres de tots dos grups coincideixen substancialment a assegurar que existeix prou intimitat per poder explicar al metge tot el que els passa. Gairebé la totalitat dels subjectes també afirmen que mai s'han sentit obligats a fer alguna cosa que no volien fer o que els hagi fet sentir incòmodes.

5.3. COMUNICACIÓ ENTRE ELS DOS INTERLOCUTORS

Ús de la mateixa llengua entre el metge i el pacient

Gràfic 1. *Comparteix la llengua amb el metge?*



El tant per cent més alt dels subjectes que diuen compartir la llengua amb el metge pertanyen al grup dels immigrants. Així doncs, alguns subjectes autòctons perceben la diferència de llengua amb les se metges. Existeix també un tant per cent baix que diu que s'adapta a la llengua que parla el metge, facilitant així, la comunicació entre els dos interlocutors. Són els subjectes autòctons els que, en un tant per cent més alt, afirmen no compartir la llengua amb el metge, tot i que hi ha immigrants que també asseguren que no la comparteixen.

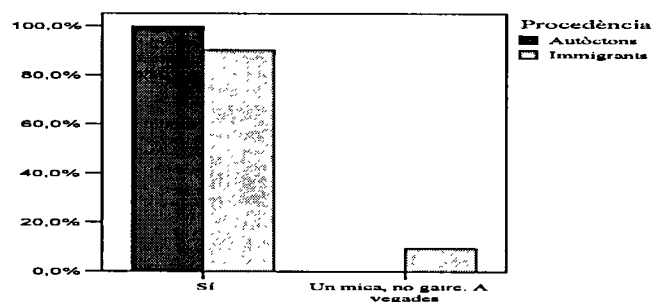
Les llengües que més s'usen en una consulta mèdica són el català, el castellà i en darrer terme el francès. Mentre que els subjectes autòctons fan més ús de la llengua catalana, els subjectes immigrants usen en major proporció la llengua castellana. Una part de la mostra de la població autòctona enquestada tendeix a no canviar de llengua quan el metge se li adreça en castellà. El francès és emprat tan sols per un tant per cent de la població immigrada. Entenem que és usat com a llengua pont per poder comunicar-se amb el seu metge de capçalera. Els subjectes que no tenen cap llengua en comú amb el metge, fan ús d'unes determinades estratègies comunicatives per poder establir una conversa i poder explicar quines són les seves afeccions, pors...

Un fet que cal tenir en compte és que els subjectes autòctons que van respondre que sí que compartien la llengua amb el metge consideraven, la major part,

el català i el castellà com a llengües pròpies i per tant, usada pels dos interlocutors de la conversa.

Entesa entre els dos interlocutors de la conversa

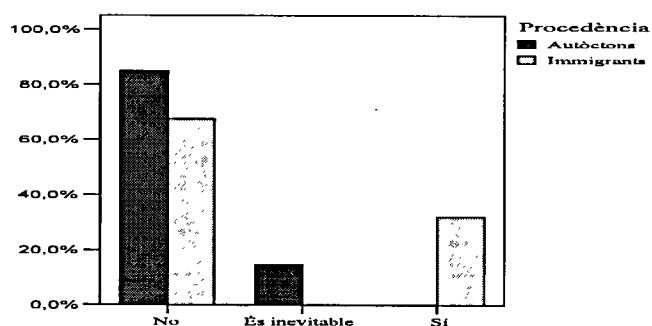
Gràfic 2. S'entenen quan parlen?



Aquesta gràfica ens mostra, de manera força evident, que la població autòctona, en un 100% dels subjectes enquestats, diu no tenir cap problema a l'hora de comunicar-se amb el seu metge de capçalera. És una petita part de la població immigrant la que assegura no entendre-s'hi.

Alternatives per suplir els dèficits de la comunicació

Gràfic 3. Existeix alguna cosa per suplir la comunicació?



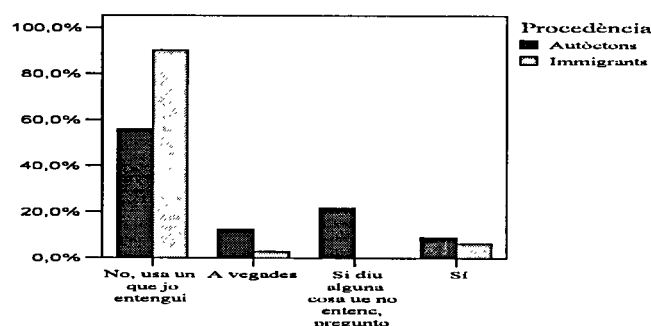
La major part de les persones entrevistades, tant autòctones com immigrades, assegura que no existeix res per suplir la comunicació existent entre el metge i el pacient. La llengua és, per tant, l'eina que usen per poder parlar amb el metge. Més del 15% del subjectes autòctons afirmen que és inevitable que apareguin altres formes de comunicació, és a dir, mentre parlem, és inevitable usar les mans per fer més clar allò que volem explicar i encara més quan parlem d'uns dolors, d'unes malalties que

no estem acostumats a descriure i que no podem mesurar ni quantificar. D'altra banda, més d'un 30% de la població immigrant, assegura que sí que usa algun tipus d'estratègies per suplir la comunicació verbal.

Els subjectes autòctons que asseguraven que era inevitable fer ús d'altres mitjans es referien a accions com assenyalar, fer ús de la mímica i dels circumloquis quan no saben dir la paraula exacta. Cal dir però, que la mímica i els circumloquis també són estratègies que fan ús els subjectes immigrants. Pel que fa a aquests darrers, són els únics que van assegurar que usaven una altra llengua per fer-se entendre i, un tant per cent encara més baix, va assegurar que abans d'anar al metge, s'informava a les enciclopèdies i que buscava als diccionaris les paraules que no sabia dir en català.

Ús per part del metge d'un llenguatge mèdic específic

Gràfic 4. *El metge usa un llenguatge mèdic específic?*



La major part de la mostra de població, tant autòctona com immigrada, va assegurar que el metge emprava un tipus de llenguatge que el subjecte pogués entendre sense cap dificultat. Cal destacar que són els pacients immigrants qui ho afirma en major proporció. D'altra banda, només subjectes autòctons asseguren que si no entenen alguna cosa la pregunten al metge amb la finalitat de no quedar-se amb cap dubte. Un tant per cent més baix que el que acabem de esmentar, afirma que a vegades el metge usa un llenguatge més proper als subjectes i que en altres casos, usa un llenguatge que és més difícil d'entendre tant pels subjectes autòctons com pels subjectes immigrants. En darrer terme cal comentar que un 5% i un 4% de subjectes autòctons i immigrants respectivament, asseguren que el metge no usa un llenguatge proper a l'usuari, és a dir, que té certa tendència a usar un llenguatge tècnic.

També vam creure oportú insistir en aquesta qüestió, de manera que vam preguntar als nostres entrevistats sí el seu metge de capçalera usava un llenguatge que els és proper en gairebé la totalitat dels casos els subjectes ens van afirmar que els metges solen usar un llenguatge proper als usuaris. Segons uns pocs entrevistats, el metge parla amb tecnicismes però tot seguit explica als seus subjectes què significa el que ha dit amb altres paraules més fàcils. En darrer terme, tant una part dels subjectes autòctons (gairebé un 10%) com dels immigrants (menys d'un 8%), afirmen que el metge usa un llenguatge que és menys incompreensible per a ells.

Quan els subjectes no entenen què vol dir el metge no tenen cap dubte a fer-li preguntes. Gairebé la totalitat dels subjectes autòctons i dels subjectes immigrants ho fan. Tan sols un tant per cent molt baix assegura que depèn del dia que tenen o depèn de les circumstàncies que els envolten demanen al metge què significa el que els està dient. Hi ha persones que simplement es limiten a dir que sí que entenen el que diu el metge per la senzilla raó, asseguren, que no volen tenir problemes.

Quan el pacient no entén el metge, segons una part dels subjectes immigrants, el metge els ho explica en gairebé tots dels casos; en altres casos però, matisen que tot i que el metge els ho explica, ho fa de manera molt breu. En el cas dels subjectes autòctons, el metge també explica allò que el subjecte no ha entès però en un tant per cent més baix que en el cas dels subjectes immigrants. Pel que fa al grup autòcton, hi ha un petit grup que considera que el metge fa una explicació massa breu i un altre grup reduït assegura que a vegades que el metge no els fa cap explicació més propera a les seves necessitats.

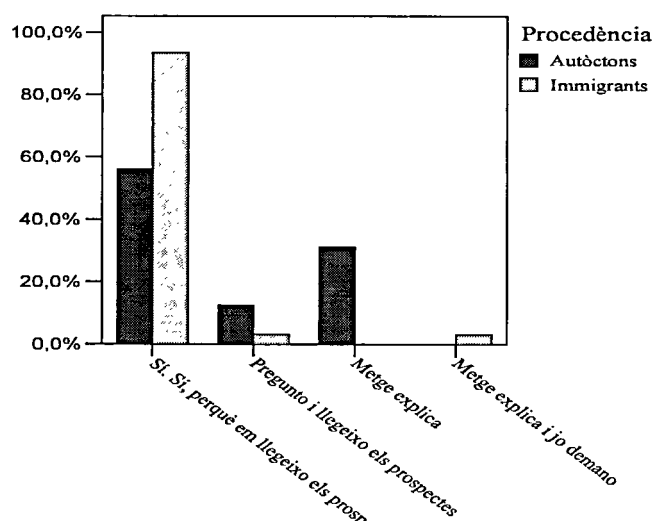
Comprensió de l'ús i de la finalitat dels medicaments

La major part dels subjectes immigrants creu que sí que entén l'ús i la finalitat dels medicaments que es pren gràcies que el metge els hi explica o perquè es llegeix els prospectes. Cal tenir en compte que gairebé un 100% dels subjectes immigrants que asseguren que entenen l'ús i la finalitat dels medicaments que els recepta el metge, mentre que els subjectes autòctons diuen entendre'ls en menor proporció. Per aquest motiu molts subjectes prefereixen preguntar al metge i llegir-se els prospectes. En altres casos i en concret en els subjectes autòctons, és el metge qui s'avança a donar les explicacions prèvies perquè el subjecte pugui entendre l'ús i la finalitat dels medicaments que recepta.

Quan vam preguntar als entrevistats si el metge els explicava l'ús i la finalitat dels medicaments que els donen, ens vam trobar amb una gran varietat de respostes. Un tant per cent molt alt dels immigrants afirmaven que era el metge qui els explicava l'ús i la finalitat dels medicaments que es prenen, però gairebé el 40% dels subjectes autòctons deien que a més a més d'escoltar l'explicació del metge, ells mateixos es llegeixen els prospectes dels medicaments. Un grup d'ambdues parts de la mostra creuen que és deure tant del metge com del pacient de preguntar, d'una banda, i haver d'explicar, de l'altra. Només alguns subjectes autòctons asseguren que el metge no els explica res, sinó que és el mateix subjecte el que demana i es llegeix els prospectes i, d'altra banda, pensen que el subjecte ja sap com van les coses.

També vam preguntar als subjectes si entenien com i quan s'havien de prendre els medicaments que els donava el metge i la totalitat dels subjectes immigrants ens van assegurar que sí que ho entenien. Alguns subjectes autòctons matisaven que es miraven els prospectes i les receptes per acabar d'assegurar-se que ho havien entès correctament.

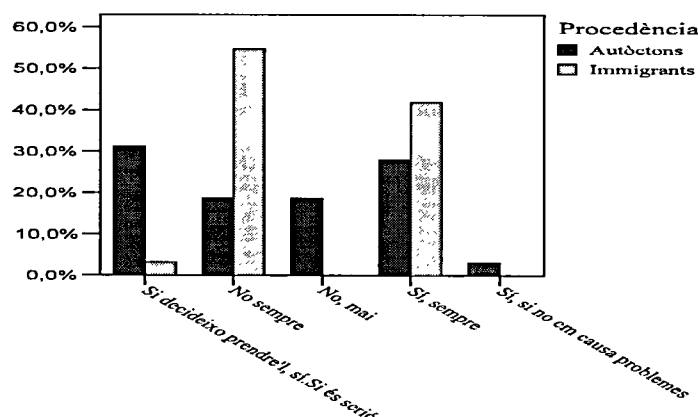
Gràfic 5. Entén l'ús i la finalitat dels medicaments que li dona el metge⁹?



⁹ Hi ha una variable que no apareix clarament a la gràfica. Reproduïm el text íntegre de la variable incompleta: "Sí, perquè em llegeixo els prospectes".

Seguiment de la medicació

Gràfic 6. *Segueix al peu de la lletra la medicació que li recepta el metge*¹⁰



Si ens fixem en la gràfica podem observar com els subjectes immigrants encapçalen les respostes de “no sempre” i “sí, sempre”. Així doncs, podem extreure la conclusió que aquesta mostra de població és la que opta per no seguir sempre el tractament o per seguir-lo fins al final. Els subjectes autòctons són els que ofereixen major variabilitat a l'hora de respondre la pregunta en qüestió. D'una banda, ens trobem que aproximadament un 30% d'aquests subjectes assegura que si decideix prendre's el tractament, ho fa fins el final. Un tant per cent que estan d'acord amb aquest tipus de resposta és molt poc representatiu. Quasi un 20% dels autòctons no sempre fa el seguiment de la medicació i gairebé un 30% sempre segueix la medicació al peu de la lletra. Val la pena tenir en compte una de les respostes que ha donat un grup dels subjectes autòctons ja que afirma que mai segueix la medicació que li dona el metge i que per tant, deixa a mitges el tractament. D'altra banda existeix un tant per cent molt baix de la població autòctona que diu que només es pren el tractament fins el final si no li causa problemes en la seva salut o si no nota certes molèsties.

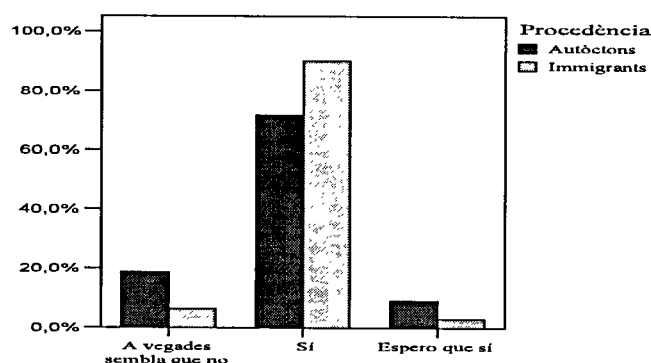
El principal motiu pel qual els subjectes no fan el seguiment de la medicació que el metge els ha receptat és perquè ja es troben bé. Aquesta afirmació apareix tant entre els subjectes autòctons com entre els immigrants. Membre d'ambdós grups afirmaven més o menys en la mateixa proporció que no segueixen el tractament perquè no volen que la ingestió de medicaments els generi problemes o perquè no

¹⁰ Hi ha una variable que no apareix clarament a la gràfica. Reproduïm el text íntegre de la variable incompleta: “Sí, decideixo prendre'l, sí. Si és seriós, sí”.

volen ingerir més medicaments dels que creuen necessaris. Si analitzem les respostes que han donat els subjectes autòctons ens adonem que hi ha gairebé un 20% de persones que sí que acaben el tractament però que el que no fan és seguir les hores que els ha marcat el metge. Una proporció dels subjectes immigrants ens afirmaven que no es prenen la medicació que els dóna el metge perquè no hi confien.

Escolta activa del metge

Gràfic 7. Creu que el metge l'escolta quan parla?

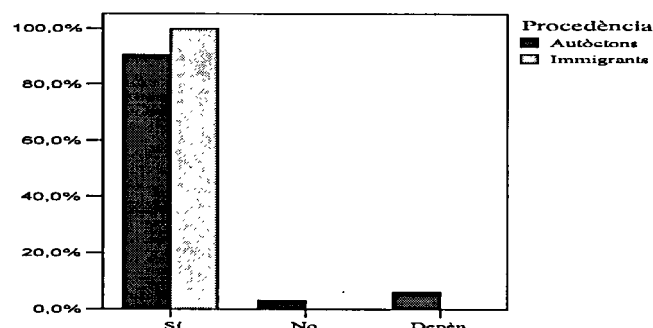


Les respostes dels subjectes immigrants i les dels subjectes autòctons coincideixen. Més d'un 90% dels subjectes immigrants entrevistats creuen que el metge els escolta quan parlen i, en el cas dels subjectes autòctons, més d'un 70%. Els autòctons són més crítics a l'hora d'afirmar que els metges sembla que durant la consulta no escoltin suficientment als seus subjectes, mentre que hi ha immigrants que també ho creuen, però en menor mesura. L'última resposta que han donat els nostres subjectes és espero que sí"; no asseguren que el metge els escolti quan parlen però tampoc no asseguren que no ho faci.

El motiu pel qual certes persones van respondre que no creien que el metge els escoltés mentre parlen és bàsicament perquè, segons el total de les persones immigrades i més d'un 30% de les persones autòctones, mentre estan parlant i explicant els símptomes que tenen, el metge sembla que ja estigui elaborant la decisió. Pel que fa als subjectes autòctons, hi ha persones que han donat respostes, a més de la que acabem d'esmentar, més variades. Alguns creuen que és degut a la massificació que tenen els metges a les seves consultes. D'altres pensen que, per al metge, el que angossa el subjecte és tan sols un símptoma més que li permet al metge elaborar el diagnòstic i que no es posa a la seva pell.

Escolta activa del pacient

Gràfic 8. Escolta el metge quan parla?



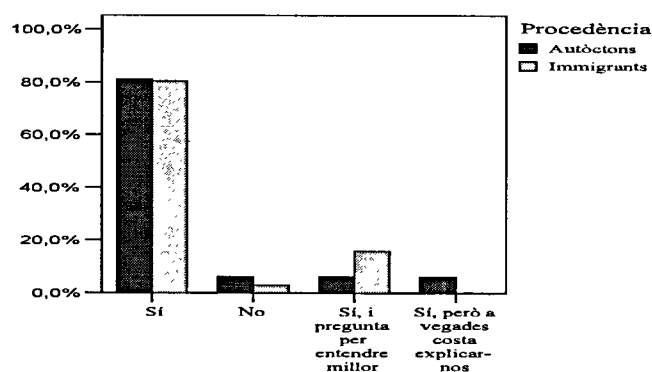
El 100% dels subjectes immigrants i gairebé el 90% dels subjectes autòctons asseguren que escolten el seu metge de capçalera quan es troben a la consulta mèdica. Són només un percentatge molt baix d'aquests últims que afirmen que, segons en quines situacions es troben, no escolten el metge, i hi ha un percentatge encara més baix que asseguren no escoltar mai el metge.

Els tres motius pels quals els subjectes autòctons afirmen que no escolten activament el metge quan els està parlant són els següents: en primer lloc perquè van acompanyats de la mare al metge i aquesta els condiciona a l'hora d'escoltar i de fer les preguntes que haurien de ser pertinents; en segon lloc, perquè asseguren que com que el metge no parla del tema pel qual han anat a fer-li la consulta, deixen d'escoltar-lo, tot i que en un primer moment sí que ho feien; i en darrer lloc, perquè mentre són a la consulta del metge, els subjectes tenen el cap en una altra banda.

Comprensió activa del metge sobre el que diu el pacient

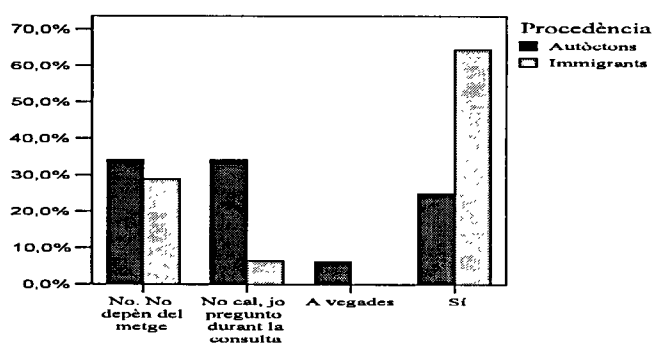
Podem observar (gràfic 9) com la majoria dels subjectes entrevistats, tant immigrants com autòctons, responen que sí que creuen que el metge els escolta quan parlen. A més a més, un grup també dona la resposta afirmativa i assegura que el metge també els fa preguntes per acabar d'entendre el que li estan dient. Observem que també hi ha un grup, bastant reduït, però, que assegura que el fet d'intentar comunicar-nos amb el metge i parlar de coses que en principi són difícils d'explicar costa bastant. Tan sols un tant per cent molt baix dels subjectes entrevistats d'ambdós grups opinen que el metge no els escolta quan estan parlant.

Gràfic 9. Creu que el metge l'entén quan parla?



Qüestions del metge

Gràfic 10. El metge li fa preguntes quan acaba la consulta?



La major part dels subjectes immigrants afirmen que el metge els fa preguntes quan acaba la consulta mèdica. En menor proporció afirmen que el metge no els fa preguntes quan acaba la consulta mèdica. El tant per cent molt baix de la mostra immigrant pensa que no cal que el metge faci preguntes quan acaba la consulta mèdica, ja que ha de ser el subjecte qui faci les preguntes pertinents per no quedar-se amb cap mena de dubte. Pel que fa als subjectes autòctons, la major part dels entrevistats es reparteix entre els que diuen que el metge no fa cap pregunta quan acaba la visita amb el subjecte i els que afirmen que no cal que el metge et faci les preguntes al final de la visita perquè amb les que fan els subjectes durant la consulta ja queden els dubtes solucionats. Hi ha un petit grup que pensa que el metge només fa les preguntes en determinades ocasions. Gairebé un 30% de la mostra autòctona afirma que el metge et fa les preguntes al final de la visita.

• **Síntesi de resultats**

Respecte a la dimensió de la comunicació observem que la major part dels dos grups de la mostra coincideixen a afirmar que comparteixen la llengua amb el metge de capçalera, de manera que aquest fet permet entendre's durant la consulta mèdica. Compartir la llengua amb el metge també els permet poder entendre l'ús i la finalitat dels medicaments que els recepta el metge, ja sigui perquè el metge els explica, perquè els pacients pregunten o perquè es llegeixen els prospectes dels medicaments receptats. Ambdós grups també coincideixen a l'afirmar que durant l'acte comunicatiu tenen una escolta activa; tan sols una petita part de la mostra autòctona asseguren que no escolten el metge quan els parla. Quant a la comprensió del metge sobre les argumentacions dels seus pacients, gairebé la totalitat de la mostra afirmen que el metge entén allò que volen explicar. Tan sols una part bastant reduïda de la població autòctona esmenta la dificultat que comporta explicar sensacions, dolors o símptomes.

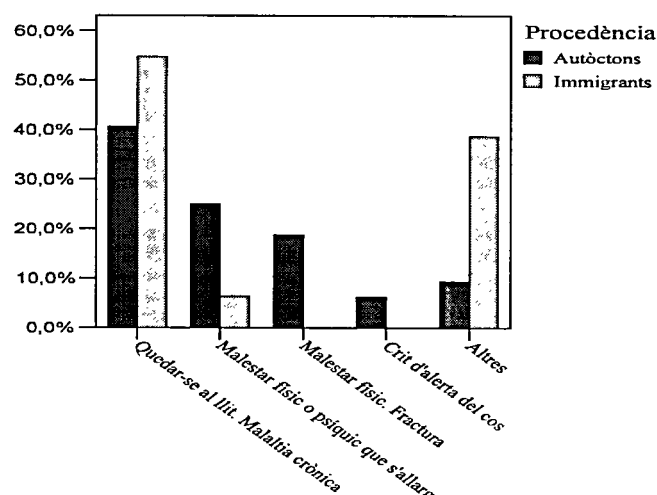
Però no tot són coincidències, també existeixen discrepàncies pel que fa a la dimensió de la comunicació. Gairebé la totalitat dels subjectes autòctons assegura que no existeix cap altre element en la comunicació diferent a la llengua, tot i que n'hi ha que fan notar circumstàncies que l'ús de determinades estratègies és inevitable en l'acte comunicatiu com per exemple assenyalar el lloc on fa mal. Hi ha, en canvi, una minoria prou destacada de subjectes immigrants que asseguren que sí que fan ús de diferents estratègies no verbals. La pregunta sobre si el metge els escolta o no fa sorgir diferències entre ambdós grups; tot i que un tant per cent força alt del grup autòcton i la major part del grup immigrant asseguren que el metge té una escolta activa, alguns subjectes autòctons són més crítics amb l'actuació del metge durant la consulta, ja que un tant per cent baix d'entre ells afirmen que a vegades sembla que el metge no escolti prou. Els dos grups també discrepen pel que fa a l'ús del llenguatge específic per part del metge. Més d'un 20% de subjectes autòctons es veuen obligats a demanar aclariments al seu metge perquè no han entès el que els ha volgut dir; en canvi, els immigrants que afirmen que el metge usa un llenguatge que els facilita la comprensió dels termes mèdics són una neta majoria. A més a més, també són una gran majoria els membres del grup immigrant que asseguren que el metge fa preguntes quan s'acaba una consulta mèdica per poder aclarir els possibles dubtes que hagin sorgit al llarg de la consulta mèdica, mentre que un 70% dels membres del grup autòcton es reparteixen entre els que observen que això depèn de cada metge i es que mantenen que el metge no pregunta perquè durant la consulta ja han fet ells

les preguntes necessàries per no tenir cap dubte quan abandonen el centre. Quant al seguiment de la medicació receptada, existeixen diferències entre els dos grups de la mostra i a més també s'observen diferències entre els subjectes de cada grup. La major part dels autòctons afirma que quan decideix prendre's un medicament ho fa fins al final del tractament, d'altres afirmen que sempre fan el seguiment de la medicació sigui quin sigui el medicament i en menor proporció asseguren que no sempre fan el tractament o que no el fan mai. Pel que fa al grup immigrant, la major part assegura que no sempre fa el seguiment de la medicació i, contràriament, un tant per cent lleugerament inferior d'una mica més d'un 10% afirmen que sempre acaben els tractaments prescrits pel metge.

5.4. CONCEPCIÓ DE LA MALALTIA

Entesa del concepte malaltia

Gràfic 1. Què entén per malaltia¹¹?

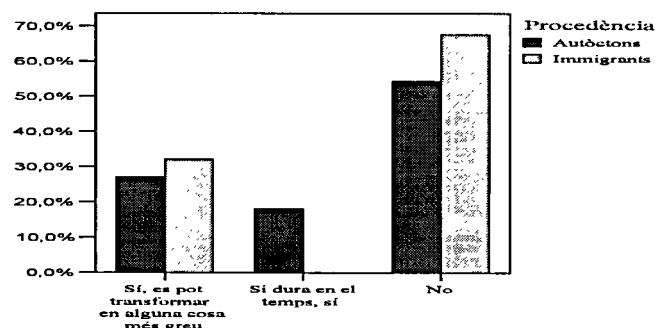


Quan es va preguntar als entrevistats què entenien per malaltia ens vam trobar amb les següents respostes: en primer lloc ens van contestar que pensaven que consistia a quedar-se al llit o que malaltia significava tenir una malaltia crònica. De fet, és la resposta que han donat en un tant per cent més elevat (40% dels autòctons i 55% dels immigrants). Tot i tractar-se de dues respostes ben diferents, les hem englobat dins la mateixa variable perquè, d'entre les respostes de què disposàvem després de fer les entrevistes, ens vam adonar que eren les dues úniques que havia donat la major part de la mostra. La segona categoria, encapçalada per gairebé un 40% de la població immigrant i seguida per gairebé un 10% de la població autòctona, és la que hem posat sota l'etiqueta "altres". Concretament, aquestes parts de la mostra van respondre que per malaltia entenien tenir mal de cap o estar refredat. Aproximadament un 25% dels autòctons i un 5% dels immigrants considera que una malaltia és tenir un malestar físic o psíquic que s'allarga en el temps. Hi ha dues respostes que tan sols han donat els subjectes autòctons i són les següents: consideren malaltia tenir malestar físic, patir alguna fractura... i més d'un 5% creu que la malaltia és una crít d'alerta que et fa el cos.

¹¹ Hi ha una variable que no apareix clarament a la gràfica. Reproduïm el text íntegre de la variable incompleta: "malestar físic o psíquic que s'allarga en el temps".

Consideració de mal de cap o de refredat com a malaltia

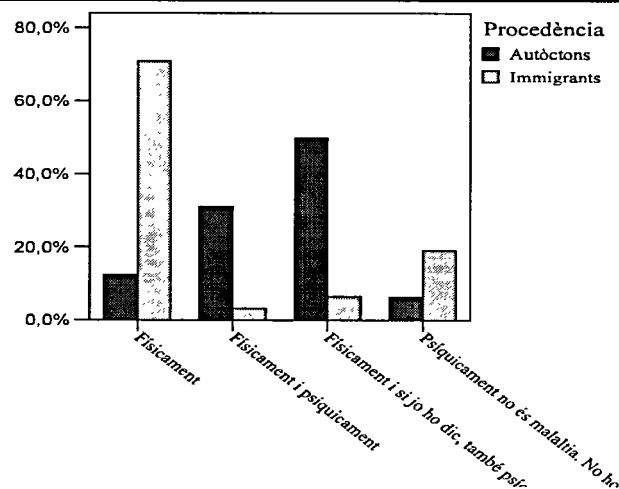
Gràfic 2. Tenir un mal de cap o un refredat, ho considera malaltia?



La major part dels subjectes immigrants no consideren malaltia tenir mal de cap o estar refredat. Aproximadament la meitat de la població autòctona tampoc ho considera, però l'altra meitat creu que el mal de cap o els refredats entren dins la categoria de malaltia perquè es poden transformar en alguna cosa més greu si no se'n té cura o si s'allarguen en el temps (interpretació que no han realitzat els subjectes immigrants). Els subjectes immigrants, en més d'un 30% dels casos, creuen, igual que la meitat dels subjectes autòctons, que un mal de cap o un refredat s'han de considerar malaltia ja que poden sorgir complicacions.

Concepció de la malaltia tant física com psíquica

Gràfic 3. Una malaltia, l'entén des del punt de vista físic i psíquic¹²?



Les respostes que hem obtingut resulten força sorprenents. Quan vam preguntar als nostres subjectes si pensaven que una qüestió psíquica es podia considerar malaltia ens vam trobar amb els següents resultats: més d'un 70% dels subjectes immigrants opinava que una malaltia només es podia entendre des del punt de vista físic. Aquesta manera de pensar la tenien els subjectes autòctons en menor proporció, aproximadament un 10% del total de la mostra. Menys d'un 5% i un 30% dels immigrants i dels autòctons respectivament, va respondre que una malaltia tant podia ser física com psíquica. Un 50% dels subjectes autòctons i gairebé un 5% dels subjectes immigrants van respondre, en un primer moment que una malaltia només la concebien com a física, però quan ens referíem a les malalties psíquiques, tot seguit rectificaven i també ho consideraven malaltia. D'altres, en concret un 20% de la mostra immigrant i menys d'un 10% de la mostra autòctona, opinaven que una qüestió psíquica no és una malaltia; d'altres no ho sabien.

¹² Les variables creades no apareixen clarament a la gràfica. D'esquerra a dreta reproduïm el text íntegre de les variables incompletes: "físicament i si l'entrevistador ho diu, també psíquicament", "psíquicament no és malaltia. No ho sé".

• ***Síntesi de resultats***

Com hem pogut observar al llarg de l'anàlisi de les gràfiques que acabem de comentar, la concepció de la malaltia és bastant diferent segons les persones. Generalitzar, doncs, el sentit d'un concepte abstracte té les seves limitacions. Tot i això els nostres entrevistats han intentat definir quina és la seva concepció de malaltia. La major part de la mostra consideren que tenir una malaltia consisteix a quedar-se al llit; d'altres pensen que és tenir un malestar físic o psíquic que s'allarga en el temps (25% dels autòctons i 5% dels immigrants) i una part de la població autòctona considera que patir una malaltia és patir un crit d'alerta que et fa el cos. Aproximadament un 40% de la població immigrant i un 10% de la població autòctona que entenen per malaltia tenir mal de cap o estar refredat.

Tenir mal de cap o patir un refredat no és considerat malaltia per la major part dels subjectes immigrants, però per una petita part sí que ho és (33%), ja que pot ser que, a la llarga, derivin en alguna cosa més greu si no s'hi posa remei. Pel que fa als subjectes autòctons, hem observat que una mica més del 50% considera que patir mal de cap o tenir un refredat no és cap malaltia, però si tenim en compte la resta d'aquesta població creuen que, tant si aquestes afeccions s'allarguen en el temps com si es transformen en alguna cosa més greu sí que s'han de considerar malalties.

La major part dels subjectes immigrants i un tant per cent baix dels autòctons consideren les malalties psíquiques com a malalties pròpiament dites. Els informants autòctons són doncs, pràcticament els únics, que asseguren incloure malalties de caràcter psíquic dins el concepte de malaltia.

6. DISCUSSIÓ

Tot seguit desenvoluparem la discussió del nostre estudi en la qual intentarem donar resposta als objectius establerts i les prediccions realitzades.

En primer lloc, en relació al nostre primer objectiu, tractarem la dimensió de l'hàbit assistencial. Com hem comentat anteriorment, els subjectes immigrants tendeixen a acudir al metge amb més assiduïtat que no pas els subjectes autòctons. Pensen que el que han de fer quan tenen algun símptoma és anar al metge perquè consideren que els símptomes es poden convertir en alguna cosa més greu si no són visitats pel metge. Aquest resultat es correspon amb estudis previs en la mateixa línia (Stronks *et al.*) i, per tant, amb la predicció que realitzàvem al respecte.

Pel que fa a la creença en la medicina com a cura de la salut, els subjectes immigrants afirmen creure-hi; gairebé la totalitat confia plenament en la medicina tradicional, a diferència de molts subjectes autòctons, que consideren que la medicina convencional no és l'única, sinó que té més efectivitat compaginada amb altres tipus de medicines alternatives com l'acupuntura o l'homeopatia. De tota manera, si els immigrants no han provat mai medicines diferents a la tradicional pot ser per factors diversos com, per exemple, que la medicina alternativa no és subvencionada per la sanitat pública, sinó que s'han de tenir diners per poder-hi accedir i els immigrants que arriben a Catalunya lògicament no disposen dels diners suficients per poder compaginar ambdues medicines. Molt pocs informants, de fet només alguns subjectes immigrants, van respondre que usaven remeis casolans com a medicina alternativa. És possible que els resultats no reflecteixin adequadament la realitat ja que aquí gairebé tothom usa aquests remeis, com la farigola, la mel o la llimona, abans d'anar al metge. D'altra banda, també és possible que la mostra autòctona no hagi relacionat aquests remeis amb la medicina alternativa. Considerem possible, doncs, que els dos grups de la mostra entenguin coses diferents sota l'expressió medicina alternativa.

Dins del primer objectiu, també ens proposàvem comprovar si els subjectes immigrants preferien automedicar-se abans que anar al metge. Aquests pacients no tendeixen a automedicar-se, sinó que opten per anar al metge o almenys consultar el farmacèutic pràcticament sempre. De fet, ja hem comentat que quan tenen algun símptoma, decideixen anar al metge ràpidament.

En principi, podríem esperar que els subjectes immigrants seguissin el tractament complet de la medicació receptada pel metge des del moment que expressen la seva confiança en la medicina tradicional i mostren el seu hàbit d'anar al metge, però hem comprovat que no és així. Tot i que la majoria dels subjectes autòctons afirmaven que no tenien l'hàbit d'anar al metge i molts que tenien el costum d'automedicar-se, hem comprovat que la meitat diuen acabar sempre els tractaments receptats pel metge i gairebé tots els altres, en moltes ocasions. Segurament, el fet que més d'un 40% dels subjectes immigrants no acabin els tractaments no és degut a un motiu econòmic ja que les medicines receptades, en la major part dels casos, van a càrrec de la Seguretat Social.

Pel que fa a la presa de medicaments en combinació amb d'altres, tant els immigrants com els autòctons són conscients de la importància de no barrejar medicaments per evitar els efectes contraproductius. Pensem, doncs, que segurament és una qüestió massa important per deixar-la de banda i que a més a més, és una qüestió de sentit comú.

En segon lloc tractarem la segona dimensió, relativa a l'eficàcia del sistema sanitari públic, i els objectius corresponents.

Si comencem per l'accessibilitat al sistema sanitari, cal recordar que, en plantejar les prediccions sobre si l'atenció personal que reben els subjectes immigrants és diferent de la dels autòctons, vam pensar que no existirien diferències entre els dos grups. Efectivament, no hem observat diferències rellevants entre els dos grups. Ambdós grups són tractats de la mateixa manera; quan necessiten parlar amb algú per qualsevol raó, el personal sanitari del centre atén als seus pacients sense fer cap tipus de distinció pel que fa a la seva procedència. Allà on sí que s'observa diferència és en el fet que els usuaris immigrants no solen demanar hora per telèfon, sinó que prefereixen usar internet o fer-ho personalment. Aquesta és un fet que no havíem tingut en compte, ja que pensàvem que emprarien el telèfon de manera anàloga als altres usuaris. Aquesta diferència, possiblement, es deu a la inseguretat lingüística dels subjectes immigrants. Podríem pensar que la inseguretat lingüística també pot aparèixer quan demanen hora personalment però en aquesta altra situació cal tenir en compte altres factors, com el contacte visual o l'ús de la mímica o d'altres estratègies que faciliten l'acte comunicatiu. No hem observat cap diferència entre els dos grups de la mostra en allò que diuen de les hores de visita que el centre els assigna. Gairebé la meitat del grup autòcton i del grup immigrant asseguraven que les hores que el centre els assignava eren immediates, mentre que aproximadament l'altra meitat de

cadascun dels grups mantenia que les hores que els eren assignades distaven com a mínim dos dies del dia de la demanda. Per tant, podríem afirmar que en aquest aspecte el centre tracta els immigrants sense cap tipus de distinció respecte a la població autòctona.

La població immigrant (55% dels casos) afirma que les hores concertades amb el seu metge de capçalera no es compleixen, a diferència dels subjectes de la població autòctona (el 29% opina que sí i el 42% opina que sovint). Per tant, en aquest aspecte sí que s'observa divergència entre uns i altres. Els pacients autòctons, d'una banda, consideren el retard de les visites dins la normalitat, ja que afirmen que, tot i que el metge a vegades dedica massa temps a cada pacient, també els agrada que els en dediquin a ells; de l'altra, consideren que el retard que pot ocasionar alguna urgència no implica que no es mantinguin les hores concertades. Els subjectes immigrants, però, no tenen en compte cap de les raons que acabem d'esmentar.

El compliment dels torns de les visites i la discriminació que poden patir en el centres de salut les persones immigrades són unes qüestions que també ens proposàvem d'esbrinar en els nostres objectius. Tal com pensàvem, els torns de les visites es mantenen, és a dir, ni el personal sanitari, ni el metge, ni els mateixos pacients, tant immigrants com autòctons, intenten saltar el torn assignat pel centre. De la mateixa manera, els immigrants tampoc no se senten discriminats per ningú, sinó que tot transcorre amb normalitat.

La major part de la mostra ha afirmat que el centre no reuneix les condicions idònies per realitzar diferents tipus d'exploracions complementàries als seus pacients, de manera que aquests es veuen obligats a desplaçar-se a l'hospital més proper per poder seguir les directrius que els ha donat el metge. Concretament, estem parlant de metges especialistes i d'equips de radiologia. Tant els subjectes autòctons com els immigrants s'han mostrat descontents en aquest aspecte.

La major part de la mostra ens han assegurat que sí que disposen de prou temps per explicar-li al metge què tenen i que, per tant, la durada de la visita és suficient. No és un fet propi només del grup autòcton, sinó que el grup immigrant també ens ha assegurat que el temps és suficient. Per tant, com havíem predit, no s'observen diferències entre els uns i els altres.

Seguint amb la dimensió de l'eficàcia del sistema sanitari públic, i concretament amb la competència dels professionals, ens vam preguntar si el metge era resolutiu, si feia les coses al seu temps, si era oportú a l'hora de fer un diagnòstic, si era competent en la seva feina, si el metge era considerat un bon professional i si els pacients rebien

bon tracte per part del metge durant la visita. Després de realitzar les entrevistes ens hem adonat que en la major part dels casos els immigrants i els autòctons estan satisfets pel que fa als aspectes que acabem de comentar. Tan sols una petita part de la població immigrada va afirmar que no estaven satisfets amb la resolutivitat del metge i tampoc pensaven que el metge fos oportú ni que fes les coses al seu temps. Per tant, aquesta petita part de la mostra són més crítics amb el sistema sanitari.

Una altra de les nostres qüestions se centrava en saber si els subjectes consideraven que el seu metge era conscient del poc coneixement que podien tenir alguns pacients i del fet que les interpretacions de metge i pacient podien no ser compartides. Sembla que no és un factor que es pugui generalitzar perquè és una qüestió que depèn de cada metge. Tot i així, molts dels subjectes creuen que el metge sí que n'és conscient. És en aquesta qüestió que són més crítics una part dels subjectes autòctons, ja que consideren que el metge no n'és conscient i que només es limita a receptar sense tenir en compte la persona que té al davant.

També volíem saber si els subjectes entrevistats solien demanar el canvi de metge i ens hem trobat que no tenen l'hàbit de fer-ho. No existeixen, doncs, diferències entre els dos grups de la mostra tal com havíem predit. Tan sols una part dels entrevistats immigrants ha afirmat que alguna vegada ha demanat canviar de metge. Solen ser les dones les que tendeixen més a canviar de metge si el que tenen és un home. Demanen el canvi, segons diuen, per motius propis de la seva cultura i perquè poden arribar a tenir més confiança amb persones del seu mateix sexe. Les dones marroquines que opten per canviar de metge no solen ser noies joves, de manera que aquest fet ens pot fer pensar que cada vegada es van integrant més a la nostra societat i que quan estan en circumstàncies difícils pel que fa a la salut, segons afirmen, no es fixen tant en el que diu l'Alcorà sobre les relacions entre diferents sexes.

L'anàlisi dels objectius relatius a la dimensió de l'eficàcia del sistema sanitari públic, i concretament a la confiança, vam decidir dividir-la en dues parts, una sobre la confiança personal i una altra sobre la situacional. Pel que fa a la primera, ens interessava saber la confiança que tenen els subjectes immigrants en el seu metge de capçalera. Hem observat que el grup immigrant de la mostra confia pràcticament en la seva totalitat en la figura del metge. Ens hem adonat que els subjectes autòctons i la major part dels immigrants, d'una banda, i una petita part dels immigrants, de l'altra, han entès la pregunta que se'ls va fer de manera diferent, ja que, alguns immigrants van interpretar la confiança en el sentit que podien explicar qualsevol tipus de

circumstància al professional de la salut. A més a més, una part rellevant dels autòctons són més crítics i exigents, ja que la seva confiança en els metges no és plena perquè, segons diuen, són persones i es poden equivocar. Possiblement i per qüestions culturals, als subjectes immigrants els és més difícil establir una relació amb el metge. Sembla doncs, que no es correspon amb la nostra predicció que seguia el suggeriment de Bermann, (2003).

També per qüestions culturals i a més a més per dificultats lingüístiques (que seran comentades seguidament) ens vam plantejar preguntar als pacients immigrants si anaven acompanyats al metge. Assumíem que hi hauria diferències entre uns i els altres, és a dir, que els immigrants, a diferència dels autòctons, no hi anirien sols, però ens vam trobar amb unes respostes ben diferents de les esperades. Els immigrants, asseguraven, en gairebé un 80% dels casos, que no anaven acompanyats al metge per ningú, que sí que hi anaven, en gairebé un 10% dels casos, i depenent de la situació els acompanyaven en una mica més del 10% deien anar-hi segons la situació. Els autòctons asseguraven no anar acompanyats en més del 63% dels casos, depenent de les situacions, en més del 23% dels casos segons la situació, i afirmaven, gairebé en el 10% dels casos, que sí que hi anaven. Així doncs, podem observar que són els pacients autòctons els que tendeixen a anar acompanyats al metge amb major freqüència. Els subjectes autòctons van a la consulta acompanyats pels pares, per la dona o pel marit, mentre que els immigrants hi van amb els fills (nadons, perquè n'han de tenir cura) o en companyia d'un amic.

Esperàvem que si els immigrants decidien anar-hi acompanyats fos per qüestions culturals, com per exemple la vergonya que els pot suposar despullar-se davant d'algú desconegut i més encara si és del sexe contrari, o bé per motius lingüístics, però la veritat és que ens van assegurar que, si decidien anar acompanyats per un amic, era per assegurar-se que havien entès bé el que el metge els deia però no perquè l'amic fes de mediador.

Quant a la confiança situacional, a diferència del que esperàvem a l'hora d'establir els objectius i tot i que un tant per cent molt baix de la població immigrant entrevistada assegurava no confiar plenament en el metge, pràcticament el total d'ambdues parts de la mostra afirmen que existeix prou intimitat per explicar-li al metge tot el que els passa. També ens interessava estudiar, pensant en l'aspecte cultural, si alguna vegada els nostres informants s'havien sentit obligats a fer alguna cosa que els hagués fet sentir incòmodes. Però no és el cas; la majoria de la mostra consideren que el tracte que reben del seu metge de capçalera és correcte i dins la normalitat.

Per tant, pel que fa a la confiança personal o situacional, en contraposició a la nostra predicció i al suggeriment de Bermann (2003), el patró de confiança és similar, sense diferències notables entre ambdós grups. Tan sols alguns matisos en la qüestió de l'acompanyament han resultat ser contraris a les nostres prediccions.

Si ens fixem en la tercera dimensió que volíem analitzar, la comunicació, observarem que pràcticament la totalitat de la mostra assegura compartir la llengua amb el metge. Seguint a la majoria d'autors que tracten aquesta qüestió, la nostra predicció apuntava que donat que els immigrants no comparteixen la llengua amb el metge, podia haver-hi dificultats en l'acte comunicatiu. Però quan vam decidir quina seria la mostra a estudiar, vam delimitar-la optant per escollir una representació de la comunitat immigrant que pogués mantenir una conversa amb nosaltres per tal de poder realitzar l'entrevista; això ha repercutit en les respostes que hem obtingut. Si els subjectes escollits havien de tenir un cert nivell lingüístic per poder parlar amb nosaltres, també podrien comunicar-se prou normalment amb el seu metge de capçalera. Per tant, el que pensàvem de bon començament no apareix en els nostres resultats i la major part dels subjectes immigrants afirma que comparteix la llengua amb el seu metge de capçalera. Així, doncs, no hi ha dificultats importants de comprensió entre metge i pacient tot i que ni el català ni el castellà (ni tampoc el francès) són les llengües maternes de les persones immigrades. Sembla doncs, que el nivell de llengua conversacional els és suficient per comunicar-se amb el metge. Tan sols una petita part dels subjectes immigrants asseguren que fan ús d'unes determinades estratègies per poder comunicar-se amb el metge. Compartir la llengua amb el metge també facilita la comprensió de l'ús i de la finalitat dels medicaments receptats, alhora que permet als pacients entendre com i quan se'ls han de prendre.

Una altra qüestió que ens preocupava era si el metge usa el llenguatge mèdic o al contrari, usa un llenguatge proper a les persones immigrades amb la finalitat de facilitar l'entesa i la comprensió correcta del que vol transmetre als seus pacients. En aquest sentit, els nostres resultats apunten una possibilitat interessant: que el metge baixa el nivell del llenguatge per poder apropar-se lingüísticament als seus pacients. Per tant, l'esforç comunicatiu entre el metge i els pacients immigrants és suficient per garantir la transmissió de la informació necessària en una consulta mèdica i per aquest motiu els immigrants no consideren que existeixin problemes en aquest sentit. Afirmen que el metge els escolta quan expressen els seus dubtes, els seus temors i les seves sensacions, alhora que afirmen que escolten el metge quan els dóna explicacions i els fa els aclariments necessaris sobre el que han consultat.

Els experts assenyalen la importància de la comunicació entre el metge i el pacient. Pensen que, si els pacients són capaços d'establir una bona relació amb el seu metge, tenen més en compte els seus consells i que segueixen adequadament la medicació prescrita. Majoritàriament, els nostres subjectes han afirmat que entenen el seu metge de capçalera, l'ús i la finalitat dels medicaments que els recepten i com i quan se'ls han de prendre, i han assegurat tenir confiança en el seu metge. Tot i això, més del 50% diuen no seguir sempre els tractaments receptats pel metge. Quan els símptomes comencen a desaparèixer, deixen de seguir el tractament per diferents motius, entre els quals, que no volen ingerir més medicaments dels que siguin necessaris o que, com que ja no es troben malament, no es recorden de continuar medicant-se. Els subjectes autòctons que diuen no confiar en el metge són més nombrosos que els immigrants, aproximadament un 30% dels primers asseguren que, si decideixen prendre els medicaments, ho fan fins al final.

Un altre objectiu que ens vam proposar per al nostre estudi era saber si, quan acaba la consulta, el metge fa preguntes als seus pacients amb la finalitat d'aclarir els dubtes que els hagin pogut quedar pendents. Hem pogut observar com els subjectes immigrants asseguren que el metge sí que els fa preguntes quan acaba la consulta, mentre que els subjectes autòctons diuen que el metge no els fan preguntes perquè els dubtes que puguin tenir queden resolts en el transcurs de la consulta mèdica.

L'última de les dimensions que ens havíem proposat analitzar era la concepció de la malaltia. La nostra predicció apuntava que ambdós grups de la mostra no compartien una mateixa noció de malaltia. Sabem que tothom expressa el dolor d'una manera diferent, ja que resulta molt difícil explicar unes sensacions que no es poden quantificar. Tenint en compte suggeriments d'alguns autors com Bermann (2003), creïem que trobaríem diferències entre les dues parts de la població entrevistada. La predicció en aquest cas es compleix, ja que, després de proposar als informants que intentessin definir la malaltia, ens hem trobat amb les respostes que comentem a continuació. La major part de la població immigrant relaciona el concepte de malaltia amb el fet d'haver de quedar-se al llit o de patir una malaltia crònica; hi coincidien una part considerablement més petita de la població autòctona. La majoria dels membres del grup autòcton, –la part més important, però, només després que els ho suggeríssim– asseguraven que patir una malaltia era tenir malestar físic o psíquic; per a gairebé la totalitat dels subjectes immigrants tan sols el patiment físic es pot vincular a la malaltia. La major part de la mostra coincidien a dir que tenir mal de cap o un refredat no és patir una malaltia, però, recordem el que hem comentat anteriorment, és

comú entre els immigrants que vagin al metge al menor símptoma, per por que hi hagi complicacions i es desenvolupi una malaltia més greu. Possiblement aquesta afirmació es pot explicar perquè, en la situació difícil que pateixen els immigrants, tan sols allò que els fa estar-se al llit s'ha de considerar realment greu perquè no els permet anar a treballar i guanyar-se el sou per poder mantenir la família.

En definitiva, s'observen poques diferències globals entre el comportament de la població autòctona i el de la població immigrada estudiada en aquest treball. La població marroquina tendeix a declarar un comportament més conforme amb l'oferta del sistema sanitari, que es tradueix en una major assiduïtat en les visites al metge, una major confiança en la seva competència professional i un ús menor de les medicines alternatives. En un punt s'aparta d'aquesta tendència; en el seguiment dels tractaments prescrits, que apareix com a menys regular que el que declaren els subjectes autòctons.

Pel que fa a la concepció de la malaltia, destaca el fet que la població d'origen marroquí tendeix a ignorar el caràcter de malaltia de les afeccions psíquiques; si unim aquest fet a la fidelitat ja esmentada a la medicina convencional –que, però, tal com ja hem observat, pot tenir arrels econòmiques- hi ha una tendència general de la mostra autòctona a proporcionar respostes més crítiques i més matisades. Podem concloure una concepció generalment més rígida de la malaltia i de la medicina per part de la mostra de població immigrada. Un ensenyament que es pot extreure d'aquesta observació és que caldria sensibilitzar la població immigrada a tots els aspectes relatius a la salut que van més enllà del tractament puntual de les afeccions físiques: concepció de la salut com a situació general de benestar, bons hàbits de vida, mesures de medicina preventiva...

Un aspecte que consideràvem central en la nostra recerca era el de la comunicació entre el metge i el pacient. Com que, a causa d'una nostra tria inicial, la major part dels informants immigrants tenien un coneixement satisfactori del català o del castellà, podem suposar que aquest fet ha contribuït fortament a uns resultats que mostren una coincidència notable entre el comportament de les dues poblacions: un cert coneixement de les llengües d'ús a Catalunya per part dels immigrants, facilita de manera decisiva l'accés al sistema sanitari i, ben segurament, el procés general d'integració social. Algun indici de desavantatge lingüístic el trobem en l'hàbit de la població immigrada d'evitar l'ús del telèfon per demanar hora, que atribuïm a manera d'hipòtesi a la inseguretat lingüística dels immigrants. D'altra banda, que siguin aquests, entre els nostres informants, els que afirmen d'una manera clarament

majoritària que el metge els fa preguntes al final de la consulta, suggereix una actitud de sensibilitat particular dels professionals de la medicina per assegurar la comunicació amb el pacient quan suposen que aquest pot tenir alguna dificultat de comprensió. Aquest darrer fet se suma a la impressió general, que sorgeix de les respostes relatives a l'eficàcia del sistema, del gran esforç que porta a terme el personal sanitari per atendre eficaçment els seus pacients en condicions que són certament molt difícils.

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- A.A.D.D. (2003a) "Assistència sanitària", dins Aubarell, G (dir.), *Gestionar la diversitat. Reflexions i experiències sobre les polítiques d'immigració a Catalunya*, "Monografies Mediterrànies". Barcelona: Institut Europeu de la Mediterrània; 105-122.
- A.A.D.D. (2003b) *Els immigrants i la seva salut*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- BERMAN, S. (2003) "El cos i la salut al Marroc" dins *Quadern per a conviure en la diversitat del projecte "Apropem al Marroc"*, vol. 2. Barcelona.
- BORRELL, C. (1996) *Les desigualtats socials en la salut*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut.
- COTS, F.; CASTELLS, X.; MANZABERA, R.; VARELA, J.; VALL, O. (2002) "Perfil de la casuística hospitalaria de la població immigrant de Barcelona" dins *Gaceta Sanitaria*. Barcelona; 16:376-84.
- DUARTE CLÍMENTS, G.; AGUIRRE-JAIME, A. (2003) "Enfermera amable, paciente satisfecho. Valoración de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios", dins *Enfermería clínica*, 13(1);7-15.
- FELK, A. (2003) "Identitat cultural i llengua", dins Aubarell, G., (dir.), *Gestionar la diversitat. Reflexions i experiències sobre les polítiques d'immigració a Catalunya*, "Monografies Mediterrànies". Barcelona: Institut Europeu de la Mediterrània; 127.
- INFORME ESPAÑA (2003) Fundación Encuentro
<http://www.fund-encuentro.org/informes/info2003.html>
- JANSÀ, J.M.; BORELL, C. (2002) "Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades" dins *Atención Primaria*. Barcelona, 29 (8): 463-468.
- JANSÀ, J.M.; GARCÍA, P. (2004) "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos" dins *Gaceta Sanitaria*; 18(Supl):207-13.

- LAGOA, M., (2002) "Comunicación y comprensión cultural, claves para el inmigrante" dins Diario médico.com, 04 de octubre de 2002.

<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,190782,00.html>

Consulta realitzada el 28/02/2005.

- LARSEN-FREEMAN, D.; LONG, M. H., (1994) *Introducción al estudio de la adquisición de segundas lenguas*. Madrid: Gredos.

- LEAL, F., (2003) "La palabra y el silencio en la comunicación médico – paciente" 101(1); 54-56.

http://www.sap.org.ar/archivos/2003/arch03_1/54.pdf

Consulta realitzada el 28/02/2005.

- LOWENSTEIN, C., (2001) "Generalidades de la comunicación médico – paciente" dins medicinatv.com, 23 de enero de 2001.

<http://www.estudiantes.medicinatv.com/apuntes/muestra.asp?id=4>

Consulta realitzada el 23/02/2005.

- MOORE, P., (2005) "Programa de Capítulo Comunicación Médico – Paciente" dins Curso Integrado de Clínicas Médico Quirúrgicas IV año.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/cuarto/mec246gh/ComunicacionMedPac.html>

, Consulta realitzada el 23/02/2005.

- NAVARRO, V.; BENACH, J.; LA COMISIÓN CIENTÍFICA DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA (1996) *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, The school of Higiene and Public Health, The Jonhs Hopkins University.

- NOVOA, M., (2004) "La falta de tiempo y la inmigración ha aumentado el número de pacientes difíciles" dins Diario Médico.com, 04 de mayo de 2004.

<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,479324,00.html>

Consulta realitzada el 28/02/2005.

-PARASURAMAN. A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. (1985) *A conceptual model of service quality and its implications for future research*, 61:41-5.

- PERERA, S.; SERRA, J.M^a.; VIEYTES, J, I VILA, I. (2004) "Sanitat", dins *Projecte de recerca-acció per a la integració de les persones immigrades a la comarca del Gironès*, Girona: Universitat de Girona.
- RODRÍGUEZ, A., GONZÁLEZ, E., I HERRERO, M. (1999) "Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria" dins *Medicina clínica*, Barcelona 113:556-7.
- SELINKER, L. (1972) "Interlanguage", dins *International Review of Applied Linguistics*, 10; 209-231.
- SERRAT, E. (2004) *Metodologia i estratègies en l'aprenentatge de llengües. Perfils i necessitats dels aprenents*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- SUNDSQUIST, J. (2001) "Migration, equality and access to health care services" dins *J Epidemiol Community Health*; 55:691-2.
- STRONKS, K.; RAVELLI, A.C.; REIJNEVELD, S.A. (2001) "Immigrants in the Netherlands; equal access for equal needs?" dins *J Epidemiol Community Health*;55:701-7.

ANNEXOS

QÜESTIONARI PACIENTS AUTÒCTONS

- Quina edat té (aprox.)?
- Sexe: O Home O Dona
- Quin estat civil té?
- Quina situació laboral té en aquests moments?
- Quina L1 té?
- Quina altra llengua/llengües parla?
- O Alfabet O Analfabet
- Quins estudis té?
- Ha realitzat algun curs de català per adults alguna vegada?
- A quin nivell ha arribat?
- Amb quina llengua / llengües s'adreça al metge?
- A quin CAP va?

.....

..

• ACCESSIBILITAT

1- Generalment, sempre que ha de demanar hora per anar al seu CAP, el centre l'atén ràpidament?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

1a- I l'hora que li donen és pel mateix dia o pel dia següent o triguen més a donar-li?

O Pel mateix dia O Pel dia següent O Triguen més

2- I quan ha de demanar hora telefònicament?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

2a- I l'hora que li donen és pel mateix dia o pel dia següent o triguen més a donar-li?

O Pel mateix dia O Pel dia següent O Triguen més

3- Habitualment es compleixen les hores concertades amb el seu metge de capçalera?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

4- Creu que es mantenen els torns el dia de la visita quan es troba a la sala d'espera?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

5- En cas que no, qui no els manté?

☐ El metge ☐ El pacient ☐ El personal sanitari

6- S'ha trobat alguna vegada en alguna situació en la qual hagi notat discriminació en els Centres d'Atenció Primària?

☐ Sempre ☐ Sovint ☐ Alguna vegada ☐ Mai

7- Si és que sí, en qui ho ha notat:

☐ Els usuaris no immigrants

☐ Els mateixos professionals (metges)

☐ Els mateixos professionals (infermers / infermeres)

☐ No, no hi ha discriminació

• CAPACITAT DE RESPOSTA

8- Creu que el metge és resolutiu? Li soluciona els problemes que li planteja?

☐ Sí, sempre ☐ Sovint ☐ Alguna vegada ☐ No, mai

9- Creu que el metge és oportú? Fa les coses al seu temps?

☐ Sí, sempre ☐ Sovint ☐ Alguna vegada ☐ No, mai

10- Rep bon tracte per part del metge durant la visita?

☐ Sí, sempre ☐ Sovint ☐ Alguna vegada ☐ No, mai

11- Amb el temps que duren les visites, creu que disposa del temps suficient per explicar tot el que li succeeix?

☐ Sí, sempre ☐ Sovint ☐ Alguna vegada ☐ No, mai

12- I per entendre tot el que li diu el metge?

☐ Sí, sempre ☐ Sovint ☐ Alguna vegada ☐ No, mai

• HÀBIT

13- Té l'hàbit d'anar al metge?

14- Creu en el paper de la medicina de la cura de la salut?

15- Prefereix automedicar-se abans que anar al metge?

• CONFIANÇA

16- Confia en el metge?

17- Quan el metge li recepta medicaments per guarir la malaltia o el dolor que té, li diu al metge tots els altres medicaments que pren?

18- És conscient que si no diu al metge tots els medicaments que pren poden anul·lar la medicació que li ha donat per resoldre la dolència actual o que poden influir-li de manera negativa?

19- Té suficient confiança en el metge per preguntar-li tot allò que no entén?

20- L'acompanya algú al metge?

21- Si és que sí, qui? _____

22- Per quin motiu?

• COMUNICACIÓ

23- Comparteix la llengua amb el metge?

24- Si és que sí, quina? _____

25- S'entenen quan parlen?

26- Si és que no, existeix alguna cosa per part del metge o de vostè per suplir la comunicació verbal i fer-se entendre?

27- Què usen per entendre's?

28- El metge usa un llenguatge mèdic específic?

29- Entén el llenguatge mèdic?

30- Si no l'entén, pregunta al metge què vol dir?

31- El metge usa un llenguatge proper a l'usuari?

32- Entén l'ús i la finalitat dels medicaments?

33- És el metge qui explica o és vostè qui li demana?

34- Entén quan i com s'ha de prendre el medicament que li dóna el metge?

35- Segueix al peu de la lletra la medicació que li dóna el metge?

36- Creu que el metge l'escolta quan parla?

37- Escolta al metge quan parla?

38- Creu que el metge l'entén quan parla?

39- Quan finalitza la consulta mèdica, el metge li fa preguntes del tipus: "Té alguna pregunta més?" o "ho ha entès tot?"?

• COMPETÈNCIA

40- Creu que es tenen en compte totes les seves demandes?

41- Creu que el metge és conscient del poc coneixement que tenen els pacients i que les interpretacions no són compartides?

42- Creu que el metge és competent en la seva feina, és un bon professional?

• **SEGURETAT**

43- Si és home, ha demanat alguna vegada que el seu metge sigui home? I si és dona, ha demanat alguna vegada que el seu metge sigui dona?

44- Després de demanar el canvi de metge, se li ha ofert la possibilitat de canviar?

45- Creu que quan es troba a soles amb el metge existeix suficient intimitat per explicar-li què li passa?

46- Se sent segur anant al metge quan té alguna dolença?

47- Alguna vegada se l'ha obligat a fer alguna cosa que vostè no volia per poder fer un bo diagnòstic?

48- Fa un seguiment de la medicació fins obtenir els resultats previstos?

49- Si és que no, per quin motiu deixa de medicar-se?

• **ALTRES**

50- Què és per al pacient una malaltia, quina concepció en té.

QÜESTIONARI PACIENTS IMMIGRANTS

- Quina edat té (aprox.)?
- Sexe: O Home O Dona
- Quin estat civil té?
- Quina situació laboral té en aquests moments?
- Quants anys fa que és aquí?
- De quina zona prové?
- Quina L1 té?
- Quina altra llengua/llengües parla?
- O Alfabet O Analfabet
- Quins estudis té?
- Ha realitzat algun curs de català per adults alguna vegada?
- A quin nivell ha arribat?
- Amb quina llengua s'adreça al metge?
- A quin CAP va?

.....
..

• ACCESSIBILITAT

1- Generalment, sempre que ha de demanar hora per anar al seu CAP, el centre l'atén ràpidament?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

1a- I l'hora que li donen és pel mateix dia o pel dia següent o triguen més a donar-li?

O Pel mateix dia O Pel dia següent O Triguen més

2- I quan ha de demanar hora telefònicament?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

2a- I l'hora que li donen és pel mateix dia o pel dia següent o triguen més a donar-li?

O Pel mateix dia O Pel dia següent O Triguen més

3- Habitualment es compleixen les hores concertades amb el seu metge de capçalera?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

4- Creu que es mantenen els torns el dia de la visita quan es troba a la sala d'espera?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

5- En cas que no, qui no els manté?

O El metge O El pacient O El personal sanitari

6- Pel fet de ser immigrant, s'ha trobat alguna vegada en alguna situació en la qual hagi notat discriminació en els Centres d'Atenció Primària?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

7- Si és que sí, qui li fa sentir discriminació:

O Els usuaris no immigrants

O Els mateixos professionals (metges)

O Els mateixos professionals (infermers / infermeres)

O No, no hi ha discriminació

• CAPACITAT DE RESPOSTA

8- Creu que el metge és resolutiu? Li soluciona els problemes que li planteja?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

9- Creu que el metge fa les coses al seu temps?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

10- Rep bon tracte per part del metge durant la visita?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

11- Amb el temps que duren les visites, creu que disposa del temps suficient per explicar tot el que li succeeix?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

12- I per entendre tot el que li diu el metge?

O Sí, sempre O Sovint O Alguna vegada O No, mai

• HÀBIT

13- Té l'hàbit d'anar al metge?

14- Creu en el paper de la medicina de la cura de la salut?

15- Prefereix automedicar-se abans que anar al metge?

• CONFIANÇA

16- Confia en el metge?

17- Quan el metge li recepta medicaments per guarir la malaltia o el dolor que té, li diu al metge tots els altres medicaments que pren?

18- És conscient que si no diu al metge tots els medicaments que pren poden anul·lar la medicació que li ha donat per resoldre la dolència actual o que poden influir-li de manera negativa?

19- Té suficient confiança en el metge per preguntar-li tot allò que no entén?

20- L'acompanya algú al metge?

21- Si és que sí,
qui? _____

22- Per quin motiu?

• **COMUNICACIÓ**

23- Comparteix la llengua amb el metge?

24- Si és que sí, quina? _____

25- S'entenen quan parlen?

26- Si és que no, existeix alguna cosa per part del metge o de vostè per suplir la comunicació verbal i fer-se entendre?

27- Què usen per entendre's?

28- El metge usa un llenguatge mèdic específic?

29- Entén el llenguatge mèdic?

30- Si no l'entén, pregunta al metge què vol dir?

31- El metge usa un llenguatge proper a l'usuari?

32- Entén l'ús i la finalitat dels medicaments?

33- És el metge qui explica o és vostè qui li demana?

34- Entén quan i com s'ha de prendre el medicament que li dona el metge?

35- Segueix al peu de la lletra la medicació que li dona el metge?

36- Creu que el metge l'escolta quan parla?

37- Escolta al metge quan parla?

38- Creu que el metge l'entén quan parla?

39- Quan finalitza la consulta mèdica, el metge li fa preguntes del tipus: "Té alguna pregunta més?" o "ho ha entès tot?"?

• **COMPETÈNCIA**

40- Creu que es tenen en compte totes les seves demandes?

41- Creu que el metge és conscient del poc coneixement que tenen els pacients i que les interpretacions no són compartides?

42- Creu que el metge té en compte la seva cultura a l'hora de receptar-li la medicació?

43- Creu que el metge és competent en la seva feina, és un bon professional?

• **SEGURETAT**

44- Si és home, ha demanat alguna vegada que el seu metge sigui home? I si és dona, ha demanat alguna vegada que el seu metge sigui dona?

45- Després de demanar el canvi de metge, se li ha ofert la possibilitat de canviar?

46- Creu que quan es troba a soles amb el metge existeix suficient intimitat per explicar-li què li passa?

47- Se sent segur anant al metge quan té alguna dolença?

48- Alguna vegada se l'ha obligat a fer alguna cosa que vostè no volia per poder fer un bo diagnòstic?

49- Fa un seguiment de la medicació fins obtenir els resultats previstos?

50- Si és que no, per quin motiu deixa de medicar-se?

• **ALTRES**

51- Què és per al pacient una malaltia, quina concepció en té.



AJUNTAMENT DE LA GARRIGA